LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARIS

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION

17, RUE CASSETTE, 17

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

JOURNAL PARAISSANT TROIS FOIS PAR SEMAINE

QUATRE-VINGT-TREIZIÈME ANNÉE

1920

PARIS

BUREAUX D'ABONNEMENT : 49, RUE SAINT-ANDRÉ-DES-ARTS (6e)

PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

1920

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 15 francs par an.
Étudiants étrangers, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 6 fr. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

A NOS LECTEURS

Nous aurions voulu, dès cette année, reprendre définitivement notre périodicité habituelle. Les difficultés matérielles, toujours croissantes, ne nous le permettent pas encore.

La GAZETTE DES HÔPITAUX *paraîtra donc régulièrement deux fois par semaine, le mardi et le samedi. En outre, toutes les fois que nous le pourrons, nous publierons, le jeudi, un numéro supplémentaire. Ce numéro sera généralement consacré aux analyses et à la bibliographie médicale. Le premier de ces numéros paraîtra la semaine prochaine.*

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Mutations. — M. Laffitte passe à Beaujon; M. Lesné, à Trousseau; M. Hallé, à Necker; M. Clerc, à Lariboisière; MM. Ribierre, Sainton et Weil, à Tenon; M. Comte, à la Maison Dubois; M. Weil-Hallé, aux Petits-Ménages; M. Babonneix, à Sainte-Périne; MM. Lemierre et Courcoux, à Andral; MM. Merklen et Lortat-Jacob, à Bicêtre; M. Crouzon, à la Salpêtrière; M. Boidin, au Bastion 29; M. Louste, à Ivry.

— Concours de médecin des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Aviragnet, Queyrat, Babinski, Ramond, Hallé, Lesage, Ravaut, Hudelo, Caussade, Klippel, Michel, Routier.

— Concours de l'externat. — *Pathologie.* — Séance du 28 décembre. — Question donnée : « Signes et diagnostic de l'hydarthrose du genou. »

MM. Boehler, 16; Barillot, 9; Béclère, 17; Bernard (Georges), 11; Boltanski, 14; Burgeat, 15; Girot, 17; Fombeure et Farmaché, 15; Huet, 13; Guinard et Hériard, 12; Guiberteau, 13; Géray, 9; Isnel, 15; Gauche, 13; Godart, 11; Gueullette, 16; Firbach, 10.

M. Bonnafous, absent à la séance du 22, excusé, sera appelé aux prochaines séances.

Séance du 29 décembre. — Question donnée : « Symptômes et diagnostic de l'insuffisance aortique. »

MM. Grardel, 13; Fouché, 9; Jabiol, 14; Ferré, 16; Fouquet, 18; Gauran, 12; Gautier, 14; Hervier, 13; Guignebert, 15; Froyez, 7; Fraenkel, 14; Huard, 12; Héraux, 19; Flahault, 11; Haye, 14; Héry, 12; Hernu, 13.

CONCOURS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — *Epreuve clinique.* — Séance du 26 décembre. — MM. Barbarin, 12 + 7 = 19; Pasquet, 16 + 8 = 24; Lassance, 16 + 9 = 25.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Mutations de chirurgiens adjoints. — M. Charbonnel est affecté à l'hospice général; M. Parcelier passe de l'hospice général à l'hôpital-hospice des Enfants; M. Lefèvre passe de l'hôpital des Enfants à l'hôpital Saint-André.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Sont nommés chefs de laboratoire :

Anatomie : M. Augier. — Pathologie expérimentale et comparée : M. Binet, chef. — Physiologie : MM. Camus (Jean), agrégé, chef; Cardot, chef adjoint; Duvoir, chef adjoint. — Médecine légale (Morgue) : MM. Duvoir, chef; Dervieux, chef du laboratoire d'anatomie pathologique, et Kohn-Abrest, chef des travaux chimiques, chefs adjoints.

— Sont délégués dans les fonctions de chefs de laboratoire :

Bactériologie : MM. Mathieu, ingénieur agronome; Pharmacologie et matière médicale : Mercier, licencié ès sciences.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Concours pour les bourses de doctorat. — Sont admis à prendre part au concours des bourses de doctorat en médecine les candidats appartenant au nouveau régime d'études, pourvus de quatre, huit, douze ou seize inscriptions qui ont subi avec la note « bien » l'examen de fin d'année correspondant à leurs inscriptions.

Jusqu'à la disparition de l'ancien régime d'études, les étudiants en cours de scolarité appartenant à ce régime seront admis à s'inscrire au concours dans les conditions déterminées par l'arrêté du 22 avril 1902, modifié par l'arrêté du 23 mai 1912. (*J. O.*, 28 déc. 1919.)

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Prix décernés pour 1919, — *Médecine et chirurgie.* — Prix Montyon. — Trois prix de 2.500 francs à MM. Michel Weinberg et Pierre Séguin pour leur ouvrage sur la *Gangrène gazeuse*; à MM. Louis Martin et Auguste Pettit pour leur ouvrage sur la *Spirochétose ictéro-hémorragique*; à MM. Henri Rouvillois, Guillaume Louis, Albert Pédeprade et Antoine Basset pour leur ouvrage inti-

tulé : *Etudes de chirurgie de guerre à l'auto chirurgicale n° 2.*

Trois mentions honorables de 1.500 francs sont attribuées à MM. Jean Fiolle et Jean Delmas pour leur ouvrage intitulé : *Découverte des vaisseaux profonds*; à MM. Alfred Boquet et L. Nègre pour leurs travaux sur la *Lymphangite épizootique des solipèdes*; à M. le docteur Gougerot pour ses travaux relatifs à la *Lutte contre les maladies vénériennes.*

PRIX BARBIER (2.000 francs). — M. Albert Goris pour ses travaux sur la *Localisation et le rôle des alcaloïdes et des glucosides chez les végétaux* et sur la *Préparation du catgut.*

PRIX BRÉANT (100.000 francs). — Un prix de 3.000 francs est décerné à M. Paul Ravaut pour l'ensemble de ses *Recherches sur le paludisme et l'amibiase*; un prix de 2.000 francs est décerné à M. Lucien Camus pour ses recherches sur l'*Infection et sur l'immunité vaccinales.*

PRIX GODARD (1.000 francs). — M. Albert Pézard. Recherches sur les *Glandes génitales.*

PRIX CHAUSSIER (10.000 francs). — L'Académie décerne un prix de 3.000 francs à M. Albert Dustin pour ses *Etudes relatives à la neurologie, l'embryologie et l'histologie*; un prix de 3.000 francs à MM. Marcel Frois et Barthélemy Caubet : *La Fatigue dans le travail industriel*; un prix de 3.000 francs à M. Adrien Grigaut : *Nouvelles méthodes chimiques en pathologie et leurs résultats*; un prix de 1.000 francs à M. H. Marichelle : Recherches sur le *Mode de production des sons de la parole.*

PRIX MÈGE (10.000 francs). — Un encouragement de 300 francs à M. Jules Glover : *La Téléphonie par le squelette appliquée aux armées.*

PRIX BELLION (1.400 francs). — Le prix est décerné à feu Georges Demeny pour l'ensemble de ses œuvres.

Mention très honorable à M. Humbert Boucher : *Les Mycoses gommeuses de la côte d'Ivoire.*

PRIX DU BARON LARREY (750 francs). — M. Camille Lian : *Les Troubles cardiaques des soldats.*

Une citation à M. Albert Stanislas : *Contribution à l'étude de la lutte antipaludique en Macédoine.*

PRIX ARGUT (1.200 francs). — M. Robert Pierret : *La Lipurie.*

Citation à MM. Victor Raymond et Jean Parisot : *Le Pied de tranchée.*

Physiologie. — PRIX MONTYON (750 francs). — M. Robert Lévy pour ses travaux sur les toxines des araignées.

PRIX LALLEMAND (1800 francs). — M. Léon Binet : *Le Tremblement.*

Citation très honorable à MM. Couvreur et Duroux pour leurs travaux sur les sections et restaurations nerveuses, et à M. André Léri pour son ouvrage intitulé : *Commotions et émotions de guerre.*

PRIX POURAT (1.000 francs). — Le prix n'est pas décerné.

PRIX PHILIPPEAUX (900 francs). — Mme Lucie Randoin-Fandard, étude sur la *Glycérine (sucre libre et sucre protéidique du sang).*

PRIX FANNY EMDEM (3.000 francs). — M. Léon Chevreuil pour son ouvrage intitulé : *On ne meurt pas.*

PRIX LANNELONGUE. — Mmes Cusco et Ruck.

FONDATION LOUTREUIL (125.000 francs). — Parmi les subventions accordées sur le fonds Loutreuil, nous relevons :

10.000 francs au muséum d'histoire naturelle pour la réorganisation de sa bibliothèque.

5.000 francs à MM. Albert Peyron et Gabriel Petit pour l'*Etude du cancer chez les gros mammifères.*

3.000 francs à M. Th. Nogier pour l'installation du laboratoire de radiologie de l'Institut bactériologique de Lyon.

FONDS CHARLES BOUCHARD (5.000 francs). — M. le docteur Jean Camus pour la continuation de ses travaux sur les réactions nerveuses, les régénérations des nerfs et les effets de divers poisons sur les centres nerveux.

MÉDAILLES DE LA RECONNAISSANCE FRANÇAISE. — *Médaille de vermeil.* — Mme le docteur Fairbanks, chirurgien de l'hôpital des Dames américaines de Luzancy.

Médailles d'argent. — Mmes les docteurs Bentley, Doherty et Evans (de Luzancy); Fraser, de l'hôpital des Dames américaines de la Ferté-Milon; Kagan, de nationalité russe; Lapham, de nationalité américaine; Maclachlan (de Luzancy); Manwaring, de nationalité américaine.

MM. les docteurs Mahony et Stevenson, de nationalité britannique.

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Gubb, de nationalité britannique; Sachnine, de nationalité russe.

LE NOMBRE DES ÉTUDIANTS A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Dans la brochure de propagande de la Faculté nous relevons les chiffres suivants :

En 1914, la Faculté comptait 3.516 étudiants inscrits dont 2.660 Français et 158 Françaises; 453 étrangers et 257 étrangères.

En 1918, on note 4.552 étudiants, soit 3.474 Français, 295 Françaises, 558 étrangers et 225 étrangères.

Les étudiants ayant pris leur première inscription, étaient 208 en 1914, 151 en 1915, 164 en 1916, 167 en 1917 et 506 en 1918.

STATISTIQUE MUNICIPALE DE LA VILLE DE PARIS. — On a enregistré pendant la 51e semaine, 824 décès, au lieu de 762 pendant la semaine précédente et au lieu de 915, moyenne ordinaire de la saison.

La scarlatine a causé 3 décès (moyenne 1); cas nouveaux signalés 171 (moyenne 69).

La diphtérie a causé 6 décès (moyenne 3); cas nouveaux signalés 68 (moyenne 49).

On a attribué 8 décès à la grippe.

COURS D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE TARNIER. (Professeur : M. Paul BAR.) — COURS DE PRATIQUE OBSTÉTRICALE. — Ce cours, réservé aux étudiants ayant seize inscriptions et aux docteurs français et étrangers, commencera le 5 janvier 1920. Il comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques, qui auront lieu tous les jours, à neuf heures du matin, à quatre heures et à six heures du soir. Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales.

Pour renseignements et inscription, s'adresser à M. le chef de clinique à la clinique Tarnier.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures. — Le droit à verser est de 100 francs.

HOPITAL SAINT-MICHEL (33, rue Olivier-de-Serres). — COURS DE GASTRO-ENTÉROLOGIE. — Lundi 5 janvier, quatorze heures : M. Delort. Syndromes pyloriques et juxtapyloriques.

Mercredi 7 janvier, onze heures : M. Delort. Dyspepsies. Ptoses.

Lundi 12 janvier, quatorze heures : M. Pauchet. Indications opératoires en chirurgie gastrique.

Lundi 19 janvier, quatorze heures : M. Pauchet. Techniques opératoires en chirurgie gastrique.

Lundi 26 janvier, quatorze heures : M. Sorel. Radiologie du grêle.

Lundi 2 février, quatorze heures : M. Lomon. Radiologie du gros intestin.

CONFÉRENCES. — M. le docteur Louis Dubreuil-Chambardel fera ses conférences à l'Ecole d'anthropologie de Paris, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine (au-dessus du musée Dupuytren), les mardis 6, 13, 20 et 27 janvier 1920, à seize heures.

Objet du cours : Etude anthropologique de quelques régions de France.

La **CLINIQUE DU DOCTEUR C. CHAUVEAU** (maladies de la gorge, du larynx, du nez et des oreilles) est transférée 14, rue de l'Ancienne-Comédie, boulevard Saint-Germain, métro Odéon.

Lundi, mercredi, vendredi de quatre heures à sept heures, et le matin de neuf heures à onze heures, sauf le samedi.

Consultations particulières, 225, boulevard Saint-Germain, de deux heures à quatre heures.

REVUE GÉNÉRALE

SUR LA NATURE ET LA SPÉCIFICITÉ DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

Par M. H. GRENET.

Il est peu de maladies dont la conception ait subi autant de remaniements que le rhumatisme articulaire aigu. Depuis le jour où Bouillaud, en établissant ses rapports avec les cardiopathies, a commencé à le sortir du groupe disparate qui, sous son nom, englobait la plupart des arthrites aiguës, on n'a guère cessé de le démembrer au profit du domaine continuellement accru des pseudorhumatismes, à tel point qu'on pourrait se demander aujourd'hui si le rhumatisme articulaire aigu possède encore une véritable autonomie, et s'il est autre chose qu'un assemblage de manifestations articulaires relevant de causes diverses, et reliées seulement par des analogies symptomatiques incontestables : quelques travaux récents semblent conduire à cette conception.

Mais tandis que d'une part on tendait à rétrécir le cadre du rhumatisme vrai, on continuait d'autre part à appeler rhumatismaux toutes sortes d'états mal définis, ne s'accompagnant d'aucune arthropathie (névrites ou névralgies, myalgies, dermatoses, œdèmes, etc.) ; souvent encore on croit, ou l'on semble croire, les expliquer par l'affirmation de leur nature rhumatismale, tout en reconnaissant d'ailleurs que l'on ne sait rien de ce qui constitue cette nature ou diathèse rhumatismale, sœur jumelle de la diathèse arthritique si souvent invoquée pour couvrir notre ignorance de son ombre et de son nom.

De ces divers accidents aigus ou subaigus, dits rhumatismaux malgré l'absence d'arthrites, et réunis sous le nom de rhumatisme abarticulaire, nous n'avons pas à nous occuper ; car, si le rhumatisme articulaire aigu s'appelle ainsi, c'est bien parce que, toujours et avant tout, il est articulaire. Peut-être apprendrons-nous un jour que le microbe du rhumatisme cause d'autres désordres ; mais, tant que nous ne le connaissons pas, nous n'avons pas le droit de préjuger de ses manifestations.

Reste à savoir si le type clinique réalisé par le rhumatisme articulaire aigu, dont les morcellements successifs n'ont fait que mieux arrêter les limites, et dont les symptômes, l'évolution, les complications, l'indépendance vis-à-vis de toutes les autres maladies aiguës ou chroniques, forment autant de caractères particuliers, constitue vraiment une affection autonome et spécifique, et non un simple syndrome lié à des infections diverses, — comment il se sépare des autres arthropathies dont certaines lui sont très analogues, — et si, à défaut de la connaissance de son agent pathogène, nous possédons quelque notion étiologique précise qui permette de classer le rhumatisme ; car c'est, en définitive, la spécificité de la cause qui fait la spécificité d'une maladie. Telles sont quelques-unes des questions que nous nous proposons d'étudier ici.

I. Définition et délimitation du rhumatisme articulaire aigu. — Après Baillou, qui a commencé à dégager le rhumatisme du groupe confus de l'arthritis, il faut en venir jusqu'à Bouillaud pour voir s'édifier une conception précise (1). A Bouillaud, en effet, l'on doit d'avoir montré que le rhumatisme est articulaire et non pas seulement périarticulaire, et que les phlegmasies viscérales, cardiaques entre autres, qui accompagnent ou suivent les arthropathies, sont des manifestations directes de la maladie. Il établit même les grandes différences évolutives qui séparent l'arthrite rhumatismale aiguë, violente, généralisée, du rhumatisme articulaire aigu, léger, partiel, apyrétique, distinction essentielle dans laquelle apparaissent déjà les grands caractères cliniques des états réunis plus tard sous le nom de pseudorhumatismes infectieux.

Malgré ce travail de délimitation qui s'est poursuivi jusqu'à nos jours, il est encore difficile de donner du rhumatisme une définition convenable : « Qu'est-ce en somme que le rhumatisme, écrit Lasègue. Je me suis bien souvent posé cette question sans avoir pu encore, dans l'état actuel de nos connaissances, la résoudre d'une manière satisfaisante. Une définition, selon moi, est encore impossible (2). » Ces paroles restent vraies ; et cette impossibilité de définir le rhumatisme, nous la retrouvons dans tous les traités classiques, anciens ou modernes. C'est que la ligne de démarcation entre le rhumatisme vrai et et les pseudorhumatismes reste encore imprécise dans certains cas, et que, en réalité, une étude complète de la maladie, de ses formes, de ses complications, permet seule de l'isoler des affections voisines. Quelques traits pourtant lui semblent assez particuliers.

Le rhumatisme articulaire aigu est une polyarthrite aiguë fébrile. La fièvre est un symptôme constant ; mais, malgré son caractère de rémittence habituelle, elle ne revêt pas un type très particulier. La multiplicité des jointures atteintes, qui se prennent successivement, la mobilité des arthrites et l'absence constante de suppuration et de tendance à l'ankylose, sont des signes de très haute importance, à tel point que l'on considère *a priori* toute monoarthrite comme ne relevant pas du rhumatisme vrai, et que toute polyarthrite fébrile, non suppurée, peut être soupçonnée d'être rhumatismale. Encore faut-il s'assurer que la polyarthrite ne relève pas d'une infection classée ; et ne doit-on pas oublier les formes oligo-articulaires du rhumatisme franc, fréquentes surtout chez l'enfant où tout peut se réduire à de l'arthrite cervicale avec torticolis, ce qui n'empêche pas l'endopéricardite, laquelle est alors la véritable signature de la maladie. L'intensité de l'anémie (le rhumatisme est très déglobulisant), les sueurs profuses, ajoutent au tableau leur cachet spécial.

---

(1) Pour tout l'historique, voir le remarquable article de Besnier : *Dictionnaire Dechambre*.

(2) Lasègue. *Etudes médicales*, t. II : Du rhumatisme.

Les complications cardiaques apparaissent bien plus communément dans le rhumatisme articulaire aigu que dans toute autre affection ; et ce n'est pas le lieu de rappeler les célèbres lois de coïncidence de Bouillaud. Les cardiopathies constituent, par leur fréquence, une des caractéristiques de la maladie. Mais elles n'y sont pas constantes ; et, d'autre part, elles se développent, avec les mêmes caractères, dans d'autres états infectieux, en particulier lorsque ceux-ci se compliquent d'arthropathies. C'est ce qui faisait établir, par Trousseau, un parallèle entre le rhumatisme, l'érysipèle, et l'érythème noueux (1). Pour ne citer que des travaux récents, MM. F. Ramond et G. Chambas (2), Nobécourt, Juric des Camiers et Tournier (3), Florand et Pr. Merklen (4), Nobécourt et Gimbert (5), viennent encore d'insister sur l'association fréquente des complications articulaires et cardiaques de la scarlatine, la maladie affectant alors d'une manière spéciale les séreuses, comme peuvent le faire toutes les infections aiguës, et aussi des infections chroniques ou subaiguës telles que la tuberculose.

L'action curative exercée par le salicylate de soude sur le rhumatisme a souvent la valeur d'un véritable symptôme. Mais le pouvoir antithermique et analgésique de salicylate est un fait d'ordre général ; il se manifeste, à un moindre degré sans doute, mais pourtant d'une manière encore très appréciable, dans certaines arthropathies infectieuses que nul ne songerait à rattacher au rhumatisme articulaire aigu. Quelques auteurs (6) soutiennent même (opinion qui semble fort discutable) que l'efficacité du salicylate résulte de son action sur les germes des infections biliaires, qui seraient les mêmes que ceux du rhumatisme, maladie d'origine digestive (Gilbert et P. Lereboullet), ou encore de son action cholagogue (P. Londe). La spécificité thérapeutique du salicylate est en somme toute relative.

Des symptômes les plus importants du rhumatisme, il n'en est donc aucun qui ait par lui-même une valeur absolue ; il n'en est pas qui soit pathognomonique. Mais existe-t-il en médecine un seul symptôme vraiment pathognomonique ? Il n'en demeure pas moins que, lorsque des fluxions articulaires, multiples et mobiles, très douloureuses, ne suppurant pas, surviennent avec une fièvre élevée chez un sujet encore jeune, lorsque ces phénomènes s'accompagnent à un moment donné d'une atteinte cardiaque plus ou moins durable et grave, lorsque le salicylate améliore rapidement cet état, un tableau clinique bien particulier se trouve réalisé, qui constitue vraiment le rhumatisme articulaire aigu. Encore n'en affirmera-t-on l'existence qu'après s'être assuré qu'aucune autre maladie infectieuse n'est en cause ; et le diagnostic ne doit pas être porté seulement sur des signes positifs, mais encore par exclusion. C'est pourquoi l'on peut toujours se demander si des infections diverses et non classées ne sont pas capables de provoquer, au même titre que la scarlatine par exemple, des symptômes rhumatismaux ; c'est pourquoi certains auteurs mettent en doute la spécificité de la maladie, spécificité à laquelle nous croyons d'ailleurs, pour des raisons que nous exposerons plus loin. Ainsi, pour MM. Hutinel et Lereboullet (1), les germes du rhumatisme sont multiples, et, ce qui domine tout, « c'est la tendance de certains sujets aux localisations articulaires, créée par le terrain ». On arriverait ainsi à faire rentrer dans le cadre du rhumatisme, toutes sortes d'états morbides qui en ont été peu à peu distraits : « Peut-être même les douleurs articulaires survenant au cours d'une fièvre, à la suite d'une intervention sérothérapique ou d'une intoxication, sont-elles de même nature que celles du rhumatisme vrai, et réveillées par la maladie occasionnelle ou l'intervention thérapeutique. Il en est ainsi du rhumatisme tuberculeux, dans lequel la tuberculose semble n'avoir parfois pas d'autre rôle que celui de cause occasionnelle. » Cette tendance à la généralisation n'aboutirait à rien moins, si on la poussait à l'extrême, qu'à faire des arthrites rhumatismales un symptôme banal, commun à la plupart des infections évoluant sur un terrain prédisposé.

II. Démembrements du rhumatisme articulaire aigu. — Le domaine du rhumatisme franc était autrefois très vaste, et comprenait presque toutes les arthrites non traumatiques. « La connaissance de la cause spéciale de l'arthrite rhumatismale (2), écrit Bouillaud, est, au fond, le seul vrai caractère qui la différencie de toutes les autres inflammations des articulations. Les causes traumatiques étant de celles qui tombent sous les sens, on ne confondra pas une arthrite produite par elles avec une arthrite rhumatismale (3) ». En dehors des arthrites traumatiques, Bouillaud ne séparait guère du rhumatisme que les arthrites suppurées « que l'on voit survenir à la suite des grandes plaies extérieures, de l'accouchement, et généralement dans tous les cas de cet état morbide général assez vulgairement désigné sous les noms d'infection puerpérale, de fièvre purulente, etc. » Encore le *Traité du rhumatisme* débute-t-il par l'exposé de « vingt-deux cas de rhumatisme articulaire ou musculaire bien caractérisé, terminé par un épanchement de pus ou de synovie purulente dans les articulations, carie, destruction des cartilages, etc. (4). » Parmi ces cas, certains se rapportent à du rhumatisme puerpéral ; d'autres paraissent évidemment liés à une arthrite tuberculeuse. Aucun ne saurait être aujourd'hui considéré comme relevant d'un rhumatisme « bien caractérisé ».

(1) Trousseau. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, t. III.
(2) F. Ramond et Chambas. *Soc. méd. des hôpit.*, 8 oct. 1915, p. 770.
(3) Nobécourt, Jurie des Camiers et Tournier. *Soc. méd. des hôpit.*, 8 oct. 1915, p. 795.
(4) Florand et Pr. Merklen. *Soc. méd. des hôpit.*, 16 juin 1916, p. 985.
(5) Nobécourt et Gimbert. *Soc. méd. des hôpit.*, 19 avril 1918, p. 373.
(6) Gilbert et Lereboullet. L'origine digestive du rhumatisme articulaire aigu. *Presse médicale*, 1904, p. 33. — P. Londe. Rhumatisme articulaire aigu. *La Nouvelle pratique médico-chirurgicale illustrée*.

(1) Hutinel. *Les Maladies des enfants*, t. II.
(2) Le froid ou le refroidissement.
(3) Bouillaud. *Nosographie médicale*, t. I.
(4) Bouillaud. *Traité du rhumatisme*, p. 13.

Ainsi, malgré le grand effort de Bouillaud, le rhumatisme comprenait encore toutes sortes de maladies articulaires; et quelques années plus tard, Trousseau rapprochait le rhumatisme de l'érysipèle : « Il n'y a pas seulement analogie morbide entre ces deux affections qui n'ont d'inflammatoire que l'apparence; il y a corrélation. Elles n'ont pas seulement le même génie migrateur; elles peuvent se remplacer l'une l'autre. Même chose pour la scarlatine et l'érythème noueux. » De même, pour Trousseau, il n'y a pas de différence de nature entre le rhumatisme qui envahit toutes les grandes articulations et ne passe pas à l'état chronique, et la fluxion rhumatismale qui se fixe sur la main et le pied, et peut devenir l'occasion d'une tumeur blanche, « grave complication qui ne s'observe guère d'ailleurs que chez les scrofuleux et les tuberculeux » (1).

La célèbre discussion de 1867 à la *Société médicale des hôpitaux* marque une date importante dans l'histoire du rhumatisme blennorrhagique. Sans doute la fréquence de l'arthrite dans la blennorrhagie et ses grands caractères cliniques avaient été bien établis depuis les travaux de Ricord et de Rollet. Mais c'est alors surtout que l'on commença à affirmer que la chaudepisse en est la cause unique et directe, et que son rôle ne se borne pas à réveiller la diathèse rhumatismale, comme le soutint encore Peter.

A la même époque, J.-P. Tessier et surtout Lasègue établirent, avec une précision et une autorité remarquables, les limites qui séparent le rhumatisme vrai des *rhumatismes secondaires*. Tout est à retenir de ce passage si catégorique : « Le rhumatisme pur est le seul qui ne laisse pas de traces de son passage dans les jointures, la plèvre, ou les méninges, où cependant il a pu faire tant de tapage, tandis que, par une singulière anomalie, il laisse des lésions indélébiles au cœur sans y avoir traduit son passage par la douleur, qui cependant est un signe fondamental... Ce sont là de grands traits qui suffisent à le séparer nettement des rhumatismes chroniques et des rhumatismes suppurés... Le rhumatisme articulaire aigu franc ne suppure pas. Plus il est aigu, moins il a de chances de suppurer. Ne suppurent que des rhumatismes abâtardis... Or quelles sont les arthropathies suppurées que le clinicien observe? C'est d'abord, dans les services de chirurgie, l'arthrite traumatique, les arthrites consécutives soit à une inflammation de voisinage, etc... C'est ensuite, dans le domaine de la clinique médicale, les arthrites *secondaires* des maladies infectieuses, telles que scarlatine, variole, fièvre typhoïde, blennorrhagie, etc., auxquelles on donne improprement le nom de rhumatisme. J'ai souligné le mot *secondaire* parce que le rhumatisme est une maladie toujours première, une maladie autocratique, que vous ne verrez presque jamais, si ce n'est jamais, surgir pendant une convalescence ou dans le cours d'une autre maladie... Le rhumatisme articulaire aigu est (et vous m'excuserez d'employer une formule chère aux politiciens), une maladie une et indivisible (2). »

(1) TROUSSEAU. Loc. cit.

(2) LASÈGUE. Du rhumatisme pyohémique. *Etudes médicales*, t. II.

Lasègue emploie le mot de pseudorhumatisme, cite des cas dans lesquels il n'y a pas vraiment suppuration de l'article; et ainsi nous sommes bien préparés aux recherches capitales de Bouchard et de ses élèves.

« Toutes les maladies infectieuses, dit Bouchard, peuvent présenter parmi leurs manifestations contingentes des déterminations articulaires, distinctes du vrai rhumatisme, avec lequel elles se confondent cliniquement, et relevant de l'infection générale de l'économie, que cette infection soit la maladie première ou une maladie surajoutée. » Les travaux de Bourcy, de Lapersonne, etc., ont bien fixé les grands caractères de ces pseudorhumatismes, qui peuvent survenir soit au cours ou dans la convalescence d'une maladie bien définie, soit au cours d'une infection plus ou moins bien classée; et l'on connaît suffisamment les signes (caractère mono ou oligo-articulaire, participation des gaines tendineuses, tendance à la suppuration ou à l'ankylose) qui permettent parfois, mais non toujours, de les distinguer du rhumatisme vrai.

Une nouvelle étape dans la différenciation du rhumatisme articulaire aigu a été marquée par Poncet, qui a édifié la doctrine du rhumatisme tuberculeux et de la tuberculose inflammatoire (1).

Le rhumatisme tuberculeux, selon Poncet, est constitué par des manifestations inflammatoires de la tuberculose, manifestations spécifiques par leur cause, non spécifiques quant à leurs lésions. Il n'a guère que des caractères négatifs : absence de follicules tuberculeux, absence habituelle de bacilles. Les lésions relèveraient en effet de l'intoxication tuberculeuse et non de l'infection; et par là le rhumatisme tuberculeux se différencierait absolument des tuberculoses atténuées, qui comportent des lésions folliculaires, avec présence de bacilles à leur niveau. Telle était du moins la conception initiale de Poncet. Cet auteur l'a quelque peu modifiée par la suite, en admettant que, parfois, le bacille lui-même peut être directement en cause; mais il s'agirait alors d'un bacille très peu virulent, et incapable de produire des lésions spécifiques. La preuve de la nature tuberculeuse du rhumatisme ne se trouvant ni dans l'anatomie pathologique, ni dans la bactériologie, ne peut donc être faite que par la clinique; et c'est en effet en s'attachant à démontrer la fréquence de la tuberculose dans les antécédents des malades atteints d'un rhumatisme aigu ou chronique que Poncet a soutenu sa théorie. Il l'a généralisée à tel point que, d'après Leriche, « en présence d'un rhumatisme aigu ou chronique, la première idée du médecin doit être de rechercher par l'examen clinique si la tuberculose ne l'explique pas ». Encore, si cet examen clinique reste négatif, faut-il, malgré tout, soupçonner la tuberculose, car « on ne perd rien à traiter un rhumatisant comme un tuberculeux, et l'on risque beaucoup, au contraire, à traiter un tuberculeux comme un rhumatisant » (2).

(1) Voir PONCET et LERICHE. *Le Rhumatisme tuberculeux*, 1909, O. Doin, édit.; — *La Tuberculose inflammatoire*, 1911, O. Doin.

(2) LERICHE. Le rhumatisme tuberculeux. *Consultations médicales françaises*, n° 56.

Ce n'est pas ici le lieu d'entreprendre la discussion des idées du professeur Poncet : admises dans leur intégralité par certains auteurs, elles ont été énergiquement combattues par d'autres qui se sont attachés à montrer ce qu'elles comportent d'excessif. Il est certain que, en dehors des cas où l'on relève d'autres stigmates nets de tuberculose, le diagnostic de rhumatisme tuberculeux repose plus sur une idée préconçue que sur l'étude symptomatique elle-même, et qu'un tel diagnostic sera fait souvent ou rarement selon qu'on sera plus ou moins imbu des théories de Poncet. Outre qu'il semble d'une méthode discutable d'affirmer la tuberculose en s'appuyant sur des caractères anatomiques et bactériologiques négatifs et en n'invoquant que des analogies et des coïncidences, la conception même du professeur Poncet se heurte à de graves objections théoriques, dont la principale est que les toxines diffusibles du bacille tuberculeux invoquées pour expliquer les accidents inflammatoires non spécifiques, demeurent inconnues, et que les seules toxines actives semblent être les toxines adhérentes aux corps bacillaires (1). Sans méconnaître les faits intéressants mis en lumière par l'auteur lyonnais, il ne nous paraît pas que l'on puisse faire une bien large part à l'infection ou à l'intoxication tuberculeuse dans les faits qui appartiennent au domaine clinique du rhumatisme articulaire aigu. Parmi les nombreux cas de rhumatisme franc que nous avons observés, nous n'avons jamais pu mettre la tuberculose en évidence; et nous ne sommes pas éloigné de souscrire au sévère jugement de Sergent : « Avec la tuberculose inflammatoire de Poncet, nous entrons dans l'hypothèse, sinon dans le rêve (2). »

En résumé, des infections diverses peuvent s'accompagner de manifestations articulaires non suppurées et présentant de réelles analogies cliniques avec le rhumatisme articulaire aigu franc. Mais il reste une maladie que l'on n'a jamais pu rattacher en toute certitude à aucune infection classée, dont le complexus symptomatique ne se retrouve jamais avec la même netteté dans les autres états morbides compliqués d'arthropathies, qui évolue pour son propre compte, indépendamment de toute autre affection déterminée, qui peut laisser à sa suite des complications (endocardites chroniques et spécialement insuffisance mitrale) permettant jusqu'à un certain point un diagnostic rétrospectif, et dont l'autonomie clinique demeure indiscutable. Cette maladie, le rhumatisme articulaire aigu franc, est-elle réellement spécifique? Il le semble; mais il faudrait, pour le démontrer d'une manière certaine, établir sa spécificité bactériologique ou sa spécificité étiologique.

III. Nature infectieuse du rhumatisme articulaire aigu. — La nature infectieuse du rhumatisme n'est plus guère mise en doute. Nous ne sommes plus au temps où l'on discutait âprement sur le point de savoir si le rhumatisme est une inflammation (Bouillaud) ou s'il doit être suspendu entre les phlegmasies et les hémorragies (Chomel). D'ailleurs, dès ce moment, Chomel s'approchait bien près de la vérité lorsqu'il proclamait la nécessité d'admettre « une cause spécifique, virus, diathèse, état morbide ».

La clinique (fièvre, début fréquent par une angine, albuminurie de la période d'état, complications) semble bien établir le rôle de l'infection admis depuis longtemps déjà par Jaccoud et par Lancereaux, précisé dans la thèse de L. de Saint-Germain. Malheureusement, la bactériologie, depuis les travaux anciens de Hueter, de Klebs, etc., jusqu'à ceux d'Achalme, de Thiroloix et Rosenthal, de Triboulet et Coyon, de Chantemesse, Matruchot et Grimbert, ne nous apprend encore rien de bien précis. Différents auteurs ont considéré le rhumatisme comme une septicémie à manifestations articulaires due à des microbes banaux (streptocoques et staphylocoques en particulier) de virulence atténuée; l'injection de ces cultures atténuées peut, en effet, provoquer des arthrites mais qui n'ont vraiment rien de commun avec le rhumatisme franc. Qu'une septicémie quelconque, grave ou légère, ait parfois des symptômes articulaires, nul ne songe à le nier; autre chose est le rhumatisme vrai avec son évolution si spéciale.

Achalme, puis Thiroloix et Rosenthal, ont trouvé avec une certaine fréquence dans le sang, les humeurs et les organes des rhumatisants, un bacille anaérobie identifié par la suite au *bacillus perfringens*. Triboulet et Coyon, d'autre part, ont, dans les formes compliquées, isolé un diplocoque anaérobie qui paraît être une variété de l'entérocoque. Mais nous ignorons encore quel rôle jouent ces microbes, s'ils doivent être considérés comme des agents spécifiques ou s'ils n'interviennent qu'à titre d'infections secondaires. Les auteurs mêmes de ces recherches sont les premiers à formuler ces réserves. On ne peut pas accorder plus de valeur au mycobacille décrit récemment par Chantemesse, Matruchot et Grimbert.

La spécificité bactériologique du rhumatisme n'est donc encore nullement démontrée. Nous savons seulement que certains germes se retrouvent avec une fréquence particulière chez les rhumatisants; mais nous n'avons le droit d'en tirer aucune conclusion relative à l'origine mono ou polymicrobienne de la maladie, car il serait aisé d'interpréter à volonté dans l'un ou l'autre sens les résultats obtenus jusqu'à ce jour.

IV. Etiologie du rhumatisme articulaire aigu. Diathèse rhumatismale. Causes extérieures. Contagiosité. — On admet généralement que le rhumatisme se développe, sous l'action de causes extérieures, chez des sujets prédisposés, présentant un terrain favorable à l'éclosion des manifestations articulaires. Qu'est-ce donc qui constitue ce terrain, cette diathèse rhumatismale? Nul ne saurait le dire d'une manière précise. Sans doute on décrit le rhumatisant « à peau fine, blanche, et transpirant faci-

(1) La discussion de cette question sera faite dans notre article Rhumatisme tuberculeux du *Traité de pathologie et de thérapeutique appliquée*, publié sous la direction de MM. Sergent, Ribadeau-Dumas, Babonneix (en préparation).

(2) Sergent. Tendance de l'esprit médical actuel à étendre exagérément le domaine de la tuberculose, *Le Monde médical*, 25 juillet 1914.

lement, à cheveux rares et peu foncés en couleur, avec le teint clair et animé, l'embonpoint médiocre et les muscles peu développés », tableau qui « s'applique surtout aux rhumatisants qui sont ou ont été scrofuleux ou lymphatiques dans l'enfance ou la jeunesse, à tous les sujets qui conservent dans l'âge adulte quelques-uns des vestiges de ces maladies du jeune âge ; et il faut reconnaître qu'on le rencontre assez fréquemment réalisé. Mais en dehors de la facilité de la perspiration aqueuse de la peau qui appartient à tous les arthritiques en général et qui devient pour eux une cause matérielle de refroidissement et de localisations rhumatismales diverses, il n'est aucun des traits du tableau classique qui ne puisse être constaté chez des sujets n'ayant jamais présenté et ne devant jamais présenter la plus légère trace d'arthritisme, le moindre accident rhumatismal, alors même qu'ils se trouvent exposés, comme chacun, à toutes les causes occasionnelles qui peuvent le déterminer. Il faut donc conclure, pour rester dans la réalité, que le rhumatisme articulaire peut atteindre tous les individus, quels que soient d'ailleurs leur tempérament, leur constitution individuelle physiologique, et que les sujets qui présentent à la fois une certaine délicatesse constitutionnelle et surtout une incontinence sudorale habituelle se trouvent, par cela seul, dans des conditions particulièrement favorables à la genèse du rhumatisme articulaire aigu » (1). On voit, par cette longue citation, combien Besnier, dont les recherches et les statistiques si minutieuses et si consciencieuses doivent faire autorité, arrive à réduire à peu de chose la diathèse rhumatismale. Sans doute, on ne peut nier qu'il existe certains rapports entre la goutte, l'obésité et les rhumatismes aigus ou chroniques, maladies rangées dans le vaste cadre de l'arthritisme. Mais, dit encore Besnier, « comme le rhumatisme articulaire et le rhumatisme sous toutes ses formes d'ailleurs, la goutte n'est le propre d'aucun tempérament ni d'aucune constitution spéciale ».

L'hérédité directe, souvent invoquée, est formellement niée par les statistiques de Lasègue et de Hanot. Reste l'hérédité arthritique, dans le sens le plus large du mot : on peut admettre qu'elle joue un certain rôle ; encore voit-on souvent le rhumatisme éclater chez des sujets qui paraissent indemnes de toutes les tares dites arthritiques, héréditaires ou acquises.

MM. Gilbert et Lereboullet (2) ont tenté de rajeunir la notion de la diathèse arthritique, et de l'éclairer à la lumière des recherches anatomiques et bactériologiques. Pour ces auteurs, le rhumatisant puise, en général, dans son organisme même, les germes de sa maladie : il s'agit d'une auto-infection ; car il est de nombreux sujets chez lesquels le tube digestif et ses annexes (foie, pancréas) sont chroniquement infectés, du fait d'une prédisposition spéciale. Cette conception ne serait nullement en contradiction avec celle qui fait jouer à l'arthritisme un rôle dans la pathogénie de la maladie ; car les symptômes de la cholémie familiale, et, d'une manière générale, ceux relevant de la diathèse d'auto-infection, sont ceux mêmes que l'on a donnés comme caractéristiques de l'arthritisme ; aussi, actuellement, la diathèse d'auto-infection devrait-elle être substituée à celle de l'arthritisme. Cette ingénieuse théorie repose sur un fait principal, à savoir que les germes le plus souvent constatés chez les rhumatisants se retrouvent tous dans le tube digestif et ses annexes. Il resterait à prouver que ces germes (bacille d'Achalme, identifié au *perfringens*, diplostreptocoque de Triboulet et Coyon, identifié à l'entérocoque) sont vraiment les agents pathogènes du rhumatisme. Et cette démonstration est bien loin d'être faite. Il ne s'agit donc là que d'une hypothèse.

Existe-t-il une cause plus précise que l'on puisse attribuer au rhumatisme ? Le froid et le refroidissement, auxquels Bouillaud ramenait toute l'étiologie, ne sauraient nous satisfaire ; et Lasègue a brillamment réfuté l'origine *a frigore* du rhumatisme. Quant aux saisons, aux variations atmosphériques, au surmenage, etc., ce sont là sans doute des causes favorisantes, mais qui ne sauraient, non plus que l'âge, être considérées comme suffisantes pour provoquer à elles seules le rhumatisme articulaire aigu.

Si nous admettons que le rhumatisme est une maladie infectieuse, il faut savoir d'où vient l'infection. On admet souvent que la porte d'entrée en est dans la gorge (fréquence de l'angine) ; MM. Gilbert et Lereboullet ont insisté sur son origine digestive et ont montré la fréquence de troubles intestinaux ou hépatiques chez les rhumatisants. Nous-même avons signalé l'existence d'une diarrhée pré-arthropathique. Nous croyons en effet que l'infection peut pénétrer par différents points du tube digestif. Mais tout cela ne nous apprend rien sur son origine première.

Depuis longtemps déjà, différents auteurs ont soutenu l'idée de l'épidémicité et de la contagiosité du rhumatisme articulaire aigu (Mantle, Thoresen, Feldkamp et Friedlander, Edlefsen, Ch. Fiessinger) ; leurs observations et leurs arguments ont été repris dans un travail de Monnier, Leclercq et Pierret (1), et dans la thèse de Monnier (2). Mais il ne s'agit là que de faits isolés, qui doivent retenir l'attention sans pouvoir forcer la conviction. D'autre part, à côté de cas de rhumatisme franc, on trouve relatés dans ces travaux des cas relevant évidemment de pseudorhumatismes infectieux.

Nous avons pu, pour notre part, relever avec soin le mode de succession de 182 cas de rhumatisme articulaire aigu franc. Nous avons constaté, dans un territoire limité, l'éclosion de cinq foyers épidémiques distincts (3) : ceux-ci affectaient en largeur la zone de tranchées occupée par certains régiments, et, en profondeur, s'étendaient à leurs cantonnements de repos où ils se trouvaient en rapport avec des formations de seconde ligne, atteintes à leur tour.

Nous avons noté en outre :

Une certaine indépendance de ces petites épidémies entre elles ;

---

(1) E. Besnier. *Dictionnaire Dechambre.*

(2) A. Gilbert et P. Lereboullet. *Presse méd.*, 16 janv. 1904. p. 33.

(1) Monnier, Leclercq et Pierret. *Echo méd. du Nord*, 5 mai 1912.

(2) Monnier. Th. de Lille, 1912.

(3) *Presse méd.*, 28 oct. 1915. — *Journ. des prat.*, 7 août 1915.

Le déplacement de l'épidémie avec le déplacement d'une unité contaminée (un régiment atteint quitte le secteur, et s'en va au repos, assez loin; de nouveaux cas y éclatent et apparaissent dans des troupes indemnes jusque-là, et qui se trouvent en contact avec lui);

L'immunité d'un régiment indemne qui relève un régiment atteint et occupe ses anciens cantonnements (ce qui tend à prouver que la contamination ne se fait pas par le sol ni par l'habitation, mais par le contact d'homme à homme).

Enfin un homme jusque-là indemne de rhumatisme, mais appartenant à un régiment contaminé, s'en trouve brusquement séparé et transporté à l'hôpital pour blessure. Au bout de vingt-six jours, il fait une crise franche de rhumatisme. Six jours plus tard, deux blessés occupant des lits presque voisins sont atteints de rhumatisme. Nous avons observé depuis un fait semblable : un rhumatisant se trouvait voisin de lit d'un pneumonique; celui-ci, en pleine convalescence, fit une crise rhumatismale qui eut toutes les allures d'un rhumatisme franc.

Ces faits, sur lesquels nous nous proposons de revenir avec plus de détails, semblent de nature à prouver l'épidémicité et la contagiosité du rhumatisme. Parmi les malades observés par nous, beaucoup n'avaient encore jamais été atteints; d'autres en étaient à leur seconde ou troisième crise : on peut penser que chez ces derniers il s'agissait d'une réinfection, peut-être favorisée par le terrain arthritique.

Nous admettons donc la contagiosité du rhumatisme franc, contagiosité relativement faible d'ailleurs, ce qui explique qu'elle ait passé d'ordinaire inaperçue. Cette maladie, qui se présente avec un ensemble de caractères cliniques assez particuliers, nous apparaît donc comme pouvant se transmettre d'homme à homme avec les mêmes symptômes. Si cette notion se trouve confirmée, elle apportera à la doctrine de la spécificité du rhumatisme un argument de premier ordre : en en démontrant la spécificité étiologique, elle permettra de préjuger de la spécificité de son germe encore inconnu.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 15 DÉCEMBRE 1919)

Le déterminisme de la lobulation du rein chez les mammifères. — M. R. ANTHONY. La lobulation rénale que l'on observe chez quelques types mammaliens, à l'âge adulte, est une conséquence géométrique de l'augmentation de la surface sécrétante du rein sous l'influence des causes qui la déterminent, à savoir : 1° toutes les conditions susceptibles d'intensifier la sécrétion rénale (habitat sous de froids climats, vie aquatique, absence de glandes sudoripares, etc.); 2° le volume somatique.

Castration alimentaire chez les coqs soumis au régime carné exclusif. — M. Albert PÉZARD.

La toxicité urinaire et ses modifications par les injections hypodermiques d'oxygène pendant un séjour prolongé à l'observatoire du mont Blanc. — M. Raoul BAYEUX, au cours d'un séjour de onze jours à l'observatoire du mont Blanc, a fait sur lui-même des observations qui l'ont amené aux remarques suivantes :

1° A la haute altitude les urines les plus toxiques sont celles de la journée. Cela prouve que les combustions organiques y sont insuffisantes pour le moindre effort, et cela explique le besoin de sommeil qu'on y éprouve.

2° L'ascension du mont Blanc donne lieu à une toxicité maximum car l'ascensionniste y subit l'action d'une grande fatigue ajoutée à la diminution progressive de la pression barométrique.

4° Au mont Blanc, les injections d'oxygène atténuent la toxicité urinaire à toutes les heures. Leur action antitoxique n'est pas immédiate. Elle n'apparaît que dans les urines émises sept heures après l'injection. Leur action dure environ trente heures.

Les souillures du lait. — M. F. BORDAS a trouvé des laits possédant 1 gramme de matières excrémentitielles par litre et une richesse bactérienne de 20 millions de germes au centimètre cube.

La disette de fourrage, et par conséquent la pénurie de la litière, la malpropreté des bêtes laitières expliquent, sans qu'il soit besoin d'insister, la quantité de souillures contenue dans certains laits.

Dans notre pays de si faible natalité où des milliers de nourrissons alimentés artificiellement périssent chaque année du fait de l'ingestion de semblables laits, il est urgent que des mesures soient prises pour que le lait, aliment unique des nouveau-nés, soit non seulement à l'abri des falsifications, mais encore des souillures qui en font actuellement, dans la plupart des cas, un véritable poison.

Au sujet de la conservation du vaccin antivarioleux. — M. P. ACHALME et Mme PHISALIX.

(SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 22 DÉCEMBRE 1919)

M. Léon GUIGNARD, président, prononce le discours d'usage et prononce l'éloge des membres disparus, Schlœsing, lord Rayleigh, Rappart, Lépine, sir William Croobles, Gustav Retzius et Gilson Farlow. Il proclame ensuite la liste des lauréats de l'Académie. (Voir p. 2 les prix décernés.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 23 DÉCEMBRE 1919)

M. LE PRÉSIDENT prononce l'éloge de M. Troisier.

M. MOUREU présente un travail.

M. MEILLÈRE donne lecture du rapport général sur les eaux minérales.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

Election du bureau pour 1920. — L'Académie procède à l'élection d'un vice-président, M. Laveran passant, de droit, président.

M. RICHELOT est élu vice-président.

M. Achard est maintenu, par acclamation, dans les fonctions de secrétaire annuel.

Déclaration obligatoire de la tuberculose bovine. — M. LIGNIÈRES fait ressortir toute l'importance, au point de vue de la prophylaxie de la tuberculose bovine, de la déclaration.

Les animaux atteints de tuberculose doivent être déclarés. Le propriétaire reste libre de vendre. Mais si la viande est reconnue tuberculeuse, elle est saisie, sans indemnité. Si, au contraire, elle a été déclarée le propriétaire touche l'indemnité fixée par la loi. Dans ces conditions, le propriétaire a donc tout intérêt à déclarer les animaux tuberculeux

Traitement du paludisme. — M. Arthaud de Vevey lit une note sur le traitement de la fièvre intermittente par l'alcoolature de buis. Il en a obtenu de très bons résultats.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance médico-chirurgicale)

LES SÉQUELLES ET LES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DES PLAIES DE POITRINE

Dans sa séance du 5 décembre 1919, la Société médicale des hôpitaux a mis à son ordre du jour la discussion sur les suites éloignées des plaies de poitrine. Cette question qui nécessite d'une façon si intime la collaboration du médecin et du chirurgien a été exposée dans deux remarquables rapports de MM. Sergent et P. Pruvost et de M. Tuffier que nous résumons :

I. Séquelles tardives des plaies de poitrine, par MM. E. Sergent et P. Pruvost. Après avoir montré comment les suites éloignées des plaies de poitrine peuvent simuler une évolution tuberculeuse, et causer ainsi des erreurs de diagnostic, les auteurs étudient les diverses manifestations cliniques des séquelles médico-chirurgicales tardives des plaies de poitrine suivant leur siège, puis leurs relations avec la tuberculose pulmonaire traumatique.

Les *séquelles non tuberculeuses* se traduisent cliniquement par des manifestations très diverses en rapport avec l'extrême variété des blessures reçues. Parmi ces manifestations, les unes se traduisent par des symptômes décelables aux examens stéthoscopiques ou radioscopiques, les autres au contraire ne se manifestent que par des signes subjectifs. Les auteurs insistent avec juste raison sur cette dernière catégorie et montrent qu'il ne faut pas se hâter de conclure à de la simulation ou à des troubles purement nerveux, car on a pu, ultérieurement, se rendre compte que ces accidents étaient imputables à des lésions des nerfs du médiastin ou du plexus cardiaque.

A la suite de lésions pariétales, on peut observer des *névralgies intercostales durables* ; les *brides cicatricielles étendues* entraînent de la gène des mouvements respiratoires, et s'accompagnent de *pleurodynie*. Une ostéite costale ou sternale peut provoquer des *fistules osseuses* ; les *fistules pleurales* sont devenues plus rares depuis que l'on draine la plèvre au point le plus déclive. On a signalé enfin des *fistules gazeuses*.

Les *déformations thoraciques*, les asymétries thoraciques, avec ou sans scoliose consécutive aux larges blessures mutilantes et surtout aux suppurations pleurales prolongées, constituent des sources d'incapacité fonctionnelle accentuée qu'il faudra éviter par l'évacuation précoce des suppurations pleurales ou améliorer par la gymnastique opératoire avec le spiroscope de Pescher.

Les lésions pleurales déterminent des accidents tardifs soit par persistance d'adhérences soit du fait de suppurations tardives ou compliquées.

Les *adhérences* particulièrement fréquentes sont légères ou étendues, formant alors de véritables symphyses avec leur cortège de symptômes physiques et fonctionnels. Les *suppurations tardives* accompagnent les fistules pleurales ou bien s'observent sous forme de collections purulentes enkystées.

Les lésions pulmonaires, avec les lésions pleurales, constituent les plus importants et les plus fréquents des reliquats des blessures de poitrine. Tantôt il s'agit de *lésions cicatricielles* plus ou moins étendues, visibles à la radioscopie par le procédé de Belot, tantôt, il s'agit de *lésions en évolution* sous la dépendance de corps étrangers intrapulmonaires ou sutout de germes infectieux. Ces séquelles revêtent des types cliniques divers : hémoptysies tardives récidivantes, kystes hématiques, manifestations infectieuses locales ou générales, très rarement tuberculeuses.

Les lésions du médiastin consistent en *adénopathie trachéo-bronchique*, en *médiastinites* diffuses rares, en troubles fonctionnels résultant de lésions des filets nerveux du médiastin pour le passage d'un projectile. Les symptômes, dans ce dernier cas, sont très discrets et doivent être recherchés méthodiquement par l'examen successif du phrénique, du pneumogastrique et du sympathique dont les lésions peuvent du reste être isolées ou associées.

Les *adhérences péricardiques* et les *lésions du plexus cardiaque* sont plus rares. On observe alors un syndrome consistant en douleur, dyspnée, arythmie cardiaque avec association de troubles pupillaires et quelquefois apparition du goitre, de tremblements, de troubles vaso-moteurs.

Les corps étrangers intrapulmonaires sont, le plus souvent, très bien tolérés et ne doivent être enlevés que lorsqu'ils provoquent des hémoptysies à répétition ou des réactions inflammatoires ou infectieuses.

Enfin, à la suite des plaies de poitrine, on peut, outre les symptômes locaux constatés avec *atteinte plus ou moins profonde de l'état général* qui peut en imposer pour de la tuberculose mais qui est liée le plus souvent à un état infectieux subaigu.

Plaies de poitrine et tuberculose. — Contrairement à l'opinion ancienne, la tuberculose traumatique est extrêmement rare chez les blessés de poitrine. La nature pénétrante au cours de la blessure ne paraît pas avoir d'influence ; les contusions, par contre, provoqueraient plus souvent le développement de la tuberculose. En tout cas, l'action directe du traumatisme thoracique est tout à fait exceptionnelle et, le plus souvent, ce sont les conséquences du traumatisme et en particulier les troubles de l'état général, les suppurations prolongées, le séjour dans les hôpitaux, etc., qui agissent sur le développement de la tuberculose et ceci est confirmé anatomiquement par ce fait que la tuberculose peut éclore en un point très éloigné du traumatisme, parfois même sur le poumon opposé.

Le diagnostic de la tuberculose pulmonaire traumatique et des séquelles banales est difficile en raison de la similitude de la plupart des symptômes. L'examen répété des crachats avec constatation du bacille de Koch sera le seul moyen d'affirmer avec certitude la nature tuberculeuse des lésions.

En présence d'une tuberculose confirmée, il faudra encore rechercher ses rapports étiologiques avec le traumatisme, pour savoir s'il s'agit ou non de lésions antérieures à la blessure et établir l'influence du traumatisme sur l'évolution d'une tuberculose préexistante.

II. Résultats éloignés des plaies de poitrine, par M. Tuffier. — Les séquelles des plaies de poitrine, c'est-à-dire les accidents qui se développent dix-huit mois à deux ans après la blessure ne se rencontrent guère que dans 10 p. 100 des cas, alors que les accidents secondaires se chiffrent par 60 p. 100 des cas.

Ces sequelles sont avant tout d'ordre médical et, au point de vue chirurgical, on ne peut qu'en rechercher la *cause* pour savoir dans quelle mesure on peut y remédier chirurgicalement.

La *nature* de la blessure n'est responsable des accidents éloignés que par l'étendue des lésions du squelette et par le siège de la lésion : les lésions de la base du thorax laissent des cicatrices particulièrement gênantes.

Les lésions pulmonaires par transfixion, en thorax ouvert ou fermé, avec projectile inclus ou non, peuvent, si elles ont été bien traitées, guérir complètement sans laisser de reliquat.

Mais les deux complications que l'on relève le plus souvent à l'origine des accidents tardifs sont les hémothorax et les suppurations pleurales : *hémothorax chroniques* surtout qui peuvent persister pendant des mois et des années, être éten-

dus à toute la cavité pleurale ou localisés à un interlobe, se caractérisant tantôt par la stagnation du liquide, tantôt par des récidives.

Les *suppurations* aiguës traitées précocement laissent rarement des séquelles. Il n'en est pas de même des suppurations évacuées tardivement, souvent fistulisées, qui sont la cause la plus fréquente des troubles fonctionnels tardifs par adhérences, ostéites costales, par récidive de suppurations profondes ou superficielles.

Les *projectiles intrathoraciques* ne jouent, en général, aucun rôle dans la genèse des troubles fonctionnels survenant à longue échéance. Ils sont, le plus souvent, très bien tolérés et ne doivent être extraits que s'ils sont très volumineux et surtout s'ils provoquent des troubles respiratoires graves, des hémoptysies à répétition, des suppurations pulmonaires. L'expectative s'impose dans tous les autres cas, car cette extraction n'est jamais inoffensive.

Quant à la tuberculose pulmonaire succédant à une plaie de poitrine, l'auteur déclare n'en avoir jamais observé un seul cas.

Il se dégage en dernière analyse, de toutes ces constatations médico-chirurgicales, que ce sont les accidents pleuraux qui dominent l'histoire des séquelles des plaies de poitrine. C'est la marche du processus vers la chronicité beaucoup plus que la quantité de l'épanchement ou sa nature qui est la cause des accidents éloignés. Il faut donc les prévenir en soignant précocement les accidents primitifs ou secondaires.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES & DIAGNOSTIC DU PNEUMOTHORAX

Définition. — Complication d'une foule d'affections différentes, notamment des voies respiratoires, le pneumothorax est constitué par un épanchement de gaz dans la cavité pleurale. Il peut revêtir de multiples aspects cliniques, suivant la cause dont il relève, et aussi suivant qu'il se produit dans une plèvre libre d'adhérences ou dans une plèvre cloisonnée. D'où la distinction primordiale des pneumothorax généralisés et localisés.

A. PNEUMOTHORAX GÉNÉRALISÉ. — Le pneumothorax peut être et rester *pur*, c'est-à-dire ne s'accompagne pas d'épanchement liquide. Mais c'est là un fait vraiment rare ; car à un moment donné de son évolution, il se forme plus ou moins rapidement du liquide par inflammation ou exsudation pleurale : c'est l'*hydropneumothorax*, forme clinique la plus fréquente. Enfin parfois l'épanchement liquide est purulent, réalisant alors le *pyopneumothorax*, ou hémorragique et l'on a affaire dans ce cas à un *hémopneumothorax*.

Nous étudierons successivement ces diverses formes cliniques :

I. Pneumothorax pur. — *Début.* — 1. Il est souvent *brusque*, dramatique, survenant chez un homme qui, depuis quelque temps, présentait des signes fonctionnels et généraux de tuberculose pulmonaire. Il est alors consécutif à la rupture d'un tubercule sous-pleural, et peut être même parfois l'accident révélateur d'une tuberculose jusque-là ignorée. D'autres fois il résulte de la rupture d'une vésicule d'emphysème au cours d'un effort (pneumothorax des conscrits). A l'occasion d'une quinte de toux, il survient une douleur thoracique, un point de côté intense. La dyspnée est violente, considérable avec sensation d'étouffement, anxiété, pâleur ou cyanose du visage, sueurs généralisées, parole haletante, refroidissement des extrémités. Le pouls est accéléré, la toux sèche et pénible. Si bien que, dans certains cas, ces accidents graves peuvent amener la mort par insuffisance pulmonaire aiguë et asystolie.

Mais, en général, au bout de quelques heures, le calme renaît, l'équilibre pulmonaire se constitue, le poumon sain supplée à la respiration insuffisante du côté lésé, et l'on se trouve à la période d'état ou de pneumothorax constitué.

2. Le début est parfois *moins bruyant* et s'il apparaît chez des sujets affaiblis, chez des tuberculeux cachectiques, ou chez des vieillards, il peut passer inaperçu. C'est le *pneumothorax latent*, découvert souvent par hasard au cours d'un examen physique du malade.

Etat. — Le pneumothorax, bien étudié par Laënnec, se caractérise par une foule de symptômes bien connus, les uns de peu d'importance, les autres pathognomoniques. Il est utile de les bien connaître.

Les SIGNES FONCTIONNELS sont ceux qui ont marqué le début de l'affection : le *point de côté* qui est déchirant, pongitif, violent. Il siège au niveau de l'épine ou de l'angle inférieur de l'omoplate, parfois en avant au niveau du mamelon. Il disparaît en peu de jours et traduit une douleur pleurale.

La *dyspnée* est très vive, subite, et accompagne le point de côté. Elle va parfois jusqu'à l'orthopnée et peut s'accompagner d'angoisse. Il y a jusqu'à 30, 40 et 50 respirations par minute. Le malade reste jour et nuit assis au début. Puis il peut se coucher sur le côté malade. La *toux* et l'*expectoration* manquent le plus souvent. Et même il n'est pas rare de voir diminuer l'expectoration.

Les SIGNES PHYSIQUES sont nombreux : les uns sont pathognomoniques, ce sont les signes cardinaux : abolition des vibrations, tympanisme, abolition du murmure vésiculaire, souffle amphorique, bruit d'airain, timbre métallique de tous les signes pulmonaires. Les autres ont une importance inégale.

A l'*inspection*, le côté malade présente une dilatation permanente, une ampliation exagérée de la moitié thoracique lésée. L'amplexation bimanuelle indique cette dilatation et la mensuration peut révéler une différence de plusieurs centimètres entre les 2 côtés.

La poitrine est donc asymétrique, le côté malade immobilisé en inspiration forcée; l'hémithorax est uniformément dilaté, globuleux, les espaces intercostaux élargis. L'hémithorax lésé est aussi immobile, et ne présente aucun mouvement respiratoire. Il peut y avoir de la circulation collatérale.

La *palpation* montre l'abolition des vibrations thoraciques. C'est là un élément de diagnostic des plus importants pour le différencier des cavernes pulmonaires. Parfois cependant signe difficile à apprécier chez les malades un peu gras ou chez les femmes.

La *percussion* ne donne pas, comme il est partout classique de le répéter, de l'augmentation de la sonorité pulmonaire, un hémithorax ne pouvant pas être plus sonore que le poumon normal. Mais on constate une tonalité différente : c'est le *tympanisme*, qui rappelle assez le bruit d'un tambour ou d'une caisse de résonance. Ce signe, joint à la disparition des vibrations et du murmure vésiculaire, constitue un des meilleurs signes de pneumothorax.

Le son de percussion est plus clair que normalement, il est d'une tonalité plus élevée, plus aiguë. Mais cette tonalité varie avec la forme du pneumothorax et suivant que le malade a la bouche ouverte ou fermée, elle dépend aussi du degré de tension du gaz intrapleural.

Le son est en effet de tonalité basse, grave, quand la tension du gaz est inférieure ou égale à celle de l'air atmosphérique. Il est de tonalité haute et aiguë, quand la pression intrapleurale est exagérée et peut même rappeler la submatité comme dans le pneumothorax à soupape. De même, il est classique de dire que le son est haut quand on percute le malade qui a la bouche ouverte, et que le son est plus bas lorsqu'il a la bouche fermée (signe de Wintrich pour les cavernes pulmonaires). Enfin dans la région hilaire et souvent apicale, il y a aussi de la submatité, entre le bord de l'omoplate et la colonne dorsale. C'est le poumon revenu sur lui-même et souvent adhérent au sommet.

L'*auscultation* donne aussi des renseignements très importants. Ils sont partout décrits et nous n'y insisterons pas, renvoyant le lecteur aux traités classiques; on constatera : 1° L'abolition du murmure vésiculaire, signe capital, car le poumon atélectasié ne respire plus. « Lorsque, écrit Laënnec, du côté où la poitrine résonne le mieux, on n'entend pas du tout la respiration, on peut affirmer un pneumothorax. » Tous les autres symptômes sont des bruits métalliques, car tous présentent une certaine résonance à timbre métallique. 2° Le souffle amphorique est un souffle à timbre creux, souffle caverneux à timbre métallique. Plus ou moins intense, il est perceptible aux deux temps de la respiration; son maximum siège dans la région du hile pulmonaire. 3° La voix, la toux, les râles, les bruits du cœur prennent également des résonances métalliques. 4° Le tintement métallique, décrit par Laënnec, a suscité bien des controverses. C'est un petit bruit éclatant, argentin, comparé à celui que fait un grain de blé dans une coupe de cristal. Il s'entend surtout quand le malade respire fort, tousse, parle. C'est un signe fréquent, inconstant cependant. Pour Laënnec, il est dû à l'agitation du liquide pleural par l'air venant de la fistule bronchique; pour d'autres (Beau) à des bulles gazeuses pénétrant par la perforation et venant crever à la surface du liquide, ou bien à la chute d'une goutte de liquide du haut de la plèvre; pour Guérard, il est dû au retentissement amphorique d'un râle produit au niveau de la fistule. Mais, en réalité, il semble qu'il s'entende aussi en l'absence de liquide pleural et sans fistule bronchique, par la simple résonance d'un râle au voisinage d'une collection gazeuse (Béhier, Skoda). Enfin, pour Debove et Trémolières, le tintement métallique ne serait lié ni à une fistule pleuro-bronchique, ni à l'éclatement d'une bulle ni au retentissement des râles pulmonaires; il n'est, en réalité, qu'un bruit de flot léger, produit et rythmé par les mouvements diaphragmatiques et qui prend un caractère métallique dans la cavité résonante de la plèvre. 6° Le bruit d'airain, décrit par Trousseau, est un bruit à timbre métallique que l'on entend lorsqu'on ausculte le thorax au niveau de la collection gazeuse alors qu'un aide frappe avec une pièce de monnaie une autre pièce placée sur la paroi antérieure du thorax. Il peut servir à délimiter l'étendue du pneumothorax, car ce signe s'entend seulement à son niveau. 7° Nous citerons seulement le bruit de rouet sous-claviculaire (Gailliard), le bruit fistulaire (Unverricht), le bruit de glou-glou pleural (Variot). — Enfin, du *côté sain*, on notera souvent une respiration de suppléance. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 15 francs par an. Étudiants étrangers, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 6 fr. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — *Pathologie.* — Séance du 4 janvier. — Question donnée : « Symptômes et diagnostic de l'étranglement herniaire. »

MM. Gouvenot, 14; Fenal et Faugeron, 13; Huguenin, 18; Gournay, 16; Jacquet, 10; Eustache, 5; Galtier, 15; Garcin, 14; Fumet, 16, Farret, 15; Funck, 18; Fèvre, 17; Escalier, 18 1/2; Hélie, 9; Galperine, 12; Gestat, 14; Ferru, 18.

Anatomie. — Séance du 3 janvier. — Question donnée : « Artère sous-clavière. »

MM. Lamaze, 14; Laplanche, 16; Levassor, 13 1/2; Lamy, 9; Leplat (Gabriel), 16; Joffroy, 6; Lévy (Paul), 15; Kenzinger, 12; Kohn (Richard), 3; Kalt, 18 1/2; Jossand, 12; Landrieu, 9; Lepitz, 7; Jean dit Aman, 10; Thibert, 4; Thibault (Alexandre), 6; Weill (Robert), 17; Theillier, Villette et Terrin, 4.

CONCOURS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — *Epreuve clinique.* — Séance du 30 décembre. — MM. Contet, 17 + 8 = 25; Bilbault, 15 + 7 = 22; Lévy, 16 + 7 = 23.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Alger. — M. Tournade, professeur de l'Ecole de Marseille, est chargé d'un cours de physiologie à la Faculté d'Alger.

— M. Wunschendorff, chef des travaux de physique et de chimie, est prorogé dans ses fonctions pour l'année scolaire 1919-1920.

— M. le docteur Derrien est chargé des fonctions de chef des travaux de pathologie générale et microbiologie.

— Sont chargés des fonctions d'agrégé pour l'année scolaire 1919-1920 : MM. les docteurs Raynaud (médecine générale); Ferrari (anatomie); Fuster (clinique et accouchements).

— Lyon. — M. Garin, agrégé, est chargé, en outre, d'un cours complémentaire de zoologie.

— Montpellier. — Il est créé un emploi de moniteur aide de laboratoire des cliniques.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Amiens. — M. Pancier, professeur de chimie et toxicologie, est nommé directeur de l'Ecole pour une période de trois ans.

— M. le professeur Moynier de Villepoix, directeur, est admis à la retraite et nommé directeur honoraire.

— MM. les professeurs Boussavit et Peugniez sont admis à la retraite et nommés professeurs honoraires.

— Angers. — M. Martin, suppléant des chaires de physique et de chimie, est chargé d'un cours de toxicologie (pendant la durée du congé accordé à M. Allanic).

— Besançon. — M. Marceau, suppléant de la chaire d'histoire naturelle, est nommé professeur d'histoire naturelle.

— M. Maréchal est nommé, pour neuf ans, suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

— M. le professeur Magnin est admis à la retraite et nommé professeur honoraire.

— Caen. — M. Lecornu, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est nommé professeur de pathologie interne, en remplacement de M. Moutier, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

— M. le professeur Moutier, directeur, est admis à la retraite et nommé directeur honoraire.

— M. Chrétien est chargé d'un cours de chimie et toxicologie et d'un cours complémentaire de chimie analytique et minéralogie.

— M. Desbouis est délégué dans les fonctions de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

— Clermont. — M. Rouchy, professeur de pharmacie et matière médicale à l'Ecole de Poitiers, est nommé, sur sa demande, à la même chaire à l'Ecole de Clermont.

— M. le professeur Rocher est admis à la retraite et nommé professeur honoraire.

— Dijon. — M. Boutaric, chargé d'un cours complémentaire de physique à la Faculté des sciences de l'Université de Dijon, est chargé, en outre, d'un cours de physique à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon.

— M. Hurion, chargé de cours, est admis à la retraite.

— Limoges. — M. Filhoulaud, suppléant des chaires de

pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1919-1920, des fonctions de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

— Sont chargés, pour l'année scolaire 1919-1920, des fonctions de chefs de travaux :

Anatomie : MM. Filhoulaud, suppléant; physique et chimie : Golse, suppléant; physique et chimie (P. C. N.) : Biais, professeur.

— MARSEILLE. — M. Reynès, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale, est prorogé dans ses fonctions du 1er novembre 1919 au 31 mars 1924.

— Un concours s'ouvrira, le 26 mai 1920, devant l'Ecole de Marseille pour l'emploi de chef des travaux physiques et chimiques de ladite Ecole.

— NANTES. — MM. les professeurs Bureau et Diarroux sont admis à la retraite et nommés professeurs honoraires.

— POITIERS. — M. Faivre, professeur de clinique médicale, permute avec M. Morichau-Beauchant, professeur de pathologie médicale.

— REIMS. — M. le professeur Pozzi est nommé directeur.

GUERRE. — M. le médecin principal de première classe Georges, directeur du Service de santé de la 20e région, est promu au grade de médecin inspecteur.

— Sont promus :

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de première classe Barrier, 5e C. A.; Julia, 15e C. A.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Goupil, 4e C. A.; Delezenne, Puig et Paquet, G. M. P.; Huguenin, 7e C. A.; Roux, 13e C. A.; Leray, 10e C. A.; Dreyfus, 21e C. A.

— Sont nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe les élèves de l'Ecole du Service de santé militaire dont les noms suivent reçus docteurs en médecine :

M. Slanka, médecin aide-major de première classe à titre temporaire à l'armée du Levant.

M. Jonquières, médecin aide-major de première classe à titre temporaire aux troupes d'occupation du Maroc.

M. Jouvet, médecin aide-major de première classe à titre temporaire à la 14e région.

M. Carrayrou, médecin aide-major de première classe à titre temporaire aux troupes d'occupation du Maroc.

M. Chapusot, médecin aide-major de première classe à titre temporaire aux troupes d'occupation du Maroc.

Par le même décret ces médecins aides-majors de deuxième classe sont promus au grade d'aide-major de première classe.

— Sont admis dans le cadre actif des officiers du Corps de santé.

MM. les médecins aide-majors de réserve Bats (J.-B.), Haultcœur et Runel (Joseph).

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Beaunis, professeur honoraire à la Faculté de Strasbourg; Cuq, médecin-major de première classe en retraite; Malherbe, chirurgien consultant des maisons d'éducation de la Légion d'honneur.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs :

Rey du Boissieu (Léon-Louis-Aristide), matricule Rt 2170, médecin aide-major de première classe de réserve au 4e bataillon du 346e régiment d'infanterie : médecin de bataillon alliant à une certaine compétence professionnelle de rares qualités de courage et de sang-froid. Le 16 juillet 1918 a été très grièvement blessé à son poste de secours au cours du bombardement. Une citation. Croix de guerre. (*J. O.*, 15 nov. 1919.)

O'Followell (Ludovic-Marie), matricule Rt 248, médecin aide-major de deuxième classe de réserve à l'ambulance 16/21 : le 4 novembre 1914, s'est offert à aller à Poperinghe préparer un poste de secours à la gare d'Elverdinghe. A accompli sa mission au grand galop dans une région balayée par les obus et a été victime d'une chute de cheval en arrivant au terme de sa mission. Grièvement blessé en service commandé. (*J. O.*, 2 déc. 1919.)

CITATIONS A L'ORDRE DE L'ARMÉE. — MM. les docteurs :

Léger (Georges), médecin aide-major de deuxième classe à l'ambulance 1/86 (actuellement médecin-major de première classe au 1er régiment du génie) : médecin très méritant qui, libéré de toute obligation militaire, s'est fait incorporer en décembre 1914 et est venu servir au front sur sa demande. A donné, à plusieurs reprises, l'exemple du courage et d'un grand dévouement. N'a pas hésité, dans un terrain découvert et malgré la continuation du tir ennemi, à ramener dans nos lignes, au péril de sa vie, un infirmier blessé. (*J. O.*, 27 nov. 1919.)

Mendouce (Georges), médecin aide-major de deuxième classe au 2e régiment mixte de zouaves et tirailleurs : officier du corps de santé d'une valeur professionnelle éprouvée. Energique, s'est maintenu malgré les bombardements répétés et violents de l'ennemi, aux combats des 11 et 12 juin, sur le passage des blessés, donnant à tous l'exemple du calme et du courage. A dirigé dans la nuit, la recherche des blessés dans un terrain difficile et battu par l'artillerie. (*J. O.*, 5 déc. 1919).

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — M. le docteur Rascol est nommé directeur de la Ve circonscription sanitaire maritime en résidence à Pauillac (Gironde).

— M. le docteur Vigné est nommé directeur de la IIe circonscription sanitaire maritime en résidence au Havre.

MÉDAILLES DES ÉPIDÉMIES. — *Médailles de vermeil.* — MM. les docteurs Molbert (d'Alger), Cubry (de Tiaret), Chirent (de Lai-Charo).

Médailles d'argent. — Mme Poli-Garnier (d'Alger), docteur en médecine; MM. les docteurs Palarès (de Bou-Tlélis), Primislas-Lallement (d'Oran).

POUR LES FAMILLES NOMBREUSES. — La Chambre des députés vient de voter un amendement de M. le professeur Pinard et de MM. H. Breton et Landry accordant aux familles nombreuses une réduction sur les nouveaux tarifs de chemin de fer. En voici le texte : « Dans les familles comptant trois enfants de moins de dix-huit ans ou davantage, sur la demande du chef de famille, le père, la mère et chacun des enfants de moins de dix-huit ans, recevront une carte d'identité strictement personnelle leur donnant droit à une réduction sur les nouveaux tarifs de chemin de fer de :

30 p. 100 pour les membres des familles de trois enfants; 40 p. 100 pour quatre enfants; 50 p. 100 pour cinq enfants; 60 p. 100 pour six enfants; 70 p. 100 pour sept enfants ou au-dessus. »

Cette réduction est appliquée pour toutes les classes, à l'exception de la première classe (amendement Thomson).

Un décret à intervenir dans les deux mois qui suivront la promulgation de la loi réglera l'application de cette disposition.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Raphaël Neuvialle (de Vallon, Ardèche).

AGENDA P.-L.-M. — *Publication de luxe*, merveilleusement illustrée de 12 hors texte en couleurs et de plus de 250 reproductions en simili-gravure, et de dessins à la plume.

En vente : 4 francs à l'agence P.-L.-M. de renseignements, 88, rue Saint-Lazare, à Paris, à la gare de Paris-Lyon (Bureau de renseignements et bibliothèques), dans les bureaux succursales, toutes les gares et bibliothèques des gares du réseau P.-L.-M., au rayon de la papeterie des grands magasins du Bon Marché, du Louvre, du Printemps, des Galeries Lafayette, des Trois-Quartiers, etc., à Paris.

L'Agenda P.-L.-M. est aussi envoyé à domicile sur demande adressée au service de la publicité de la Compagnie P.-L.-M., 20, boulevard Diderot, à Paris, et accompagnée de 4 fr. 60 (mandat-poste ou timbres) pour les envois à destination de la France et de 5 fr. 05 (mandat-poste international) pour ceux à destination de l'étranger.



ANÉMIE
HÉMOGLOBINE
CONSOMPTION
FER VITALISE
OXYDASES DU SANG
NEURASTHÉNIE
DESCHIENS
CONVALESCENCES

LES CAUSES DE L'AÉROPHAGIE [1]

Par M. G. LEVEN.

J'ai tracé à grands traits le mécanisme de l'aérophagie et je vous ai expliqué pourquoi je n'ai pas développé plus longuement cette partie de mon travail.

L'étiologie justifie, au contraire, une étude très complète, car la thérapeutique de ce mal est avant tout une thérapeutique étiologique : l'ignorance de la cause de l'aérophagie explique, en effet, les échecs des traitements conseillés à de nombreux malades.

L'aérophagie que vous observez le plus souvent étant provoquée par des mouvements de déglutition, déterminés ou non par la sialophagie, il devient évident que les causes génératrices de mouvements de déglutition fréquents, aussi bien que toutes les causes déterminantes d'hypersécrétion salivaire, facteur indirect de déglutition, sont les raisons essentielles de l'avalement d'air pathologique.

Pour en simplifier l'énumération, nous diviserons ces causes en causes extragastriques et causes intragastriques.

Causes extragastriques. — Tous les obstacles respiratoires nasopharyngés, l'obstruction nasale, quelle qu'en soit l'origine, la déviation ou l'hypertrophie des cornets, les végétations adénoïdes, les rhinopharyngites chroniques provoquent parfois des mouvements de déglutition qui sont à l'*origine* de l'aérophagie.

N'avez-vous pas observé qu'un simple coryza exagère déjà notablement la fréquence des mouvements de déglutition? Les causes d'hypersécrétion salivaire sont fort nombreuses et toutes sont capables de déterminer l'avalement d'air. Il en est de banales : l'irritation de la langue, de la voûte palatine, de la muqueuse qui revêt la face interne des joues, l'irritation gingivale due à une éruption dentaire, etc., sont parfois le point de départ de l'aérophagie.

Chez l'enfant, l'apparition des dents provoque la sialorrhée, aussi bien que chez l'adulte ou le vieillard un dentier mal fixé ou gênant pour la bouche. Des mouvements de mâchonnement se produisent sous ces influences diverses et la sialorrhée apparaît; la sialophagie entraîne à sa suite l'aérophagie et des symptômes variés dont vous n'expliquerez pas l'origine, si vous ne pensez pas à cet enchaînement possible des phénomènes.

Un exemple clinique très instructif me servira à illustrer ces données; j'avais traité et guéri une petite malade, âgée de dix ans, chez laquelle l'aérophagie avait provoqué un hoquet chronique et des vomissements douloureux. Après plusieurs mois, je suis rappelé auprès de l'enfant, qui souffrait à nouveau des symptômes auxquels j'avais mis fin. Leur retour était récent; ils ne duraient que depuis deux jours et avaient paru à la suite de l'application d'un appareil redresseur des dents, qui avait immédiatement déterminé une abondante sialorrhée.

Vous devinez l'hypothèse qu'il fallait émettre; la suppression de l'appareil fut suivie de la cessation des accidents qui se reproduisirent dans la suite, à deux reprises, à l'occasion de deux tentatives du même genre. On dut renoncer à améliorer la dentition de cette petite malade.

L'habitude de tenir les lèvres fortement serrées que vous observerez chez des enfants ou des adultes, un véritable spasme labial, se retrouve enfin quelquefois à l'origine de l'aérophagie, car cette mimique donne naissance à des mouvements de déglutition.

Je vous signalerai, en dernier lieu, les causes rares d'aérophagie, qu'il vous faut connaître aussi bien que les causes banales.

L'une d'elles est sans doute exceptionnelle : elle vous prouvera la minutie de l'enquête à laquelle il faut se livrer, de temps en temps, pour instituer une thérapeutique utile : j'avais cherché, en vain, la cause d'une sialorrhée; procédant par élimination, j'étais arrivé à me demander si l'irritation de la corde du tympan n'était pas la raison d'être de cette sialorrhée, de cause obscure. J'adresse mon malade à un spécialiste qui retire un bouchon de cérumen de l'oreille du sujet et la sialorrhée cesse sur le champ.

Vous savez certainement que la dilatation aiguë de l'estomac observée chez les opérés (1), chez les parturientes et chez les accouchées (2), est encore attribuée à une aérophagie aiguë dont les conséquences ont été souvent mortelles, jusqu'au jour où l'on a compris son mode de production. Cette aérophagie dépend de l'hypersécrétion salivaire, due au chloroforme et des mouvements de déglutition que font les parturientes immobilisées sur le dos, durant de longues heures de souffrance.

L'aérophagie, cause de cette dilatation aiguë de l'estomac, est encore démontrée par le traitement qui rappelle à la vie des malades paraissant sur le point de succomber : le cathétérisme gastrique donne toujours issue à une quantité considérable d'air.

L'hypersécrétion pharyngienne est, semble-t-il, encore la raison d'être de l'aérophagie signalée chez les coquelucheux, par M. H. Mauban (3), mais interprétée différemment par cet auteur. Il serait intéressant et utile de préciser les liens qui unissent sans doute la quinte du coquelucheux, ses vomissements et l'aérophagie pour instituer un traitement donnant de meilleurs résultats que les traitements actuellement utilisés.

Pour terminer cette longue énumération des causes de l'aérophagie, il ne me reste plus qu'à vous indiquer celle qui s'observe au cours de certaines maladies aiguës et que M. Dévé a étudiée spécialement au cours de la pneumonie.

Cette étiologie échappe souvent à ceux qui obser-

(1) Cette leçon, faite à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Caussade, formera un chapitre de *L'Aérophagie; syndromes gastriques, intestinaux, circulatoires et respiratoires. — Étude clinique, radiologique et thérapeutique. — L'adulte, l'enfant et le nourrisson* qui doit paraître prochainement chez M. Doin.

(1) Paul L. Tissier. Nature et traitement de la dilatation aiguë de l'estomac et des autres formes d'aérophagie survenant après les interventions chirurgicales, Soc. de thérap., 22 déc. 1909.

(2) R. de Bovis. Revue générale, in *Semaine méd.*, 9 avril 1913.

(3) H. Mauban. *L'Aérophagie*, p. 77, Paris 1910.

vent ces accidents, car M. H. Fussell (1) rapporte cinq cas de dilatation aiguë au cours de la pneumonie et remarque que l'examen microscopique des parois gastriques expliquera peut-être ces symptômes redoutables.

Causes gastriques. — Les diverses formes d'aérophagie dont il vient d'être question peuvent être indépendantes de symptômes dyspeptiques ou bien encore s'accompagner d'accidents dyspeptiques qui ont compliqué l'aérophagie dont le rôle dans leur genèse paraît indiscutable.

A côté de celles-ci doivent trouver place d'autres formes, intimement liées à la dyspepsie et dont la disparition est toujours facilitée par le traitement mixte de la dyspepsie et de l'aérophagie : il s'agit de l'aérophagie liée à la sialophagie (avalement de salive), la production anormale de salive dépendant d'une irritation gastrique ou œsophagienne.

C'est en 1898, puis en 1902 et en 1907 que M. Hayem a successivement attiré l'attention sur la fréquence de l'aérophagie, en dehors de l'hystérie, comme je vous l'ai déjà indiqué plus haut. Dans ses diverses publications, il a également étudié le rôle important joué par la sialophagie dans le mécanisme de l'aérophagie; mais il me semble qu'il a établi une ligne de démarcation trop nette entre les variétés d'aérophagie liées à la sialophagie ou indépendantes de l'avalement d'air. Et, en effet, la clinique montre qu'il s'agit de degrés dans l'importance de la sialophagie, bien plus que de la présence ou de l'absence d'hypersécrétion salivaire dans l'une ou l'autre de ces variétés.

J'appuie cette opinion sur la donnée clinique suivante, à savoir que les « signes linguaux » que nous énumérerons plus loin se retrouvent dans les deux types édifiés par M. Hayem et admis par la plupart des auteurs.

La salive, à l'état normal, est sécrétée en assez faible quantité. Si vous êtes curieux de le vérifier, vous n'avez qu'à recueillir celle que vous sécrétez en une journée et vous constaterez avec quelle peine vous en émettez des doses minimes. Il y a plus de vingt ans, je travaillais dans le laboratoire de chimie du professeur Armand Gautier; notre maître pria les élèves du laboratoire de recueillir leur salive dans des bocaux, car il lui en fallait une certaine quantité pour poursuivre ses recherches et ses analyses; à la fin de la journée, en réunissant tous les bocaux, nous n'avions pu lui fournir, malgré notre bonne volonté, une quantité appréciable de liquide salivaire.

Et cependant Tucch estime que la quantité de salive produite oscille, chez l'homme, entre 280 et 770 grammes. Ces chiffres sont évidemment approximatifs, car cette sécrétion est influencée par des facteurs divers et si facilement influencée qu'il est bien difficile de fournir des chiffres. Votre salive est certainement plus abondante, au cours de ces leçons, qu'elle ne l'est, lorsque je traite d'autres sujets? Elle est toutefois assez abondante chez quelques malades aérophages pour atteindre et dépasser le litre, sans qu'il s'agisse de sialorrhée due à un médicament. Nous sommes encore loin des 2, 4 et 10 (?) litres de certains sialorrhéiques, plus loin encore des 42 litres, recueillis chez le cheval ou des 56 litres constatés chez des ruminants.

Les recherches expérimentales de M. H.-G. Roger (1) ont établi l'existence d'un reflexe œsophago-salivaire qui permet d'interpréter un des modes de production de l'hypersécrétion salivaire; M. Roger a montré que la moindre irritation œsophagienne est suivie de nombreux mouvements de déglutition et du rejet d'une grande quantité de salive spumeuse. Je vous rappelle que cette sécrétion est une véritable sécrétion de défense, puisque l'œsophage ne se contracte jamais qu'à la suite d'une contraction du pharynx. L'œsophage, irrité, par exemple, par la présence d'un corps étranger provoque une sécrétion de salive qui engendre une série de mouvements de déglutition, suivis aussitôt de mouvements péristaltiques œsophagiens.

Or, comme chez les aérophages, les spasmes œsophagiens et les spasmes du cardia, surtout, sont habituels, nous pouvons nous demander si ce spasme, au niveau duquel la salive s'accumule, n'est pas une des causes de la sialorrhée qui entretient l'aérophagie.

La mise en évidence expérimentale du reflexe gastrosalivaire est intéressante, au point de vue physiologique; ellé n'est pas aussi directement utilisable en physiologie clinique.

M. Roger a montré que les sécrétions salivaires et gastriques ont un parallélisme normal et que l'hyperacidité gastrique expérimentale exagère la sécrétion salivaire. Mais M. Hayem n'a pas fait les mêmes constatations chez l'homme et ces résultats divergents tendraient à prouver une fois de plus que toutes les réactions sécrétoires dépendent plus de l'hyperesthésie solaire, que du taux d'acidité du contenu gastrique.

Quoi qu'il en soit, la clinique nous enseigne les liens qui unissent les troubles dyspeptiques, sensitifs, sécrétoires et moteurs, tels que je vous les ai décrits dans d'autres leçons, dépendant de l'hypéresthésie solaire, la sialophagie et l'aérophagie. Une observation clinique réalise une preuve expérimentale démontrant le mode d'action de l'irritation solaire sur l'aérophagie. Nous l'avons faite, Barret et moi, dans les conditions suivantes : nous examinions un jour un prêtre, âgé d'une soixantaine d'années, que M. Burlureaux nous avait priés d'examiner; ce malade avait des éructations continuelles et douloureuses. L'examen révéla une ptose gastrique notable et au moment où je relevai l'estomac ptosé pour mettre en évidence la « Douleur-Signal » dont vous connaissez la signification, les éructations cessèrent aussitôt. Nous fûmes frappés par cette suppression brusque et par leur retour, dès que l'estomac fut abandonné à lui-même. L'expérience fut renouvelée plusieurs fois et donna constamment les mêmes résultats, si bien que, sans traiter spécialement l'aéro-

(1) Analysé par M. François Moutier, in *Arch. des mal. de l'app. dig. et de la nutrition*, sept. 1912, p. 527.

(1) Roger. *Alimentation et digestion*, Paris 1907, p. 146 et suiv.

phagie, le relèvement gastrique réalisé par une ceinture et une pelote mit fin aux accidents liés à l'aérophagie.

Depuis trois ans, ce prêtre est guéri; mais il conserve la ceinture pour combattre la ptose. J'ai, depuis lors, constaté plusieurs fois des faits analogues qui paraissent bien démontrer l'intervention de l'irritation solaire, déterminée dans ces cas par l'allongement gastrique, dans la production du symptôme aérophagie.

La cessation immédiate de symptômes dépendant de la ptose gastrique, dès que l'estomac est relevé, nous est familière : je vous ai, dans d'autres leçons, décrit la tachycardie, l'hypotension artérielle, l'albuminurie des malades ayant une ptose gastrique, véritables tachycardies, hypotension, albuminuries orthostatiques, puisque tous ces symptômes disparaissent, soit dans le decubitus horizontal, soit lorsque l'estomac du malade est relevé, pratique qui, malgré la station debout, permet de l'assimiler à un malade couché.

Grâce à ces enseignements, nous comprenons pourquoi en traitant la dyspepsie, c'est-à-dire l'hyperesthésie solaire, nous diminuons la sialophagie et modifions l'aérophagie.

La sécrétion salivaire est parfois, enfin, exagérée par des excitations encéphaliques ou bulbaires que nous nous expliquons sans peine, puisque Claude Bernard a isolé un centre salivaire dans le bulbe, près des noyaux salivaires des cinquième, septième et neuvième paires craniennes.

L'excitation, partie de ce centre, est transmise par la corde du tympan et le sympathique.

La glande sous-maxillaire reçoit l'innervation d'une branche du nerf lingual (nerf tympanique), née de la corde du tympan. C'est à ces relations nerveuses spéciales que j'ai attribué l'influence d'un bouchon de cérumen sur un cas d'aérophagie, dont je vous ai parlé plus haut.

Betcherew et Mislawsky ont, enfin, localisé le centre cérébral de la sécrétion salivaire, dans la quatrième frontale, au-devant de la scissure de Sylvius. Ce centre cérébral est mis en éveil par une idée, par un désir (excitation psychique), par une saveur, une odeur (excitation sensorielle), aussi bien que par une irritation organique (excitation lésionnelle), une irrigation sanguine anormale, etc..., influences variées qui modifient la sécrétion salivaire, au point de vue quantitatif et qualitatif.

Un certain nombre de ces facteurs (lésion, irrigation anormale, etc.) agit sur le bulbe et justifie les troubles salivaires, commandés par les irritations bulbaires, fonctionnelles ou organiques.

Toutes ces données anatomiques nous font comprendre les altérations de la fonction salivaire, par excès ou par défaut, observées au cours de certaines névroses, au cours d'affections des centres nerveux, ou de maladies mentales, dans certaines intoxications où pendant l'évolution de maladies infectieuses.

Il arrive parfois que la salive soit sanglante, colorée par le sang extravasé des glandes (sialorrhée hémorragique de Mathieu) ou par du sang, exsudé des gencives. Cette origine du sang doit être connue, car des vomissements de salive sanguinolente sont parfois attribués à tort à une lésion ulcéreuse de l'estomac ou de l'œsophage.

ACTUALITÉS

DE L'INFLUENCE EXCITATRICE ET DE L'INFLUENCE FRÉNATRICE DES LÉSIONS DU CERVEAU SUR LA GLYCOSURIE

Depuis l'expérience mémorable de Claude Bernard démontrant de la manière la plus éclatante l'influence des lésions bulbaires limitées sur le mécanisme régulateur du glucose dans l'organisme, il n'est personne qui mette en doute les relations pathogéniques qui unissent les modifications du système nerveux central et la glycorégulation. Mais, si cette donnée, fondée tout d'abord sur les faits les moins discutables de l'expérimentation, est aujourd'hui universellement adoptée, il n'en va pas de même quant au mécanisme nerveux intime de la glycorégulation.

Après avoir supposé que la piqûre du IVe ventricule agissait sur le foie par l'intermédiaire des nerfs vagues, Cl. Bernard reconnut bientôt qu'en réalité l'excitation bulbaire suivait la voie des nerfs splanchniques.

En 1906, M. André Mayer précisa davantage le mode d'action des nerfs splanchniques en montrant que la piqûre bulbaire demeurait inefficace chez l'animal auquel on avait préalablement enlevé les capsules surrénales. D'autre part, MM. Gautrelet et Thomas relevèrent ce fait confirmatif des expériences de M. A. Mayer que l'excitation des splanchniques, laquelle, on le sait, détermine de l'hyperglycémie et de la glycosurie, reste sans action chez le chien décapsulé. Ajoutons que M. Kahn en 1911, étudiant les modifications structurales des surrénales à la suite de la piqûre bulbaire, constata dans ces glandes une réduction appréciable de la substance chromaffine.

Tous ces faits mis en évidence par les recherches expérimentales récentes paraissent s'enchaîner assez rigoureusement et permettent de penser que, au moins en partie, l'action du système nerveux central s'exerce sur la glycorégulation par l'intermédiaire des capsules surrénales anormalement excitées par les nerfs splanchniques.

Nous disons *au moins en partie*, parce qu'en effet MM. Wertheimer et Battez ont fait voir récemment que, chez le chat et le chien décapsulés, la piqûre du IVe ventricule était assez souvent suivie de glycosurie. Les résultats des expériences de MM. Wertheimer et Battez ont été confirmés par M. Quinquaud.

Si donc, en dernière analyse, la glycosurie « adrénalinique » ou « capsulaire » n'apparaît pas aujourd'hui comme la seule variété de glycosurie provoquée par la piqûre bulbaire, du moins on ne saurait nier que, pour une bonne part, les lésions bulbaires chez les animaux d'expérience (chien, chat, lapin) agissent sur la glycorégulation par l'intermédiaire des hormones sécrétées en excès par les capsules

surrénales et, en particulier, par l'intermédiaire de l'adrénaline.

Les effets de la piqûre bulbaire de Cl. Bernard étaient si frappants et si démonstratifs pour les médecins comme pour les physiologistes qu'on ne tarda pas à chercher si chez l'homme la même cause, c'est-à-dire les lésions bulbaires, étaient capables de produire les mêmes effets : l'hyperglycémie et la glycosurie. Le problème sembla résolu lorsque, successivement, Reklinghausen, Richardson, Charcot, Murray, Audral, Gull, Barlow, entre autres, montrèrent, dans certains cas de diabète, des lésions évidentes du plancher du IVe ventricule. Mais la question de la localisation strictement bulbaire de la glycosurie se posa à nouveau lorsque furent publiées un grand nombre d'observations témoignant, à n'en pas douter, que de tout autres déterminations encéphaliques, pédonculaires, centro-hémisphériques, corticales même, pouvaient, à l'exemple des lésions du IVe ventricule, déterminer l'apparition d'un syndrome diabétique.

Et aujourd'hui la doctrine strictement bulbaire de la glycosurie et du diabète d'origine nerveuse centrale nous apparaît d'autant plus difficile à maintenir que nous savons, depuis les travaux de M. Aschner, que la piqûre limitée au plancher du IIIe ventricule détermine, tout comme celle du IVe ventricule, une glycosurie aiguë. La ressemblance des effets de ces lésions ventriculaires limitées est si étroite qu'elle équivaut presque à l'identité.

Non seulement, en effet, les blessures circonscrites de la base du cerveau (région de l'infundibulum) provoquent une glycosurie dont le rythme et le taux sont identiques à celle que provoque la piqûre bulbaire, mais, de plus, celle-là comme celle-ci s'accompagnent de réduction de la substance chromaffine des glandes surrénales et sont supprimées par la section des nerfs splanchniques.

*
* *

Les faits de pathologie humaine nous apparaissent malheureusement beaucoup moins précis que les faits expérimentaux que nous venons très brièvement de rappeler. Leur disparité même a conduit certains auteurs à les juger avec un certain scepticisme. A première vue, une semblable attitude semble justifiée car la glycosurie et le diabète ont été observés à la suite des lésions centrales les plus différentes non seulement par leur nature : foyer de nécrose ischémique, hémorragie, néoplasies, encéphalites, méningopathies, mais aussi par leur localisation.

Cependant, à regarder les choses d'un peu plus près, on se convainc rapidement que ce n'est point le hasard seul qui préside à la conjonction d'une glycosurie et d'une lésion cérébrale. Dans la majorité des cas, c'est dans la région bulbo-protubérantielle ou dans l'espace opto-pédonculaire que siègent les lésions qui s'accompagnent de l'apparition de la glycosurie. Et ceci s'accorde parfaitement avec les données si précises de l'expérimentation qui nous montrent l'échelonnement des centres sympathiques supérieurs à la face ventrale des ventricules postérieur et moyen. Mais il y a plus : certains faits permettent, croyons-nous, d'aller plus loin et d'étendre, tout en restant précis, le champ du système sympathique cérébral, champ dont les modifications pathologiques sont susceptibles de déchaîner une persistante glycosurie et même un véritable diabète.

Nous en donnerons comme exemple deux observations que nous avons rapportées avec M. H. Claude et qui par leur netteté s'apparentent avec les faits d'expérimentation (1).

Le premier cas a trait à un soldat âgé de 35 ans, de santé robuste, qui, à la suite d'une commotion par explosion d'obus fut atteint d'un tremblement à type choréique des membres supérieur et inférieur gauches. En même temps que ce tremblement apparaissait une soif intense accompagnée bientôt d'amaigrissement et d'asthénie. Evacué du front pour hémichorée on constatait le 21 mai 1915 (la commotion remontait en octobre 1914) une glycosurie s'élevant à 85 grammes par litre et une perte de poids de 17 kilogrammes. Les mouvements choréiques persistaient et leur origine organique était attestée par la surréflectivité tendineuse et un signe de Babinski du côté gauche. Le 1er janvier 1916, le malade urinait 3l700 par 24 heures avec un taux de glucose par litre atteignant 71g76. De telle sorte que par jour la perte totale de glucose atteignait le chiffre de 265 grammes. La polyphagie et la polydipsie étaient intenses. Malgré le traitement diététique et médicamenteux, il nous fut impossible de faire rétrocéder sensiblement aucun des éléments du syndrome diabétique présenté par notre malade lequel à sa sortie du centre neurologique de Bourges où il était hospitalisé présentait encore une glycosurie atteignant 237 grammes par 24 heures.

Dans notre seconde observation il s'agissait d'un soldat âgé de 23 ans, sans tare pathologique qui, le 16 juin 1915, fut atteint par une balle ayant pénétré à travers la bosse frontale gauche et fut extraite sous le temporal droit.

Lorsque nous examinâmes le blessé, le 21 février 1916, nous relevions l'existence d'une hémiplégie gauche spastique extrêmement prononcée avec mydriase de l'œil gauche. Comme chez le sujet précédent, la polyphagie et la polydipsie étaient très marquées ; la polyurie atteignait 3l800 par vingt-quatre heures et la glycosurie 244 grammes pour le même temps.

Chez ce sujet, nous assistâmes impuissants à une augmentation notable de la glycosurie allant de pair avec l'aggravation de tous les éléments du syndrome diabétique. Le 27 mai, en effet, le taux des urines s'élevait à 7l800 par vingt-quatre heures et le glucose éliminé quotidiennement atteignait le chiffre considérable de 372 grammes par vingt-quatre heures. Lorsque le blessé fut réformé, il avait considérablement maigri et s'acheminait vers la cachexie bien que nous n'ayons pu relever aucune manifestation de nature tuberculeuse.

Dans ces deux faits, la notion précise d'un trau-

(1) Henri CLAUDE et Jean LHERMITTE. La glycosurie et les lésions traumatiques du cerveau. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, séance du 26 mai 1916, p. 789.

matisme ayant déterminé une lésion cérébrale grave établissait, sans nul doute, le rapport de causalité entre l'apparition du syndrome diabétique et les altérations encéphaliques. Les signes neurologiques, dans le premier cas, la reconstitution si aisée du trajet intracérébral du projectile dans le second permettaient, en outre, de localiser avec précision le siège même des lésions et autorisaient à affirmer l'atteinte du corps strié (1).

Or, nous savons aujourd'hui, par un ensemble de constatations cliniques et expérimentales, que les ganglions de la base du cerveau sont le siège de centres sympathiques importants dont l'atteinte provoque un ensemble de troubles vaso-moteurs, thermiques et sécrétoires (Sachs et Aronsohn, Probst, Parhon et Goldstein). Aussi n'est-ce pas forcer les faits ni tenter une trop hasardeuse hypothèse que d'admettre que, dans les faits auxquels nous venons de faire allusion, c'est précisément au retentissement des lésions traumatiques sur ces centres sympathiques qu'est due l'apparition du syndrome diabétique remarquable tout ensemble par son intensité et sa durée.

Est-il possible d'aller plus loin et de chercher à saisir le mode d'action des lésions cérébrales telles que nous venons de les rappeler sur la glycorégulation ?

Certes, trop d'éléments nous font encore défaut pour donner au problème ainsi posé une réponse complète et définitive, mais il ne nous semble pas interdit d'en poser au moins les données essentielles.

Les lésions cérébrales en foyer peuvent agir suivant deux modes opposés : soit en produisant, par irritation du voisinage, une excitation des centres sympathiques glycorégulateurs, soit par la destruction des centres glycofrénateurs. Dans cette dernière hypothèse, il existerait dans le système sympathique cérébral deux séries de centres comparables à ceux que l'on connaît pour la régulation de la motricité ; les uns, excitateurs de la glycogénèse, les autres frénateurs.

A priori, il est assez malaisé de concevoir comment des altérations cérébrales essentiellement *destructives* peuvent donner lieu à une excitation assez intense pour provoquer le développement d'un syndrome diabétique tel qu'il met les jours du malade en danger. Et, tout de même que les contractures posthémiplégiques nous apparaissent aujourd'hui non plus comme l'expression d'une excitation liée à la dégénération pyramidale mais comme la traduction de la libération des centres tonigènes mésencéphaliques et bulbo-spinaux, il nous semble infiniment plus vraisemblable que le développement de l'hyperglycémie et de la glycosurie ressortit plutôt à la destruction des centres glycofrénateurs qu'à l'excitation persistante du système sympathique cérébral.

Certains faits appuient d'ailleurs cette hypothèse en accord avec de nombreuses données de physiologie générale. Les plus frappants, qui sont comme l'image négative des précédents, consistent dans la suppression prolongée des manifestations du diabète et de la glycosurie à la suite de certaines lésions du cerveau. Dans un travail fort intéressant, M. Panski (1) rapporta trois observations démontrant que la glycosurie peut être suspendue par la survenance d'une hémiplégie. Chez une femme de soixante ans, diabétique, l'hémiplégie s'accompagna d'une disparition complète de l'excrétion du glycose dans l'urine (celui-ci atteignait le taux de 4 à 5 p. 100) ainsi que des manifestations du diabète. Six mois après le début de l'hémiplégie, bien que le malade ait récupéré ses mouvements les urines ne contenaient pas de glycose, la glycosurie réapparut seulement un an plus tard et à un taux inférieur à celui qu'elle atteignait avant l'attaque de paralysie (2 p. 100).

Chez les deux autres malades, la glycosurie disparut également dès la survenance de l'attaque d'apoplexie mais ne fit point chez l'un d'eux de réapparition ultérieure et ne se montra chez l'autre qu'à des intervalles éloignés.

Nous avons eu récemment l'occasion d'observer une malade dont l'histoire clinique confirme complètement les faits rapportés par M. Panski. Il s'agit d'une femme âgée de cinquante-huit ans, diabétique banale, chez laquelle le taux du glycose s'élevait à 20 grammes par litre et à 40 grammes par vingt-quatre heures. Une analyse d'urine pratiquée le 20 avril 1916 confirmait les chiffres précédents. Le 20 avril 1916, la malade est brusquement frappée d'ictus avec hémiplégie droite complète sans troubles de la parole ni de la sensibilité.

Le 1er mars 1916, le volume des urines du nycthémère n'avait pas varié (deux litres) mais l'analyse n'y décelait plus la moindre trace de glycose. Le 8 mai 1916, l'hémiplégie était très améliorée et de même qu'en mars les urines étaient exemptes de glycose. Un an plus tard (7 mars 1917), nous constations une rétrocession quasi complète des phénomènes paralytiques. La marche s'effectuait facilement, tous les mouvements volontaires pouvaient être exécutés sans incoordination aussi bien au membre supérieur qu'au membre inférieur quoique avec une force un peu diminuée. Il n'existait ni dysarthie ni aphasie, la sensibilité était normale de tous points. La réflectivité était fortement exagérée du côté gauche. La glycosurie avait reparu mais à un taux moins élevé, 12g50 par litre. Le volume des urines n'était pas modifié, la polyphagie et la polydipsie très atténuées.

L'influence de la lésion cérébrale sur l'excrétion du glycose ne saurait être mise en doute ici, car nul traitement visant la réduction de la glycosurie ne fut mis en œuvre et la malade ne modifia en rien son régime alimentaire.

* * *

Les observations de M. Panski comme celle que, nous venons de rapporter, témoignent donc que,

(1) Nous rappelons que les recherches de MM. Anton, Alzheimer, Pierre Marie et Lhermitte ont établi que les lésions de la chorée siégeaient précisément avec une électivité frappante dans le noyau lenticulaire et le noyau caudé.

(1) Panski. Ueber einige ungewohnliche Erscheinungen bei Hemiplegie. *Deut. Zeit. f. Nerven.*, 1914, t. LI, H 1-2.

dans certains cas, qui sont peut-être moins exceptionnels qu'on ne le pense, les foyers destructifs du cerveau déterminent un effet exactement inverse à celui de la piqûre bulbaire de Cl. Bernard et laissent supposer qu'à côté des centres sympathiques glycoexcitateurs il existe des centres glycofrénateurs. L'action de ces derniers sur la glycogénèse s'exerce-t-elle comme celle des premiers par l'intermédiaire des capsules surrénales ? On ne peut aujourd'hui que poser le problème en souhaitant que de nouvelles recherches nous en apportent la solution.

Quoi qu'il en soit d'ailleurs de ce dernier point, ce que nous désirons retenir des faits que nous avons exposés c'est cette constatation que les modifications destructives du cerveau sont loin de borner leurs effets au système complexe de la vie de relation, mais que leur action excitatrice ou frénatrice se répercute en coups sourds ou éclatants sur le métabolisme et ainsi sur l'essence même de la vie organique.

J. LHERMITTE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 30 DÉCEMBRE 1919)

Résultats de la ligature uni ou bilatérale de la carotide primitive dans deux cas d'exophtalmies traumatiques. — MM. DE LAPERSONNE et SENDRAL ont pu suivre pendant plus de deux ans deux cas d'exophtalmies traumatiques dus à des lésions des gros vaisseaux, provoquées par des fractures de la base du crâne. Ils ont étudié avec soin les résultats oculaires et cérébraux, immédiats et éloignés de la simple et de la double ligature des carotides primitives.

Dans le premier cas, l'exophtalmie unilatérale apparaît très lentement ; c'est plus de sept mois après la blessure qu'on constate pour la première fois le souffle caractéristique : jamais on n'a perçu de battements au niveau de l'exophtalmie. Vingt-trois mois après, brusquement, l'exophtalmie augmente, luxant l'œil et faisant craindre des accidents graves. La ligature de la carotide primitive droite, pratiquée par M. de Martel, a donné un excellent résultat. Il n'y a eu aucun trouble cérébral ou oculaire. La vision est maintenant de 0,9 avec des veines rétiniennes un peu volumineuses.

Le second cas était plus dramatique : il s'agissait, à la suite d'une fracture de la base du crâne par tamponnement, d'un anévrisme artérioso-veineux avec double exophtalmie, syndrome neuro-paralytique, lésions rapides des deux cornées et paralysies oculaires.

La ligature de la carotide primitive droite, faite par M. Chutro, ne donne lieu à aucun incident, mais l'amélioration n'est que partielle et on décide la ligature du côté opposé. Cette seconde intervention est préparée plusieurs semaines à l'avance par des séances de compression digitale qui produisent d'abord du vertige et des mouvements convulsifs, mais qui sont petit à petit mieux tolérées. Au moment de la ligature, l'artère est maintenue une minute environ sur l'aiguille de Deschamps.

Il ne se produit aucun trouble circulatoire ou respiratoire immédiat.

Au point de vue des résultats éloignés oculaires et cérébraux, il a été intéressant de comparer ce cas avec celui d'un autre opéré de double ligature de carotides primitives pour des hémorragies graves de la face.

Un des opérés a conservé une vision excellente des deux côtés, chez le second, qui avait eu des kératites neuro-paralytiques, la vision est suffisante pour permettre de lire et écrire.

Ces deux blessés se déclarent satisfaits de leur état général, mais ils ont le syndrome subjectif commun aux grands blessés du crâne : céphalée frontale et occipitale fréquente, étourdissements et vertiges surtout quand ils baissent la tête, fatigue intellectuelle rapide, mémoire amoindrie.

Hygiène hospitalière et grippe. — M. LESAGE, d'une enquête qu'il a faite, a pu conclure que dans les hôpitaux où on a pu isoler les enfants atteints de grippe la mortalité a baissé de 22 à 11 p. 100.

Les paludéens et les dysentériques libérés. Maladies exotiques et prophylaxie rurale. — M. BARBARY montre que, si l'on a pris des mesures pour assurer la prophylaxie du paludisme, il est une autre maladie exotique : l'amibiase, qui menace de s'installer en France.

On a signalé de nombreux cas autochtones de dysenterie amibienne.

Les dysentériques libérés rentrés dans leurs foyers peuvent semer la *contagion*, surtout dans bien des communes dont les conditions d'hygiène laissent trop souvent à désirer et dans lesquelles manquent des W.-C.

M. Barbary préconise une prophylaxie qui consisterait :

1° A dépister les malades, à les éduquer, à les traiter par cures espacées. On utiliserait au besoin les dispensaires d'hygiène sociale en formation dans les grands centres et qui, après entente, pourraient réserver une consultation spéciale aux paludéens, aux dysentériques, aux maladies exotiques.

2° A répandre par des affiches, des circulaires, des conférences, les notions d'hygiène générale et spéciale que les maires et les instituteurs vulgariseraient.

La prophylaxie, le traitement du paludisme, des dysenteries, d'autres maladies exotiques observées depuis la guerre, seraient, dans chaque département, sous le contrôle d'un chef de service que ses titres, ses études, désigneraient à cette fonction.

Cette organisation pourrait être copiée par le ministère de l'Intérieur sur celle des chefs de district et de sous-district que présidait, pour le paludisme, M. le professeur Laveran durant la guerre.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle.

La liste de présentation portait : en première ligne M. Brump ; en deuxième ligne : MM. Carnot, Lenoir, de Massary, Nobécourt et Rénon. Adjoint, par l'académie : M. Weil.

M. Brump est élu à une grande majorité.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 19 DÉCEMBRE 1919)

Une variété singulière d'amyotrophie familiale. — MM. CROUZON et BOUTTIER présentent trois sœurs atteintes d'une maladie familiale caractérisée cliniquement : 1° par des signes encéphaliques : troubles de la parole, mouvements spasmodiques de la face, tremblements des muscles supérieurs ; 2° par des signes de dystrophie musculaire portant principalement sur le tronc et la racine des membres avec réaction myotonique se rapprochant du type myopathique ; 3° par des signes myélopathiques et névritiques, paraplégie, abolition des réflexes, réaction de dégénérescence. Cette amyotrophie a débuté chez les trois sœurs à l'âge de douze ans, quatorze ans et vingt-deux ans et se présente chez elles à des signes divers, mais avec une même analogie classique. Elle est différente des types classiques d'amyotrophie familiale et ne peut être assimilée ni à la maladie de Friedreich ni à l'hérédo-ataxie cérébelleuse, ni aux myopathies, ni aux

amyotrophies myélopathiques. Les recherches dans la littérature neurologique ne permettent pas de trouver des cas analogues, on peut seulement en rapprocher dans une certaine mesure trois observations éparses, citées par Juchassik et rangées, par cet auteur, parmi les maladies familiales non classées. MM. Crouzon et Bouttier concluent donc qu'il s'agit d'une nouvelle forme d'amyotrophie familiale.

Quelques résultats des épreuves glandulaires suivant l'état antérieur des fonctions endocriniennes. — M. Henri Claude et Mlle Suzanne Bernard. Chez les acromégales l'injection d'extrait hypophysaire reste sans action même à forte doses; chez les sujets atteints de goitre exophtalmique typique, l'injection sous-cutanée d'extrait du lobe postérieur d'hypophyse ralentit notablement les battements du cœur d'une façon transitoire et abaisse fortement la pression systolique, alors que chez les individus normaux ou dans les tachycardies indépendantes de l'état thyroïdien, l'abaissement de la pression systolique est peu accusé et le ralentissement du pouls ne s'observe pas. Chez les insuffisants thyroïdiens, les myxœdémateux, l'extrait hypophysaire en injections sous-cutanées, provoque au contraire une accélération du pouls, tandis que la pression systolique s'abaisse comme à l'état normal. Or, si l'on soumet à la surthyroïdisation des individus présentant cette réaction propre à l'insuffisance thyroïdienne on voit qu'ils réagissent comme les basedowiens, c'est-à-dire qu'ils présentent de la diminution du nombre des pulsations et des phénomènes généraux plus marqués qu'avant l'ingestion de thyroïde. Il en est de même après l'injection d'adrénaline; chez les sujets susthyroïdés artificiellement, de même que chez les basedowiens, on observe une analisation du pouls et des réactions d'ordre général beaucoup plus accusées que chez les individus normaux. Le caractère des réactions cardio-vasculaires aux injections de certains produits glandulaires varie donc suivant l'état antérieur des fonctions de certaines glandes; ces réactions qui ont des types différents suivant l'article de ces glandes peuvent être utilisés pour le diagnostic. Au point de vue thérapeutique, l'ingestion préalable du corps thyroïde peut favoriser l'action de la médication hypophysaire ou surrénalienne.

Syphilis osseuse à localisations multiples. — MM. Gilbert et Saint-Girons présentent un malade atteint de syphilis osseuse à localisations multiples : nécrose et perforation des os du crâne au niveau du bregma; gomme rétro-auriculaire gauche; fracture spontanée du radius gauche et du cubitus droit; nécrose de la partie supérieure du deuxième métacarpien gauche; ostéo-arthrite sterno-claviculaire gauche; splénomégalie.

Contribution au rôle du novarsenobenzol dans les ictères syphilitiques. — M. Eschbach rapporte l'histoire d'un ictère provoqué par la reprise du traitement mercuriel et d'un ictère syphilitique secondaire spontané guéris l'un et l'autre par la médication arsenicale. Les états hémorragipares ne sont pas une contre-indication à son emploi. L'arsenobenzol paraît cependant avoir agi comme agent provocateur dans la production d'un nouveau cas de purpura hémorragique aigu.

(Séance du 26 décembre 1919)

Utilisation de l'ouabaïne Arnaud dans un cas d'ascite cirrhotique. Guérison. — MM. H. Dufour et G. Semelaigne rapportent l'observation d'une malade âgée de trente-quatre ans, éthylique avérée, entrée à l'hôpital pour une poussée d'ictère accompagnée de fièvre. Après la disparition de cet ictère apparut une ascite rapidement considérable et ayant nécessité trois ponctions de 8 à 10 litres chacune, les deux dernières à un intervalle de dix jours. Le foie était gros et on notait un certain degré de circulation collatérale. L'ascite se reformant rapidement les auteurs eurent l'idée d'injecter tous les deux jours dans les veines un demi-milligramme d'ouabaïne. Vingt-quatre heures après la première injection s'établit une diurèse abondante portant les urines de 1 à 4 litres. Le traitement par l'ouabaïne fut ultérieurement continué sous forme de lavement. Actuellement l'ascite a disparu; la malade a perdu 14 kilos en un mois, et il y a lieu de penser que le liquide ne se reproduira plus si cette femme ne retombe pas dans les excès antérieurs. Les auteurs insistent sur l'heureux effet de cette médication quand les reins fonctionnent bien et quand la maladie est à son début.

Rougeole maligne et plasmothérapie. — M. E. Terrien rapporte un cas de rougeole maligne guérie en trente-six heures par une transfusion sous-cutanée de sang pris à un enfant déjà guéri de rougeole. A cette occasion il indique certains détails de technique rendant cette opération inoffensive.

Technique de l'emploi du sérum antidiphtérique. — M. Weil-Hallé considère que l'injection intramusculaire de sérum antidiphtérique donne d'aussi bons résultats que l'injection intraveineuse. Dans ce dernier cas la concentration en unités antitoxiques diminue rapidement, tandis que, à la suite des injections intramusculaires, elle demeure plus longtemps élevée. Il importe de pratiquer une forte injection initiale sans qu'il soit utile de répéter les injections. La dose maximum doit atteindre 2 centimètres cubes par kilogramme de poids du sujet injecté.

M. Netter a antérieurement insisté, à propos de la sérothérapie antiméningococcique, sur les avantages des injections intramusculaires; il conseille les mêmes doses de sérum et recommande l'injection dans la masse sacro-lombaire.

M. Martin reste partisan de l'injection intraveineuse chez les sujets tardivement traités; mais cette injection étant difficile chez l'enfant, il conseille les injections intramusculaires aux doses indiquées par Weil-Hallé. Dans ces conditions, le sérum s'éliminant rapidement, il y a lieu de continuer pendant quelques jours les injections sous-cutanées de sérum. Pour cet auteur il y a intérêt à laisser le malade sous l'influence du sérum tant que les fausses membranes ne sont pas tombées.

Spirochétose ictérigène avec rash scarlatiniforme pré-ictérique. — MM. M. Garnier et J. Reilly.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 20 décembre 1919)

Troubles du rythme cardiaque provoqués chez le chien par le chlorure de strontium. — MM. Clerc et Pezzi. Par injections intraveineuses (15 à 20 centigrammes par kilo), les auteurs ont déclanché régulièrement une crise de tachycardie durant quelques minutes. Au début elle est purement sinusale, puis brusquement on voit sur les tracés électriques la forme du complexe ventriculaire se modifier et rappeler celle des extrasystoles du ventricule gauche; en même temps la systole auriculaire se rapproche de la systole ventriculaire et finit par se fusionner avec elle. Existence de deux rythmes distincts chevauchant l'un sur l'autre; le premier est d'origine sinusale car l'onde auriculaire reste visible et positive; quant au second, bien que d'apparence extrasystolique, il pourrait relever d'un blocage se produisant au niveau de la branche droite du faisceau conducteur et ne laissant au stimulus hétérotrope que la branche gauche comme voie de propagation.

Action des colloïdes métalliques sur la staphylotoxine et la staphylolysine. — M. Le Fèvre de Arric. Parmi cinq colloïdes étudiés : argent, or, platine, manganèse et fer, le fer, et avant tout le manganèse, ont diminué l'activité d'une staphylotoxine obtenue au moyen de cultures sur sang cuit. D'autre part, le manganèse s'est montré doué d'un pouvoir inhibiteur réel sur les propriétés hémolytiques de cette même préparation.

Fixation du complément chez les tuberculeux. — MM. ARLOING et LIOT. Pour obtenir à l'aide de la méthode de Bordet-Gengou des renseignements cliniques intéressants chez les tuberculeux, il faut rechercher comparativement dans le sang et dans l'urine les anticorps bacillaires ou tuberculiniques et les antigènes correspondants. Les individus cliniquement guéris ne présentent plus que des anticorps; les antigènes existent seuls au cas de pronostic fatal. A défaut de précision sur le degré d'immunité, les anticorps du sérum ou de l'urine se présentent comme des témoins de la défense organique, les antigènes comme des témoins de l'infection.

Dualité d'origine du plexus choroïde du ventricule moyen chez Uronastix Acanthinurus. — M. LEBLANC. Sur la voûte du cerveau intermédiaire se voit un mince croissant choroïdien dont la formation appartient à la base du cerveau.

Caractères différentiels des bacilles observés au cours de la dysenterie bacillaire. — M. DUMAS. Groupe I : Colonies rondes, surélevées, peu nombreuses, fait virer la gélose au rouge neutre, laisse indemne la gélose à l'acétate de plomb. Groupe II : Noircit la gélose à l'acétate de plomb. Aucune modification de la gélose au rouge neutre. Groupe III : Virage au rouge canari de la gélose au rouge neutre et noircissement rapide de la gélose à l'acétate de plomb. Groupe IV : mêmes caractères mais action différente des hydrates de carbone.

Recherches expérimentales sur les leucocytes irradiés. — M. CHEVALLIER. Diminution de 50 p. 100 des leucocytes par millimètre cube de sang chez des sujets ayant eu des doses radiothérapiques suffisantes. Diminution des lymphocytes et moyens mononucléaires, les polynucléaires étant inaltérés.

Etat fonctionnel du rein comparé à son aspect histologique et à sa composition chimique. — MM. AMBARD, MAYER, RATHERY et SCHAEFFER. Dans l'ensemble, la diminution de la capacité fonctionnelle du rein, les altérations cytologiques, la composition chimique du tissu rénal semblent marcher dans le même sens.

Procédé simple de neutralisation de l'eau distillée. — M. PONSELLE. Procédé simple de neutralisation de l'eau distillée destinée aux colorations dérivées de la méthode de Romanowsky.

Réunion biologique de Marseille :

Bacilles d'Eberth en chaînettes. — MM. PANQUE et SENEZ. Les auteurs ont rencontré trois fois au cours d'hémocultures des bacilles typhiques pourtant authentiques qui en première culture en bouillon se présentaient sous forme de chaînettes de cocci immobiles et rappelant en tous points le Streptocoque. Cet état n'a été que transitoire et dès le premier repiquage les bacilles ont repris leur morphologie normale et leur mobilité.

Sur l'agrégation des spermatozoïdes d'oursin sous l'action de l'eau dans laquelle ont séjourné les œufs de la même espèce. — M. COTTE. Cette agrégation a les apparences d'un phénomène chimiotactique positif. Elle semble conditionnée par des parcelles émanées du chorion de l'ovule, plus lourdes que l'eau, se dissociant assez rapidement dans ce liquide et dont la filtration sur papier amènerait l'élimination ou accélérerait la dissociation.

Sur les cellules à graisse des cavités alvéolaires du poumon. — M. GRANEL. Deux aspects : une forme granuleuse riche en grains soudanophiles, parfois en croissant, contenus dans une vacuole; une forme vacuolaire où les grains soudanophiles ont disparu et où les vacuoles sont remplies d'une graisse osmio-réductrice. Cette seconde forme présente le stade final de l'élément.

Sur l'élaboration de la graisse dans l'épithélium pulmonaire. — M. GRANEL. La graisse est un élément constant des cellules épithéliales de l'alvéole. Sa présence vient à l'appui de l'origine épithéliale des cellules libres de l'alvéole. L'élaboration de la graisse se fait par l'intermédiaire d'un chondriome. Elle est particulièrement intéressante au niveau des petites cellules nucléées de l'alvéole qu'il faut considérer comme de véritables cellules glandulaires.

M. MAIGNON. La supériorité des hydrates de carbone sur les graisses dans l'action d'épargne exercée vis-à-vis de l'albumine est compatible avec la supériorité des graisses dans l'utilisation des albuminoïdes.

(SÉANCE DU 27 DÉCEMBRE 1919)

Avirulence et atoxicité des bacilles observés au cours de la dysenterie bacillaire. — M. DUMAS. L'inoculation de plusieurs groupes de bacilles atypiques chez le lapin ne donne lieu à aucune lésion. De même le filtrat de culture inoculé ne produit aucun trouble pathologique.

Croissance régénératrice de fibres musculaires striées après lésion traumatique. — MM. NAGEOTTE et GUYAU. Des fibres musculaires néoformées peuvent envahir des greffons nerveux (rôle adjuvant de la glycérine).

Réunion biologique de Strasbourg (19 décembre 1919) :

Présentation d'un myographe clinique à inscription directe. — M. STROHL.

Signification morphologique et fonctionnelle du duodénum chez les mammifères. — M. VILLEMIN. Il peut être divisé en deux parties, une partie supérieure dilatée à paroi plus épaisse recevant ses artères uniquement de l'hépatique; une partie inférieure présente les caractères morphologiques des anses jéjunales, irriguée par la mésentérique supérieure.

A propos de la signification morphologique des cellules troubles dans le pancréas embryonnaire. — M. ARON. La glande pancréatique endocrine apparaît tardivement dans l'ontogénèse. Rôle érythropoïétique du pancréas embryonnaire.

Sur l'évolution de la substance nucléolaire au cours de la mitose. — M. BENOIT Nucléodiérèse.

Glande myométriale endocrine dans l'utérus de la rate gestante. — M. WEILL. Masse considérable de cellules conjonctives formant une masse périvasculaire.

Action de l'hyperglycémie sur la formation des corps acétoniques. — MM. BLUM et NANANO.

Réunion biologique de Lille :

Sur le développement des mastzellen ou mastacytes chez le rat blanc. — M. LAGUESSE. Les mastzellen sont-elles des cellules conjonctives fixes modifiées ou des leucocytes basophiles émigrés? On les voit se former en grand nombre chez le nouveau-né. On constate dans le tissu sous-cutané que ce sont des cellules conjonctives plates, en tout semblables aux voisines, qui se chargent peu à peu de grains basophiles, d'un côté du noyau surtout et s'épaississent.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 12 DÉCEMBRE 1919)

A propos de la transfusion sanguine. — M. GASTOU a, pendant l'épidémie de typhus exanthématique de 1915, en Serbie, en collaboration avec le docteur Escluse, employé comme médication la transfusion sanguine de bras à bras de sang citraté. Le procédé, des plus simples, consistait à prendre avec une seringue de 10 centimètres cubes contenant une pincée de citrate de soude, du sang dans le bras d'un

malade et de l'injecter immédiatement dans les veines du bras d'un autre malade. (Voir *Revue de Médecine* et *Presse médicale* 1915.)

Cas inédits de mort par les arseno-benzols. — MM. Bizard et Monel, à propos de 8 cas de mort inédits par le 606 et ses dérivés, parvenus à leur connaissance, attirent l'attention de la Société et des médecins praticiens sur la nécessité de toujours pratiquer eux-mêmes les injections intraveineuses de ces produits et de n'en user qu'avec une extrême prudence.

M. Druelle pense qu'il faut prendre des précautions pour faire ces injections, mais voudrait plus de détails dans les observations rapportées ci-dessus.

M. Tissier se basant sur une longue expérience proteste contre le danger du traitement arsenical lorsqu'il est administré d'une façon raisonnée ; il demande des observations précises indiquant l'état du malade, la dose et le mode d'administration des injections, afin de pouvoir les discuter.

Le mercure a aussi ses dangers.

M. Sée ne connaît pas de morts par le benzoate mais tout au moins des albuminuries.

M. Paul Guillon a pratiqué des milliers d'injections d'huile grise sans jamais avoir un accident ni même un ennui.

La paralysie générale est due à un tréponème distinct de celui de la syphilis banale. — MM. A. Marie et Levaditi présentent des préparations d'accidents comparés d'inoculation au lapin avec le virus du chancre syphilitique d'une part et celui du sang des paralytiques généraux, virus contrastant l'un avec l'autre par leur temps d'incubation, par la durée des lésions, par leur pouvoir pathogène, par le caractère des lésions, par l'immunité croisée. Il semble bien qu'il y ait une syphilis neurotrope distincte de la syphilis ordinaire dermotrope.

Présentation de pièces (boîtes craniennes) et de radiographies de maladies de Paget. — M. A. Marie.

Nécessité des analyses complètes dans le traitement du diabète. — Pour M. Guelpa, les analyses complètes des urines donnent seules les renseignements indispensables, car la quantité de sucre urinaire n'a qu'une importance relative, parfois trompeuse; les vraies indications de la gravité du diabète étant avant tout les quantités d'urée, d'acide urique et d'acidité totale.

M. Lematte. Dans la cure du diabète, les hydrocarbones alimentaires ne valent que par la quantité et la qualité des métaux qui accompagnent les amidons ingérés. La chaux et la magnésie ont une grande part dans la formation du glycogène hématique. (Expériences de Vaudin.)

Assemblée générale. — La Société se constitue en assemblée générale pour entendre le rapport annuel de M. Paul Guillon, secrétaire général; le compte rendu financier de M. Lematte, trésorier, et pour procéder à l'élection de son Bureau pour l'année 1920. M. Mouchet est élu président.

(Séance du 27 décembre 1919)

Sur quelques points de technique en radiumthérapie. — M. Oppert montre qu'on obtient par le radium des succès incontestables dans le traitement du cancer à condition de limiter ses effets à des cas bien définis. L'avantage de l'émanation est de pouvoir être condensée en tubes capillaires, donc très fins, et de nécessiter un minimum de délabrements chirurgicaux (langue en particulier). La manipulation exige une technique délicate; elle est dangereuse pour ses préparateurs et les médecins qui s'en protégeraient inefficacement.

Radium et rayons X. — M. Schmitt estime que l'on peut sans danger traiter les lésions superficielles ou facilement accessibles par les rayons mous du radium et préconise l'association des corps radioactifs et des rayons X contre les tumeurs profondes et volumineuses comme les fibromes utérins.

Par cette méthode qui multiplie les portes d'entrée des radiations, on évite toute irritation de la peau, et malgré des séances courtes, on obtient des résultats remarquables dans le traitement des fibromes où le succès est la règle, très satisfaisants dans celui des cancers de l'utérus ou du sein, qui donnent dans un certain nombre de cas l'apparence d'une guérison complète.

M. Moutier ne croit pas à la guérison certaine du cancer de l'utérus par le radium : mais les applications de sels de radium ont un heureux effet sur l'atténuation des douleurs irradiées, sur la disparition des hémorragies. Le plus qu'il soit permis d'espérer dans les cas inopérables, c'est une survie de quelques années.

Pathogénie de la tuberculose. — M. Pruvost combat l'idée de la contagion de la tuberculose, et considère cette maladie comme l'aboutissant d'une misère pathologique, créée le plus habituellement par une affection chronique des voies digestives.

Conférences pratiques d'ophtalmologie. — M. Poulard commencera ses conférences d'ophtalmologie pratique le lundi 26 janvier, à deux heures et demie, et les continuera les mercredis, vendredis et lundis de chaque semaine à la même heure, dans le service d'ophtalmologie de l'hôpital Necker-Enfants-Malades.

Ces conférences sont destinées aux étudiants et aux médecins praticiens. Elles sont gratuites.

Se faire inscrire auprès de M. Boussi, assistant du service.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES & DIAGNOSTIC DU PNEUMOTHORAX (1)

Les organes sont fréquemment déplacés : cœur, foie, rate, médiastin sont déplacés du fait de l'hypertension des gaz. C'est ainsi que, du côté gauche, le cœur peut être refoulé à droite et la rate abaissée. Si le pneumothorax siège à droite le foie peut être abaissé et le cœur reporté sur la gauche, de sorte que son bord droit peut être au niveau du bord gauche du sternum.

Radioscopie. — Si le pneumothorax est pur, la voûte diaphragmatique est abaissée et paraît aplanie ; l'hémithorax est anormalement clair du haut en bas, et sur cette clarté se détachent avec netteté les ombres des côtes, de la clavicule et le moignon du poumon rétracté vers le hile (Béclère).

Signes généraux. — La fièvre est irrégulière, atteignant souvent 39 degrés au début, puis elle baisse. Elle peut dépendre des lésions pulmonaires concomitantes et de l'évolution de la maladie, de la formation d'un épanchement liquide. Le pouls est petit, accéléré au début, parfois arythmique ; il y a de l'hypotension passagère au début. Puis l'équilibre se rétablit progressivement les jours suivants. Le facies est pâle, anxieux, le visage couvert de sueurs, les extrémités froides et cyanosées dans les cas graves. Tous ces signes dépendent de l'asphyxie par suite de la disparition fonctionnelle d'un poumon.

Evolution. — Elle est variable. Dans sa forme bénigne le pneumothorax guérit en quelques semaines par résorption progressive du gaz.

Parfois, au contraire, les lésions pulmonaires du côté opposé sont tellement marquées que l'asphyxie emporte le malade.

Enfin, le plus souvent, l'irritation pleurale se surajoute et provoque la formation d'un épanchement liquide qui complique l'épanchement gazeux. Il se constitue alors un hydropneumothorax, ce qui est extrêmement fréquent.

II. **Hydropneumothorax.** — L'hydropneumothorax se traduit par les signes précédemment décrits ; mais en plus on peut constater les symptômes suivants, qui lui sont propres : à la *percussion,* on délimite sur le champ pulmonaire 2 zones : une supérieure tympanique et une inférieure absolument mate. Ces 2 zones étant d'ailleurs séparées par une ligne horizontale, mobile avec les mouvements du malade. Elle garde son horizontalité quelle que soit la position prise par le malade. A l'*auscultation,* on peut entendre la succussion hippocratique, qui consiste en un bruit hydro-aérique, comme lorsqu'on secoue une carafe demi-pleine d'eau. Pour l'entendre, secouer le malade pendant qu'on l'ausculte (succussion verticale). Mais si le liquide est épais, visqueux, en très petite quantité, ou bien au contraire s'il remplit la presque totalité du thorax, il ne produit pas de bruit de clapotage. Dans ce cas, on saura rechercher la succussion horizontale, ainsi que l'a conseillé Chauffard. En auscultant le malade couché, on augmente la surface de contact entre l'air et le liquide et le bruit de flot devient facilement perceptible.

Enfin c'est dans les cas d'hydropneumothorax qu'on pourra entendre surtout le tintement métallique et le glou-glou pleural de Variot.

La *radioscopie* fait faire le diagnostic très aisément en montrant le champ pulmonaire divisé en 2 parties : la zone inférieure présentant une opacité absolue à limite supérieure horizontale et mobile, et une zone supérieure très claire. Si l'on secoue le malade on peut provoquer des sortes de vagues : c'est la succussion hippocratique rendue ainsi visible. Enfin on peut constater le phénomène de Kussmaul : la ligne du liquide s'abaisse pendant l'expiration et s'élève pendant l'inspiration contrairement à la normale et par suite de la paralysie relative de la moitié du diaphragme correspondant.

Evolution. — La guérison peut survenir par cicatrisation de la perforation, le pneumothorax devient fermé et les gaz se résorbent ; les liquides épanchés se résorbent à leur tour, si bien que la pleurésie finit par guérir. C'est là une évolution favorable rare. D'autres fois l'épanchement persiste sans tendance à la guérison. Il peut ainsi persister des mois, rarement des années. La mort, qui en est la terminaison habituelle, survient par aggravation des lésions pulmonaires, par cachexie, par poussée granulique, par infection du liquide. Dans ce dernier cas à l'hydropneumothorax se substitue un pyopneumothorax.

La ponction exploratrice du liquide montrera sa nature séreuse, et l'on en fera l'analyse cytologique et bactériologique. C'est par les ponctions capillaires répétées que l'on surveillera l'évolution de l'épanchement et qu'on le verra parfois devenir louche, puis trouble, enfin purulent.

III. **Pyopneumothorax.** — C'est un pneumothorax accompagné d'un épanchement purulent. Les signes physiques sont absolument les mêmes. Il peut se constituer par transformation purulente d'un épanchement séreux (tuberculose), ou bien survenir comme complication d'une pleurésie purulente évacuée par vomique (pneumocoques), ou sans vomique par rupture d'un tubercule sous-pleural (tuberculose). Au point de vue clinique, on pourra le suspecter par quelques signes d'ailleurs inconstants : œdème de la paroi, grande abondance du liquide, pulsatilité comme au cours d'un empyème, à gauche, fièvre élevée et oscillante, gravité des signes généraux, sueurs, frissons, amaigrissement rapide. La ponction exploratrice en confirmera l'existence.

L'*évolution* est variable suivant les cas : tantôt il se produit un empyème de nécessité, tantôt surviennent des vomiques à répétition ; la mort survient par cachexie amyloïde ; le plus souvent l'évolution est longue et chronique. Mais si l'évolution est rapidement fatale dans le pyopneumothorax par infection pyogène banale, au contraire dans le pyopneumothorax tuberculeux on voit des malades rester pendant des mois avec leurs lésions et même mener une vie relativement active, comme dans le cas devenu classique et rapporté par Laennec.

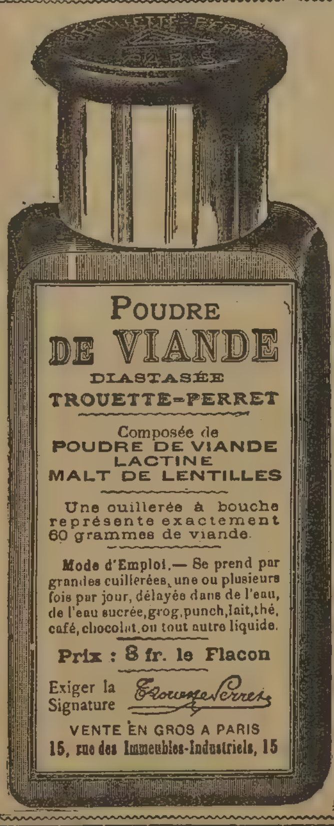
D'autres fois, on est obligé de ponctionner les malades à répétition, et ainsi se sont constituées des pleurésies intarissables, sur lesquelles Dieulafoy a insisté.

IV. **Hémopneumothorax.** — Il s'agit d'un épanchement de sang, de sérosité et de gaz dans la plèvre. Il est le plus souvent d'origine traumatique et succède aux plaies larges du poumon, soit par armes à feu, soit à la suite de fractures de côte, par embrochement du poumon. Il peut y avoir en même temps une hémoptysie, ce qui est fréquent ; mais en tous cas il y a des signes de shock et d'hémorragie interne. La succussion hippocratique peut faire défaut au début. Puis les jours suivants, il se fait une transsudation séreuse secondaire, qui fluidifie l'épanchement, le diagnostic se pose par les anamnestiques ; il doit être suspecté en raison du traumatisme, à cause des signes d'anémie grave résultant d'une hémorragie interne. Enfin la ponction exploratrice ne devra jamais être négligée. Ultérieurement peut apparaître une ecchymose lombaire tardive (Valentin). L'évolution se fait comme dans l'hémothorax ordinaire soit par résorption et guérison, soit plus souvent par transformation en hydropneumothorax ou en pyopneumothorax. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 1, p. 15.


POUDRE
DE VIANDE
DIASTASÉE
TROUETTE-PERRET
Composée de
POUDRE DE VIANDE
LACTINE
MALT DE LENTILLES
Une cuillerée à bouche représente exactement 60 grammes de viande.
Mode d'Emploi. — Se prend par grandes cuillerées, une ou plusieurs fois par jour, délayée dans de l'eau, de l'eau sucrée, grog, punch, lait, thé, café, chocolat, ou tout autre liquide.
Prix : 8 fr. le Flacon
Exiger la Signature Trouette-Perret
VENTE EN GROS A PARIS
15, rue des Immeubles-Industriels, 15

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, **15** francs par an.
Étudiants étrangers, **20** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **6** fr. — 6 mois : **11** fr. — 1 an : **20** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

A NOS LECTEURS

Nous commençons aujourd'hui la publication des numéros d'analyses et de bibliographie médicale que nous avons annoncés. Le premier numéro est consacré à la chirurgie infantile et à l'orthopédie. La médecine générale, la chirurgie générale, la neurologie, etc., viendront ensuite.

Nous espérons que sous cette forme qui n'a rien d'original, mais qui nous semble pratique, la GAZETTE DES HÔPITAUX *pourra une fois de plus être utile à ceux qui travaillent.*

Voir le sommaire détaillé page 34.

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 6 janvier. — Question donnée : « Symptômes de la fièvre typhoïde au huitième jour. »

MM. Hudelo, 13 ; Gauran (Marcel), 12 ; Jacquemaire, 18 ; Evrain, 7 ; Gauillard, 8 ; Gély, 17 ; Georgesco et Hurez, 9 ; Frehlicher, 13 ; George, 18 ; Foyatier, 10 ; Iselin, 14 ; Hamon, 12 ; Fritz, 18 ; Garnier (Charles), 16 ; Grandjean, 17 ; Fidon, 14.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ROUEN. — Après concours, M. le docteur Léonard a été nommé chef de clinique obstétricale.

Il est chargé, en outre, du cours annexe d'anatomie, physiologie et pathologie aux élèves sages-femmes.

— M. Lévy-Roben est nommé prosecteur.

ÉCOLES SUPÉRIEURES DE PHARMACIE. — PARIS. — Sont prorogés, pour un an, les agrégés dont les noms suivent : MM. Guérin et Lutz (histoire naturelle), Tassilly (physique), Bougault (chimie), Hérissey (pharmacie).

— NANCY. — M. Pastureau est chargé d'un cours de pharmacie.

— M. Seyot est chargé d'un cours complémentaire d'histoire naturelle, et, en outre, des fonctions de chef des travaux pratiques de micrographie.

— M. Lasseur est chargé d'un cours complémentaire de bactériologie.

— M. Hollande est chargé d'un cours d'histoire naturelle.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Un concours s'ouvrira à Paris, au ministère de l'Intérieur, le lundi 8 mars 1920, tant pour l'admission aux emplois de médecin adjoint des asiles publics d'aliénés que pour l'aptitude aux fonctions de médecin d'asiles privés.

Le nombre des postes de médecin adjoint des asiles publics mis au concours est fixé à vingt.

Les candidats qui désirent participer au concours doivent adresser au ministre de l'Intérieur une demande accompagnée de leur acte de naissance, de leurs états de services, d'un exposé de leurs titres, d'un résumé succinct de leurs travaux, du dépôt de leurs publications, des pièces établissant leur stage et l'accomplissement de leurs obligations militaires, ainsi qu'un état de leurs titres militaires, avec pièces justificatives.

Les candidatures seront inscrites au ministère de l'Intérieur (1er bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques), 7, rue Cambacérès, jusqu'au mercredi 18 février 1920 inclus.

LES OFFICIERS DE COMPLÉMENT ADMIS A UNE PENSION POUR INVALIDITÉ. — Le *Journal officiel* du 28 décembre 1919 publie une circulaire relative à la situation militaire des officiers de complément admis à une pension pour invalidité par application de la loi du 31 mars 1919.

Ces officiers pourront être rayés des cadres ou mis hors cadres pour raisons de santé. Ils pourront encore être changés d'arme ou de service, ou passer d'une arme dans un service.

L'ÉQUIVALENCE DES INFIRMITÉS. — Le *Journal officiel* du 25 décembre publie une note modifiant l'article 65 de la loi du 31 mars 1919 et déterminant en centièmes d'invalidité l'équivalence des infirmités comprises dans la classification du 23 juillet 1887 connue sous le nom d'échelle de gravité.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Paul Gibert (de Rouen).

COURS DE PATHOLOGIE HISTORIQUE. — Nous apprenons avec plaisir que le docteur Cabanès, rédacteur en chef de la *Chronique médicale*, vient d'être chargé d'un cours de pathologie historique, à l'Institut des Hautes Études, de Bruxelles.

La leçon inaugurale aura lieu le 19 janvier, à huit heures et demie du soir ; elle sera suivie de cinq autres leçons, dont la date sera ultérieurement indiquée.

Sujet du cours : « Des relations de la médecine avec l'Histoire ; théories et applications. »

SOMMAIRE

(Les articles en *caractères italiques* sont ceux qui sont analysés, les autres ne sont qu'annoncés.)

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

CHIRURGIE INFANTILE — CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

Par M. LANCE

ASSISTANT DE LA CONSULTATION D'ORTHOPÉDIE DES ENFANTS-MALADES

GÉNÉRALITÉS

Chirurgie orthopédique [une Revue]. (A. H. TUBBY [de Londres]. *The Practitioner*, oct. 1919, n° 616, vol. CIII, n° 4, p. 241-247.) — L'auteur passe en revue certaines affections orthopédiques souvent rencontrées comme séquelles de la guerre ; l'équinisme à angle droit par rétraction du tendon d'Achille, les « glissements » des cartilages semi-lunaires du genou, et le pied plat.

Le premier groupe correspond à ce que plusieurs auteurs français, dont nous-même, avons décrit sous le nom de « petit équinisme ». Il résulte de ce fait que les classiques recommandent pour l'immobilisation du cou-de-pied l'angle droit, alors que l'angle de 72 degrés environ est indispensable pour la marche.

Comme le répète Tubby, il faut immobiliser le cou-de-pied avec 18 degrés de flexion dorsale, pour que le pied ait sa stabilité normale et le pas sa longueur habituelle.

Nous ne dirons rien du pied plat bien connu chez nous.

On sait combien sont nombreuses les opérations pratiquées en Angleterre pour lésions des cartilages du genou. Nous nous en étonnons, ne trouvant pas chez nous des indications aussi fréquentes et rejetant la différence sur l'habitude des sports violents chez nos voisins. Or, Tubby avoue ici que, à la suite des traumatismes de guerre, le diagnostic d'arrachement des cartilages du genou a été porté trop souvent et qu'on est intervenu dans des cas où on ne trouvait que « des franges synoviales plus ou moins hypertrophiées ». Il montre les symptômes principaux d'arrachement des cartilages et conclut : « C'est seulement quand, à la suite d'une douleur brusque, le genou se trouve bloqué en flexion, avec un épanchement persistant après l'accident, que la question d'opération peut se poser. »

Il insiste aussi sur la nécessité de n'opérer que les soldats désirant être opérés et désirant guérir.

Quelques points sur les greffes osseuses. (Lieut.-colonel sir W. de C. WHEELER. *The Dublin J. of med. sciences*, 3e série, n° 571, juillet 1919, p. 12-21, 29 figures.) — C'est le résumé d'une expérience de quatre ans et portant sur un grand nombre de cas.

Bien que le périoste n'ait pas de pouvoir ostéogénétique en lui-même, il est préférable que le greffon en soit pourvu ; sa vascularisation en est favorisée, et sa résorption plus lente. L'auteur pense que le greffon n'est pas un simple échafaudage destiné à disparaître quand l'os nouveau est reconstruit. Il vit par lui-même ; les fractures du greffon avec consolidation, la séquestration partielle du greffon après infection, en sont des preuves.

L'important, pour avoir un greffon viable, est qu'il soit bien encastré dans l'os à ses extrémités et *immobile*. La qualité de vitalité du lit du greffon est aussi très importante. Dans les vieilles pseudarthroses, il faut, après avoir dénudé les extrémités osseuses sur une grande étendue, mettre de gros greffons, très longs, remontant jusqu'en os sain.

Si la greffe échoue dans ces conditions, il faut se résigner à coapter les deux bouts après raccourcissement du membre (humérus, fémur) ; le résultat fonctionnel est bon mais déplorable pour l'esthétique.

La greffe par dédoublement d'un des bouts ne peut convenir qu'aux fractures récentes ; dans les cas anciens l'os sclérosé ne peut servir de greffon.

Condamné par beaucoup, l'enchevillement dans le canal médullaire est défendu par l'auteur, qui montre ses difficultés de technique, mais, bien fait, il donne de très beaux résultats, comme il en rapporte des exemples.

La fixation absolue du greffon est indispensable : la confection de chevilles osseuses, comme Albee, lui semble excellente, mais trop longue ; il se contente le plus souvent d'enfoncement au maillet dans une loge taillée très exactement comme dimensions. Sauf deux cas (mal de Pott, luxation congénitale de la hanche) où il a employé une côte, il se sert de la greffe tibiale d'Albee.

Les résultats sont parfois *désappointants* (résorption) mais l'auteur espère qu'avec des améliorations de technique on arrivera à des résultats parfaits et constants.

Cf. — Endoprothèse réductrice pour perte de substance du squelette. Greffes de caoutchouc armé. — DELBET, GIRODE et CONTREMOULINS. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 29 juillet 1919, vol. LXXXII, n° 29, p. 110-111.

L'embolie graisseuse en chirurgie orthopédique. Etiologie et traitement. — A. M. ANGEL. *Riv. esp. de cir.*, Madrid, mai 1919, t. I, n° 5.

AFFECTIONS CONGÉNITALES

Côtes surnuméraires cervicales. (M. DUBOIS. *Arch. méd. Belges*, soixante-douzième année, n° 7, juillet 1919, p. 40-59.) — Dans cette revue d'ensemble très complète de la question, l'auteur en expose l'historique, l'anatomie comparée, l'embryologie, l'anatomie descriptive et topographique. Les symptômes sont exposés longuement. Ce sont d'abord les signes de compression : compression des vaisseaux sous-claviers avec ischémie ou cyanose du membre, parfois par accès en rapport avec les mouvements de la tête, compression du plexus brachial entraînant des troubles de la sensibilité dans l'une ou l'autre branche du plexus, de l'impotence et atrophie de certains groupes musculaires. Il rapporte un cas personnel avec compression vasculaire et troubles sensitifs dans le territoire du premier nerf dorsal. Un deuxième cas personnel présentait le syndrome de la crampe des pianistes et des écrivains. Dans d'autres cas c'est le sympathique cervical avec ses troubles pupillaires, palpébraux, oculaires, vaso-moteurs, sudoraux, comme dans une troisième observation rapportée.

Les symptômes locaux sont presque nuls. C'est la radiographie qui confirme le diagnostic.

Les formes cliniques, le diagnostic découlent des symptômes. On a, pour l'étiologie, discuté dans certains cas l'origine hérédo-syphilitique. C'est une anomalie congénitale à évolution tardive (entre quinze et quarante ans). L'apparition des symptômes étant liée à l'ossification de la côte.

Le traitement consiste dans l'ablation, souvent difficile, qui doit être complète si on ne veut pas courir à une récidive. L'auteur expose et discute les différents procédés opératoires.

La sténose duodénale congénitale. (Ed. CAUTLEY, *The Brit. J. of children's diseases*, vol. XVI, n° 184-36, avril-juin 1919, p. 66-73). — L'auteur en rapporte une observation très intéressante car l'enfant vécut jusqu'à 13 mois passés, et cependant, étant mort sans avoir pu être opéré à cause de son état de faiblesse, l'autopsie montra une sténose si étroite que la sonde la plus fine passait difficilement par l'orifice.

A propos de ce cas Cautley passe en revue toute la ques-

tion d'après 66 observations. Il présente un historique complet et une bibliographie comprenant 20 numéros.

Il s'agit le plus souvent de prématurés; 11 sur 57 présentaient d'autres malformations congénitales.

Le plus souvent la mort survient dans les 15 premiers jours après la naissance. Un cas de Henrison a vécu 9 mois, un de Buchanan 18 mois. Trois cas de sténose incomplète ont vécu jusqu'à l'âge adulte.

Le siège de la stricture est très variable; tantôt au-dessus de la caroncule, tantôt à son niveau, tantôt au-dessous et jusqu'à l'angle duodéno-jéjunal. La sténose est exceptionnellement circulaire, le plus souvent le segment supérieur se termine en cul-de-sac et ne communique avec l'inférieur que par un petit canal. Si le cholédoque aboutit au segment inférieur, on peut voir le canal de communication s'ouvrir dans sa cavité ou dans un conduit biliaire accessoire.

Selon la plupart des auteurs, il s'agit d'un arrêt de développement. Le bouchon épithélial qui ferme au deuxième mois le duodénum se canalise. La sténose ne serait qu'une canalisation imparfaite analogue à l'imperforation axale. On peut objecter à cette théorie que la présence de méconium dans les sténoses siégeant au-dessous de la caroncule indique que l'anomalie s'est formée après l'apparition de la bile. Or la bile n'arrive dans l'intestin que du cinquième au septième mois, alors que le bouchon duodénal se résorbe à la 5e semaine.

D'ailleurs tous les cas ne sont pas dus à une anomalie de développement : quatorze cas ont été attribués à une péritonite fœtale soit tuberculeuse, soit le plus souvent syphilitique.

Les vomissements incoercibles, bilieux dans 90 p. 100 des cas, constituent le principal symptôme.

L'inanition, l'épuisement arrivent vite. On observe de la constipation absolue, de la dilatation et l'hypertrophie du duodénum et de l'estomac avec péristaltisme stomacal net. Le diagnostic avec la sténose pylorique est impossible avant l'opération. Là, l'hypertrophie du pylore se distingue par la consistance dure du canal pylorique.

Quand l'état de l'enfant le permet, l'opération peut seule le sauver, elle consiste dans l'abouchement de l'estomac ou du duodénum dilaté avec le jéjunum. Le premier cas de guérison a été rapporté par Ernst, de Copenhague. (*Brit. Med. J.*, 1916, vol. I, p. 644.)

A côté de ces atrésies congénitales il faut rappeler qu'il existe des occlusions du duodénum survenant à des âges divers mais dus à une disposition congénitale. L'auteur n'en fait pas mention.

Un premier groupe est constitué par le volvulus de tout l'intestin par absence complète de coalescence des mésocôlons coudant le duodénum dans sa portion sous-jacente aux vaisseaux mésentériques. (Voir Ombrédanne, Hartmann et Michon. Soc. de chir., séance du 30 avril 1919; — Melchior. *Berliner. Klin. Woch.*, n° 22, 1er juin 1914.)

Le deuxième groupe bien plus fréquent, l'occlusion par bride congénitale, dont, d'après Ombrédanne, il faut distinguer deux formes : la forme sus-vatérienne, striction de l'angle hépatique du duodénum par le ligament cystico-duodéno-épiploïque anormal; la forme basse sous-vatérienne par striction de la portion transverse par la base d'insertion du mésocôlon formant bride. (Obs. de Foisy, voir Rapport Ombrédanne, Soc. de chir., séance du 10 déc. 1919.)

Emploi de l'extension continue au moyen d'un nouveau lit à extension dans la réduction non sanglante de la luxation congénitale de la hanche. (J. W. Churchman. *Surg. gynec. and obstetrics*, mai 1919.) — L'auteur décrit et représente un lit spécial à extension dans lequel par une abduction et rotation progressive il arrive à réduire lentement sans manipulations violentes et sans anesthésie les luxations congénitales de la hanche. Le reste du traitement ne diffère pas de la méthode habituelle.

Cf. — Deux observations de côtes cervicales. — C. Pelfort. *Rev. med. del Uruguay*, Montevideo, 21 juin 1919, t. XXI, n° 5.

L'absence et la diminution des vertèbres cervicales. Etude clinique et pathogénique (le syndrome de la réduction numérique cervicale). — A. Feil. *Th. de Paris*, 1918-1919.

Troubles nerveux et côtes cervicales. — A. Church. *The Journ. of the amer. med. Assoc.*, Chicago, juillet 1919, t. LXXIII, n° 1.

Surélévation congénitale et surélévation hystérique de l'omoplate. — A. Trèves. *Soc. de péd.*, séance du 18 nov. 1919.

Surélévation congénitale de l'omoplate et fusions costales. — A. Mouchet. *Soc. de pédiat.*, séance du 16 déc. 1919.

Contribution à la pathogénie de l'incontinence d'urine infantile essentielle. — Provinciali. *La Pediatria*, Naples, sept. 1919, t. XXVIII, n° 9. L'auteur en fait un vice de développement nerveux lié à un spina bifida occulte (radiog.).

La luxation congénitale de la hanche et son traitement. — H. Judet. *Revue de pathol. comparée*, oct. 1919, 19e année, n° 161, p. 3-8, 2 fig.

L'emploi de l'étrier de Finochietto dans la réduction des luxations congénitales de la hanche chez les sujets âgés. — M. Lance. *Bull. et mém. de la Soc. de pédiat.*, séance du 27 juin 1919.

Les vomissements chez le nourrisson. La maladie des vomissements habituels. Le rétrécissement congénital du pylore. Le traitement médical et chirurgical de ces affections. — A.-B. Marfan. *Le Nourrisson*, janv., mars, mai, juillet 1919, t. VII, nos 1, 2, 3, 4.

La sténose hypertrophique congénitale du pylore. Diagnostic et traitement. — H. T. Gray et G. R. Pirie. *The Lancet*, Londres, 20 sept. 1919, t. CXVII, n° 5012.

AFFECTIONS ACQUISES

Tube digestif.

Un cas d'invagination intestinale traité par la résection. (E. R. Flint. *The Lancet*, t. CXCVI, n° 4996, 31 mai 1919.) — Un enfant de trois mois présentait une invagination du cæcum dans le sigmoïde qui était perceptible par le toucher rectal. La réduction ayant échoué, l'auteur fut obligé de pratiquer après incision du cylindre externe l'excision de la terminaison du grêle, cæcum, côlon ascendant; suture, guérison, ce qui est très remarquable à cet âge. L'auteur insiste sur l'importance du traitement préopératoire pour éviter le shock (1 litre 1/2 de sérum! — coussins d'eau chaude).

Sur 33 cas opérés l'auteur n'a eu que 14 morts (42,4 p. 100).

Tuberculose osseuse.

Notes cliniques sur les ostéo-arthrites tuberculeuses de l'enfant. (V. Lefranc. *Thèse Paris*, 1919, A. Maloine, édit., 107 p., 11 fig.) — Ce travail est conçu dans une forme originale. L'auteur venu des services d'Enfants de Paris comme interne à l'hôpital maritime de Berck s'est plu à noter et à contrôler sur le malade tout ce que dans l'enseignement journalier de M. Ménard il trouvait de notions différant de celles de l'enseignement classique.

Il passe ainsi en revue : 1° les caractères généraux radiographiques de la tuberculose osseuse et il nous montre l'importance qu'ils présentent non seulement pour le diagnostic, mais pour l'étude de l'évolution des lésions; 2° les signes locaux de l'inflammation : tuméfaction, douleur et surtout chaleur, dont la perception n'est pas moins importante comme guide; 3° les mensurations des membres aux diverses périodes de la maladie; il nous fait voir l'action réciproque des différents facteurs d'allongement et de raccourcissement du membre; 4° les divers modes de guérison des osteo-arthrites tuberculeuses : par conservation des mouvements (restitutio ad integrum ou pseudarthrose), par ankylose lâche ou serrée; il fait voir les avantages et inconvénients de chaque modalité à chaque articulation; 5° l'évolution et l'importance des cavernes articulaires ou juxta-articulaires.



Autant de chapitres sans lien apparent entre eux mais résumant une partie des idées générales de M. Ménard; le tout constituant une préface précieuse à celui qui voudrait venir s'instruire à l'Hôpital maritime de Berck sur la tuberculose osseuse de l'enfant.

Diagnostic radiographique du mal de Pott supérieur. (M. GALLAND. *Th. de Paris*, 1919, A. Maloine et fils, édit., 186 pages, 40 figures et 6 planches hors texte.) — Travail très important fait dans les services du professeur Broca à Paris et de M. Ménard à Berck, avec le concours pour la partie radiologique de M. Contremoulins. Un tel travail ne s'analyse pas et doit être lu dans le texte.

Opération pour amener la reminéralisation définitive dans la coxalgie. (D. MARAGLIANO. *Archivio di Ortopedia*, Milan, année 35, fasc. 1, 1919, p. 31-40 et *La Riforma medica*, année 35, n°s 15 et 20, 12 avril et 17 mai 1919.) — Le processus de guérison se traduit dans la tuberculose osseuse par une recalcification marquée. Il est indispensable d'attendre cette recalcification dans la coxalgie pour reprendre la marche.

Chez certains sujets cette reminéralisation met des années à se produire, la guérison traîne fort longtemps.

Chez de tels sujets (quatre malades, deux opérés en 1915, un en 1917, un en 1919), l'auteur, dans le double but de compléter l'ankylose en bonne position et de hâter la recalcification, a implanté un greffon tibial à travers l'articulation. La technique est simple : après avoir mesuré la longueur désirée sur la radiographie, on taille un greffon ostéopériostique sur le tibia, puis incisant sur la face externe du trochanter, le membre étant tenu en bonne position, on creuse, avec une mèche, un canal à travers le col, la tête fémorale, le cotyle jusqu'à ce que l'absence de résistance indique le muscle obturateur interne; avec un maillet on entre de force le greffon, appareil plâtré.

Les suites ont été très simples, les résultats excellents, et sur les deux premiers opérés, les radiographies en série montrent une recalcification considérable des os. Les malades ont guéri plus rapidement que par toute autre méthode, le premier en huit mois, le deuxième en onze mois après l'intervention et la guérison se maintient depuis quatre ans.

On peut discuter certaines des affirmations de l'auteur.

1° D'après les radiographies, la recalcification de la tête fémorale n'est pas évidente. Dans un des cas elle semble moins nette quelques mois après l'opération qu'auparavant.

2° Sur un des deux cas anciens, le greffon s'est résorbé car de légers mouvements sont réapparus dans l'articulation, l'ankylose complète n'a donc pas été obtenue.

Enfin, fait important, l'auteur ne donne aucun moyen pour mesurer les angles d'inclinaison et déclinaison du col fémoral. Sa technique est donc très imparfaite et, le cas échéant, il conviendrait de se servir ici de la technique et de l'instrumentation spéciale employée par le professeur Delbet et son élève Marchak pour les fractures du col du fémur.

Cf. — La cure hélio-marine dans le traitement de la tuberculose chirurgicale. — M. DOCHE. *Soc. de péd.*, séance du 21 oct. 1919 (discussion).

Héliothérapie, aérothérapie dans les tuberculoses externes soit fermées, soit ouvertes. — P. PEYRET. *Presse méd.*, 18 oct. 1919, n° 60, p. 860-863.

L'opération d'Albee dans le mal de Pott. — T. R. DE MATA. *Riv. esp. de cir.*, Madrid, juillet 1919, t. I, n 7.

Note sur la greffe d'Albee dans le traitement du mal de Pott. — G. R. GIRDLESTONE. *The Journ. of orthop. surg.*, juillet 1919, vol. XVII, n° 7, p. 401-415 (discussion).

Un cas intéressant de mal de Pott. — J. ARCE et G. LORRAQUIN. *An. de l'Inst. mod. di clin. med.*, Buenos-Aires, juillet-déc. 1918, t. III, n° 2, 5 fig. Forme très fruste chez l'adulte, paraplégie, extension, héliothérapie, puis greffe d'Albee, guérison.

La tuberculose du pubis. — J. M. JORGE. *Rev. de la Assoc. med. argentina*, Buenos-Aires, février-mars 1919, vol. XXX, n°s 171-172. A propos d'un cas personnel les auteurs font une revue générale de la question d'après 60 cas.

Syphilis osseuse.

Le « quatrième » symptôme de la triade d'Hutchinson. (A. CANTONNET. *Paris médical*, t. IX, n° 36, 6 sept. 1916.) — L'auteur appelle ainsi l'hydarthrose du genou si fréquente chez l'hérédo-syphilitique. Sur 60 kératites interstitielles, il relève 37 fois l'hydarthrose et 10 fois seulement des troubles auditifs.

L'hydarthrose est presque aussi fréquente que la kératite et les malformations dentaires, et bien plus que la surdité.

Ostéomyélites.

Cf. — Un traitement précoce de l'ostéomyélite aiguë (8 cas chez l'enfant traités avec succès par des abcès de fixation). — P. VIGNARD. *Presse méd.*, 8 sept. 1919, n° 50, p. 501-502.

Articulations.

Sur les lésions des ménisques du genou et une nouvelle incision pour ouvrir l'articulation du genou. (T. UFER. *Archiv. für klin. chir.*, vol. CIX, fasc. 5 et 6, p. 621.) — L'auteur n'apporte rien de nouveau sur la question, sauf son incision. Les téguments sont incisés longitudinalement, l'articulation en travers, mais en ménageant un lambeau vertical dans le ligament rotulien, ce qui favorise la solidité de sa suture, technique évidemment inférieure à l'incision verticale pararotulienne, à la désinsertion de l'épine tibiale antérieure en queue d'aronde (Chevrier).

Cf. — De l'arthrodèse en général. Indications. Manuel opératoire. — E. KIRMISSON. *Revue d'orthop.*, avril 1919, 26e année, n° 5, p. 447-455, 4 fig.

Les arthrites hémophiliques. — ESCANDE et TAPIE. *Journ. de radiol.*, août 1919, vol. III, n° 7, p. 298.

Pseudarthroses de la hanche. — B. DE LABORIE. *Paris méd.*, 19 juillet 1919, vol. IX, n° 29, p. 57.

Ostéochondrite de la hanche. — P. W. ROBERTS. *Journ. of orthop. surg.*, août 1919, vol. I, n° 8, p. 493-496.

Quelques considérations sur le phénomène de la « hanche à ressaut ». — M. MANON. *Presse méd.*, 29 oct. 1919, p. 635.

Aponévroses. Tendons.

Note préliminaire sur l'allongement du tendon du quadriceps. (G. E. BENNETT. *The J. orthop. Surgery*, vol. XVII, n° 9, sept. 1919, p. 530-547, 18 figures.) — Les fractures ouvertes ou ostéomyélites de la partie moyenne ou inférieure du fémur sont souvent suivies de la perte partielle ou totale de la flexion du genou.

L'auteur montre que cette impotence relève de deux causes principales : tantôt le tendon commun aux quatre muscles composant le quadriceps est rétracté par suite d'une immobilisation trop prolongée en extension, tantôt il y a des adhérences, des cicatrices fibreuses entre les muscles eux-mêmes ou entre les muscles, surtout le crural, et l'os.

Bennett propose de remédier à cette impotence par l'allongement du tendon, ce qui permet alors la flexion plus ou moins étendue du genou.

On peut réaliser cet allongement par deux interventions décrites en détail :

1° Désinsertion du tendon de ses attaches aux deux vastes, du crural et à la rotule, en conservant celles du droit antérieur, fléchissement forcé du genou, suture du tendon dans sa nouvelle position et au-dessous de lui des deux vastes entre eux.

2° Désinsertion des deux vastes du crural et du droit antérieur, le tendon restant adhérent à la rotule, fléchissement du genou, suture en position, adossement des deux vastes et du droit antérieur au-dessus du tendon.

Trois observations avec de nombreuses figures montrent les résultats immédiats très encourageants obtenus. L'avenir nous dira ce que valent les résultats définitifs.

Cf. — Nouvelle opération pour la maladie de Dupuytren (rétraction de l'aponévrose palmaire). — A. B. GILL. *Ann. of surg.*, août 1919, vol. LXX, n° 2, p. 221.

Système nerveux.

Traitement opératoire des déviations paralytiques du membre supérieur. (A. STEINDLER. *The J. of orth. Surg.*, oct. 1919, vol. XVII, n° 10, p. 608 à 624, 17 figures.) — Dans cet important travail l'auteur laisse de côté la pathogénie des troubles observés pour ne montrer que les moyens de tenter d'y remédier mécaniquement.

Dans l'épaule ballante, l'indication est de pratiquer l'arthrodèse, à condition naturellement (l'auteur oublie de nous le dire) que les muscles moteurs du scapulum, le trapèze en particulier, ne soient pas paralysés.

Le seul point particulier de technique consiste à réinsérer le deltoïde sur l'humérus très en arrière et en poussant la tète de l'humérus en avant, ce qui augmente l'action du trapèze, 4 observations, 3 beaux succès, 1 médiocre.

Dans la discussion qui suivit la communication, les auteurs ne s'entendent pas sur la position à donner à l'humérus arthrodésé : J.T. Rugh veut 20 degrés d'abduction seulement. Les 40 ou 45 degrés classiques et que réclame Winnett Orr sont douloureux par la traction exercée par le bras sur les muscles scapulaires. Mais A. H. Cilley réclame 60 degrés d'abduction avec une projection en avant de 45 degrés pour permettre à la main d'atteindre la face et ne pas donner un trop gros travail au trapèze.

Pour le coude ballant, Steindler préconise l'opération suivante : 1° décollement périosté des muscles épitrochléens et, après flexion, du coude, insertion du lambeau sur l'aponévrose intermusculaire interne du bras, 5 centimètres au-dessus du coude ; 2° décollement des deux radiaux et fixation de la même manière de leur extrémité à l'aponévrose externe, 9 cas, 5 bons, 1 médiocre, 3 mauvais.

Poignet ballant et main tombante. L'auteur, dans ce cas, pratique l'arthrodèse du poignet avec excision partielle du radius et du scaphoïde. Il en résulte non une arthrodèse complète mais une limitation des mouvements entre 30 degrés d'extension et 10 degrés de flexion, 8 cas, 5 paralytiques, 3 spasmodiques : 5 bons résultats, 2 médiocres, 1 mauvais.

Comme complément de cette arthrodèse incomplète Steindler a pratiqué dans 6 cas des transplantations tendineuses. L'association de ces deux operations, à notre su, n'a pas été pratiquée chez nous. Dans 5 cas, il a fait la transplantation du cubital antérieur sur les extenseurs par voie interosseuse ; dans 1 cas, celle du grand palmaire par voie sous-cutanée.

Trois bons résultats, 1 médiocre, 1 mauvais.

Dans la discussion, Cl. L. Starr, H. P. H. Galloway, M. S. Danforth se louent des bons résultats obtenus dans la paralysie radiale par la transplantation seule sans arthrodèse, des grand et petit palmaire et cubital antérieur sur les extenseurs des doigts et du pouce par une technique rappelant celle préconisée chez nous par M. Mauclaire (voir *Gaz. des hôpit.*, 10 avril 1919).

La perte d'extension du pouce dans certaines hémiplégies spasmodiques a été traitée six fois par Steindler, par la méthode de Mayer et Biesalski (renforcement de l'action de l'extenseur du pouce par suture de l'extenseur de l'index), 6 cas, 5 bons résultats, 1 médiocre.

Les mains en griffe par contracture ont été traitées soit par des plasties des fléchisseurs, soit surtout par l'emploi de l'attelle de redressement de Robert Jones, bien connue, décrite et figurée par Steindler.

L'auteur insiste à juste titre sur l'amélioration des résultats fonctionnels quand ces diverses opérations sont associées l'une à l'autre si elles sont indiquées : le coude se fléchira mieux si l'épaule a été arthrodésée, les doigts s'allongeront mieux si le poignet a été fixé par l'arthrodèse et le coude fléchi.

Le traitement chirurgical de la griffe cubitale. (R. LEFORT. *Presse médicale*, 1919, n° 42, p. 414-415, 4 fig.) — L'extenseur commun des doigts, bien que s'insérant sur les trois phalanges des doigts, agit presque exclusivement comme extenseur sur la première phalange. Il est en effet sur la tête de celle-ci bridé par des expansions de l'aponévrose palmaire qui limitent son action. Ce sont les interosseux et lombricaux qui relèvent les deux dernières phalanges quand celles-ci sont paralysées. L'extenseur n'agit plus que sur la première phalange qui se met en hyperextension tandis que les deux dernières se fléchissent (griffe cubitale). Dans un cas, l'auteur a eu l'idée de supprimer l'insertion de l'extenseur à la première phalange, les brides palmaires, l'insertion des interosseux. L'extension des premières phalanges est ainsi assurée et la griffe supprimée.

Cf. — Paralysie spasmodique chez l'enfant. — J. GROSSMAN. *Med. Record*, New-York 1919, vol. XCVI, n° 11, p. 453.

Traitement opératoire des paralysies spasmodiques. — ANSAPT. *Arch. esp. de ped.*, avril 1919, vol. III, n° 4, p. 202.

Les différentes opérations tendineuses pour remédier aux paralysies radiales définitives, partielles ou totales. — MAUCLAIRE. *Revue d'orthop.*, avril 1919, n° 5, 26e année, p. 413-433, 3 fig.

Même sujet. — Vernon PERCUELL. *The Brit. med. Journ.*, Londres, 7 juin 1919, n° 3049.

Même sujet. — JARKOWSKI et ACHARD. *Revue de neurol.*, avril 1919, vol. XXVI, n° 4, p. 283.

Même sujet. — E. HENNINGSEN. *Hospitalstidende*, Copenhague, 23 juillet 1919, vol. LXII, n° 30, p. 881.

Transplantation tendineuse pour la paralysie des interosseux dorsaux. — L. G.-TEECE. *Med. Journ. of Australia, Sydney*, 9 août 1919, vol. II, n° 6, p. 131.

Maladies par troubles de la nutrition et sécrétions internes.

Absence de consolidation après les ostéotomies correctrices des déformations du tibia. (Emil S GEIST. *The J. of orthop. Surgery*, vol. XVII, n° 9, sept. 1919, p. 527-530.) — Chez des enfants de deux ans et demi, l'auteur pratiqua une ostéotomie du tibia pour une inflexion antérieure congénitale de l'os.

Malgré une succession d'appareils la consolidation ne se fit pas et on assista à la résorption des deux bouts. Wassermann négatif. Extraits glandulaires sans effet. Une greffe selon la technique d'Albee reste sans résultat. A sept ans et demi, l'enfant garde sa pseudarthrose.

Sur un homme de trente ans, solide, sportif, qui désirait être soldat, on pratique l'ostéotomie des deux tibias pour une double incurvation de cet os. Il en résulte une double absence de consolidation. Wassermann négatif. La greffe d'Albee fut ici couronnée de succès.

Dans la discussion qui suivit cette communication des cas analogues furent rapportés par J. T. Rugh (2 cas), H. P. A. Galloway (2 cas), W. Truslow (1 cas), R. Hammond (1 cas). Il en ressort que ces faits ne sont donc pas si rares qu'on pourrait penser. Leur cause reste encore inconnue et appelle de nouvelles recherches.

Les auteurs ont surtout invoqué des troubles de sécrétion interne, l'insuffisance du phosphate de chaux dans l'organisme ; enfin certaines conditions locales : le tiers supérieur du tibia est très peu vascularisé, la scie altère beaucoup plus la vitalité du tissu osseux que le ciseau.

Cf. — Rachitisme, rachitisme tardif, ostéomalacie. — E. LOOSER. *Corresp. Blatt. f. Sch. Ærzte*, Bâle, 17 juillet 1919, vol. XLIX, n° 29, p. 1065.

Lésions statiques. Déviations

Cf. — Traitement de la scoliose. — E. Estor. *Revue d'orthop.*, avril 1919, 26e année, n° 5, p. 389-395, 4 fig.
Traitement de l'hallux valgus. — E. Juvara. *Presse méd.*, 17 juillet 1919, vol. XXVII, n° 40, p. 395.

Fractures. Luxations.

Les pieds plats traumatiques. (F. Masmonteil, *Revue d'orthopédie*, 26e année, n° 5, avril 1919, p. 457-475, 8 fig.) — L'auteur expose d'abord les diverses descriptions de l'anatomie normale du pied. Il adopte les idées exposées par Destot dans son bel ouvrage (Traumatismes du pied et Rayons X, 1911). La voûte plantaire est formée de deux arches : une arche postérieure formée par le calcanéum, une arche antérieure formée par les métacarpiens; la clef de voûte est représentée par le cuboïde. L'astragale en superstructure répartit les forces que lui transmet le pilon, et pris comme un tenon dans une mortaise maintient l'équilibre. Les forces transmises par la colonne tibiale tombent non au centre mais en arrière et en dehors du centre de la poulie astragalienne. La pression se transmet surtout à la partie externe de la voûte qui est en contact avec le sol.

S'il y a une fracture d'un os de la voûte plantaire celle-ci s'affaisse : pied plat par effondrement; si une fracture brise la pince malléolaire externe, la pression tibiale reportée en dedans renverse la coupole du pied : pied plat par éversement.

L'auteur, s'appuyant sur les travaux de Tanton (Fractures du membre inférieur, 1916) et ses propres constatations, passe en revue les variétés qui composent chaque groupe.

Le pied plat par éversement est toujours un pied valgus, on peut le voir dans les fractures de la malléole externe, les bimalléolaires, le diastasis tibio-péronier, la fracture de Dupuytren compliquée ou lors de fragment tibial postérieur ou antérieur, de fracture de Maisonneuve.

Il montre combien ce déplacement peut compliquer certaines fractures bénignes en apparence, d'où l'importance de la réduction des fractures malléolaires.

Dans les fractures récentes la réduction sanglante, après échec de réduction simple, s'impose avec tissage des fragments. Dans les fractures anciennes une discussion récente de la Société de chirurgie a montré que les préférences allaient à l'astragalectomie qui donne des résultats supérieurs à la résection tibio-tarsienne.

Le pied plat par effondrement est d'ordinaire direct, sans valgus. Il peut suivre toutes les fractures du calcanéum, celles qui intéressent la tubérosité étant les plus bénignes, celles qui atteignent la partie moyenne et antérieure traversant des articulations disloquent la voûte. Il en résulte des troubles persistants de la marche.

Les luxations, ou fracture des métatarsiens avec déplacement vers la voûte, donnent un pied plat très douloureux.

Les luxations médio-tarsiennes totales, ou à type scaphoïdien, sont plutôt bénignes.

Les fractures par télescopage astragalo-scaphoïdien donnent un pied plat valgus avec douleurs persistantes. Tous ces effondrements seront améliorés par le port d'une chaussure orthopédique. Dans les cas récents une intervention adhéquate rendrait les plus grands services. Aussi convient-il en cas de chute sur les pieds de faire toujours une radiographie qui permettra un diagnostic précoce.

La maladie de Kohler, affection du scaphoïde tarsien chez l'enfant. (F. W. O'Brien. *Boston med. and surg. J.*, 17 avril 1919.) — Revue complète de la question avec radios. L'étiologie est discutée (ostéite traumatique, fracture du noyau d'ossification). Les symptômes (gêne fonctionnelle) ne permettent pas le diagnostic qui ne peut être établi que par une radiographie des *deux* pieds. On voit le scaphoïde plus petit, plus noir, sans structure visible, que l'os sain. La guérison spontanée est la règle, quel que soit le traitement.

Le traitement ambulatoire des fractures du col du fémur. (F. H. Bradford. *The J. of orth. surg.*, août 1919, vol. XVII, n° 8, p. 465-68). — L'auteur expose les raisons bien connues qui militent en faveur de ce traitement surtout chez les vieillards : danger du séjour au lit, mauvais résultats, suite d'une longue immobilisation (enraidissement par adhérences périarticulaires, atrophie musculaire). Le tout est de trouver un appareillage bien supporté. Bradford emploie une attelle métallique à abduction et traction qu'il ne décrit pas mais qui est certainement le « Thomas's hip splint » que nous avons tous employé pendant la guerre pour les fractures ouvertes du fémur. Il s'en est fort bien trouvé pour le traitement ambulatoire des fractures du col, et à titre d'exemple voici le résumé de l'observation d'une femme de 65 ans : fracture le 18 février 1918, pose de l'appareil le 3e jour, la malade s'assied dans le lit le 10e jour, sur une chaise longue le 17e, se tient debout le 22e, marche avec des béquilles le 50e, la traction est enlevée le 55e, le 70e jour elle enlève l'attelle la nuit, et tout à fait le 88e. La restauration fonctionnelle est complète, le raccourcissement nul.

Notons que l'appui véritable sur l'ischion n'a débuté que le 40e jour et avec des béquilles. Il est donc relatif et tardif. Cet appui sur l'ischion, avec le Thomas' splint serait mal toléré l'appareil glissant et tendant à remonter d'après Hardouin, de Rennes (Soc. de chir., Paris, 1918) et il conviendrait de compléter l'appareil par une ceinture plâtrée pelvienne qui le tiendrait immobile.

Nous rappelons pour mémoire le vissage et enchevillement du col du fémur dans les fractures et les travaux du Pr Delbet sur le sujet, résumés dans la thèse de Marchak (Paris, 1918).

Etude clinique et expérimentale sur la fracture de la clavicule. (Pr A. Catterina. *La chirurgia degli org. di movimenti*, vol. III, f. 1, février 1919, p. 1 à 19, 3 fig.) — De 2 observations personnelles (une suture et un cas de fracture double), et d'une étude expérimentale faite sur le cadavre il a conclu, qu'aucun appareil ne garantit la contention parfaite des fragments après réduction.

Il faut proscrire les méthodes tenant le bras en abduction et rotation interne. Il faut l'abduction et la rotation externe. (Méthode de Klapp.)

L'auteur est volontiers partisan de la suture au fil d'argent avec anesthésie locale. Cet article est passible de nombreuses critiques : l'expérimentation sur le cadavre ne prouve rien car elle élimine le facteur capital du déplacement, la contracture musculaire.

L'auteur oublie qu'il est démontré que la position de Couteaud (épaule portée en arrière et en haut par le poids du bras pendant hors du lit) réduit complètement la fracture. M. Ombrédanne d'autre part a montré, depuis 1911, que cette position est facile à maintenir dans un plâtre.

D'autre part la suture est impraticable chez la femme à cause de la cicatrice qu'elle laisse. D'ailleurs le vissage oblique selon la technique de Lambotte laisse une cicatrice encore plus minime que celle exigée pour la ligature au fil d'argent que pratique l'auteur.

Un appareil simple pour le traitement des fractures de la clavicule. (Russell. L. Hodge. *The J. of orthop. Surgery*, vol. XVII, n° 7, juillet 1919, p. 439-441, 4 figures.) — L'appareil, très simple, se compose d'un grand T en bois solide, dont la barre transversale est fixée aux épaules comme le sac d'un soldat. La face antérieure du creux axillaire est garnie de feutre et les bandes serrées vigoureusement. La tige verticale est soulevée, on pose sur les apophyses épineuses dorsales un gros feutre, puis on applique la barre verticale sur le dos avec un bandage de corps serré. Les épaules sont ainsi rejetées en arrière et en haut. D'après cette position (celle de

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Formulaire thérapeutique, par G. LYON, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, et P. LOISEAU, ancien préparateur à l'Ecole supérieure de pharmacie. 11e édit. conforme au Codex de 1908. Un vol. in-12, de 818 p., tiré sur papier très mince, relié souple. — Prix : 16 fr. net. — Paris, Masson et Cie.

Examens de laboratoire du médecin praticien, par le docteur GUY-LAROCHE. Préface du professeur CHAUFFARD. Un vol. de 412 p. et 117 fig., dans le texte et hors texte. — Prix : 15 francs net. — Paris, Masson et Cie.

Le Loyer du médecin, par R.-M. PETIT, avocat à la Cour d'appel de Paris. Un vol. in-8°, 1919. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, A. Maloine et fils.

200 Consultations médicales pour les maladies des enfants, par le Dr COMBY, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades. 5e édit. In-16 de 384 p. — Prix : 5 fr. (majorat. provis. de 10 p. 100 en sus). — Paris, Masson et Cie.

Couteaud), il est vraisemblable que la réduction doit s'effectuer.

Cf. — Luxation traumatique et latérale de la deuxième vertèbre lombaire, réduction par tractions divergentes sous anesthésie générale. — GUYOT et MAUCLAIRE. *Revue d'orthop.*, avril 1919, 26e année, n° 5, p. 396-403, 5 fig.

Lésions traumatiques de l'atlas et l'axis. — A. W. GEORGE. *Boston med. and. surg. Journ.*, 11 oct. 1919, vol. LXXIII, n° 15, p. 1160.

Appareillage pour les fractures de la clavicule. — H. A. ROYSTER. *Ann. of surg.*, oct. 1919, vol. LXX, n° 4, p. 474.

Nouvel appareil pour les fractures de la clavicule. — A. LEGRAND. *Journ. de méd. de Paris*, mai 1919.

Fracture et luxation de la tête humérale. — C. F. PAINTER. *Ann. of surg.*, août 1919, vol. LXX, n° 2, p. 469.

Contribution à la cure de la luxation récidivante de l'épaule. — P. BOSSI. *Arch. di orthop.*, Milan 1919, 35e année, fasc. 1, p. 72-78.

Fractures du semi-lunaire. — A. MOUCHET et R. PILATTE. *Revue d'orthop.*, sept. 1919, t. VI, n° 6, p. 521-537, 5 fig.

Emploi de l'appareil à extension de Allen dans les fractures du bassin. — E. T. NEWELL. *Intern. Journ. of surg.*, sept. 1919, vol. XXXII, n° 9, p. 287.

Fracture de l'acétabulum avec déplacement intrapelvien de la tête fémorale. — M. M. PEET. *Ann. of surg.*, sept. 1919, vol. LXX, n° 3, p. 296.

Luxation centrale de la tête fémorale avec fracture du cotyle. — Dante FERRARO. *Ann. di med. naval e colonial*, Rome, nov.-déc. 1918, 24e année, vol. II, fasc. 5-6.

Luxation centrale du fémur. — FRŒLICH. *Revue d'orthop.*, déc. 1918, 26e année, n° 4, p. 302-333, 4 fig. A propos de deux cas personnels l'auteur fait une revue complète de la question (18 obs., bibliographie, 25 ouvrages cités).

Fractures du fémur. — F. C. AGUILAR. *Arch. esp. de ped.* Madrid, juin 1919, vol. III, n° 6, p. 321.

Luxation frontale externe de la rotule. — J. MURARD. *Revue d'orthop.*, avril 1919, 26e année, n° 5, p. 435-439, 2 fig.

Du traitement des fractures fermées du tibia, exception faite pour les fractures du plateau tibial (modification à la méthode de Delbet). — H. COSTANTINI. *Presse méd.*, 4 sept. 1919, n° 49, p. 493, 4 fig.

Le décollement traumatique de l'épiphyse inférieure du tibia. — J. QUEFFEULON. *Th. de Paris*, 1918-1919.

Amputations. Résections.

Les résultats des résections d'après une observation de vingt années (1898-1918) à la consultation orthopédique du Bureau central. (E. KIRMISSON. *Revue d'orthopédie*, vingt-sixième année, n° 6, sept. 1919, p. 485-519, 29 figures.) — Ce travail présente un grand intérêt parce qu'il repose sur des observations de malades vus de longues années après la résection et permet de juger des résultats très éloignés

Ceux-ci ne sont pas brillants.

Les résections pratiquées chez l'enfant, comme il fallait s'y attendre, donnent des résultats déplorables par suite de l'arrêt de développement qu'elles entraînent. Chez les adultes âgés le succès n'est pas meilleur, mais là à cause du mauvais état de la musculature, c'est donc chez l'adolescent et l'adulte jeune que la résection conserve un membre vraiment utile. La résection suivie d'ankylose donne des résultats orthopédiques supérieurs à la résection suivie de néarthrose. Celle-ci, au genou en particulier, entraîne à la longue des attitudes vicieuses.

Il y a donc lieu de tenir compte : 1° de l'âge; 2° de l'état antérieur de la musculature qui doit être suffisante sans quoi la résection laissera un membre inutilisable sans appareil; 3° si l'on recherche la récupération des mouvements, il est indispensable de maintenir longtemps la bonne direction du membre par un appareil articulé.

On peut critiquer les conclusions un peu pessimistes de cet article en faisant remarquer qu'à une consultation faite pour délivrer les appareils de prothèse, on ne doit forcément voir que les mauvais résultats. Tous les bons, tous ceux qui n'ont pas besoin d'appareillage n'y viennent pas. L'examen du chiffre des observations le prouve. En vingt ans, on a vu 118 réséqués du genou, 42 de la hanche, 19 du coude, 20 du tarse, 2 du poignet. Il est évident que le nombre des réséqués du coude et du poignet à Paris et à Berck (d'où les malades reviennent à Paris) a dû être 10 ou 20 fois supérieur aux chiffres ci-dessus, ce qui nous indique qu'au moins pour ces deux articulations les résultats orthopédiques des résections sont excellents.

La résection selon la méthode d'Obælinski dans les arthrites purulentes du tarse. (UFREDUZZI et SERAFINI. *La chirurgia degli org. del movimento*, vol. III, fasc. I.) — L'auteur a employé trois fois cette méthode avec de bons résultats fonctionnels.

On incise le troisième espace interosseux, l'articulation entre le troisième et quatrième métacarpien, puis celle entre le troisième cunéiforme et le cuboïde, et enfin celle entre le cuboïde et le scaphoïde. Le pied s'ouvre sur un angle large qui a pour sommet l'interstice de Chopart. Si la tibio-tarsienne est intéressée, on prolonge l'incision dorsale et pratique l'astragalectomie. Par cette ouverture on évide et draine les foyers purulents du tarse. Quand l'infection est éteinte, on rapproche les deux moitiés du pied et on les fixe dans une botte plâtrée.

Cf. — Complications dans les moignons d'amputation. — E. M. LITTLE. *Journ. of orth.-surg.*, août 1919, vol. I, n° 8, p. 457-458.

Les amputations et les moignons d'amputation. — FORBES. *Med. Council*, Philadelphie, oct. 1919, vol. XXIV, n° 10, p. 761.

Les amputations cinématiques. Rapport de GALLIE et GUNN sur une mission en Italie, *Canadian med. Ass. Journ.*, août 1919, vol. IX, n° 8, p. 694.

Traitement des amputations récentes du membre inférieur. — C. CARL. *New-York State Journ. of med.*, 1919, vol. XIX, n° 9, p. 339-343.

Amputations kinéplastiques. — M. Fit-Maurice KELLY. *The Lancet*, Londres, 16 août 1919, t. CXVII, n° 5007.

Sur un cas de résection ostéoplastique bilatérale de Wladimiroff-Mikulicz. — U. CAMERA. *La Chir. degli org. di movim.*, sept. 1919, vol. III, fasc. 4, p. 401-406, 3 fig.

Opérations plastiques pour la main et les doigts, revue générale. — R. ALLESSANDRI. *La Clin. chir.*, mars 1919, n° 24, fasc. 3, p. 280-294, 30 fig.; Id., mai 1919, fasc. 5, p. 551; Id., août 1919, fasc. 8, p. 945-947.

Instrumentation. Prothèse.

Cf. — Organe d'attache pour la prothèse de travail du membre supérieur. — V. PUTTI. *La Chir. degli org. di movim.*, Bologne, 1er fév. 1919, vol. III, fasc. 1, p. 122-130, 15 fig.

Nouvelle contribution à l'étude des amputations partielles de la main considérées dans leur rapport avec la prothèse. — F. DELITALA. *La Chir. degli org. di movim.*, Bologne, fév. 1919, vol. III, fasc. 1, p. 115-122, 11 fig. Suite d'articles dans la même revue, 6 déc. 1917, nos 4-5.

Appareil de prothèse pour le coude ballant. — F. M. CHAMBERS. *Military surg.*, oct. 1919, vol. XLV, n° 4, p. 440-445.

Prothèse pour amputation ostéoplastique bilatérale de Wladimiroff-Mikulicz. — A. SERRA. *La Chir. degli org. di movim.*, sept. 1919, vol. III, fasc. 4, p. 409-410, 4 fig.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 15 francs par an. Étudiants étrangers, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 6 fr. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins 19-52*

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 7 janvier. — Question donnée : « Signes et diagnostic de l'ascite. »

MM. Isaac (Georges), 16; Hamel, 12; Henriot, 11; Hillemand, 19; Helme, 10; Giet, 13; Gallois, 15; Goldeman, 12; Fumery, 8; Guyonnaud, 15; Guilleminot, 12; Fortier, 14; Ferrier et Gourdin-Serventière, 15; de Fresquet, 13; Godeau, 10; Galand, 13; Frogé, 11; Goguel, 8.

Séance du 9 janvier. — « Signes et diagnostic du rétrécissement mitral. »

MM. Fabre, Bonnafous et Ferraris, 11; Faure, 17; Moret, 12; Marteret, 12 1/2; Mordret, 14; Regnard, 11; Perlis (Jules) et Olivier, 14; Mérot, 16; Menuau, 11; Peronne, 14; Nivault, 9; Ragiot, 10; Oury, 18 1/2; Paychère et Mornet, 14; Perboyre, 9; Pierrot, 14.

Prochaine séance, 11 janvier, à neuf heures.

Il n'y aura pas de séance lundi.

Anatomie. — Séance du 8 janvier. — Question donnée : « Surface articulaire et moyens d'union de l'articulation tibio-tarsienne. »

MM. Saint-Aubert, 11; Vincent, 10; Tessier, 9; Teurnier et Trotot, 15; Vildrin, 18; Yver, 17; Sauvageot, 13; Vidal, 10; Seligman (André), 18; Souron et Soulas, 13; Vernholes, 11; Thoumas, 9; Ripert, 18; Thomas (Jules), 15; Thomas (Marcel), 17 1/2; Risacher et Vérin, 16.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le Conseil de la Faculté vient de désigner pour la chaire vacante de pathologie et thérapeutique générales : en première ligne, M. Marcel Labbé; en deuxième ligne, M. Macaigne.

M. Marcel Labbé a été nommé par 38 voix sur 39 votants.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — MM. Dufour, médecin en chef de deuxième classe de la marine, et Rolland, médecin principal de réserve. (*J. O.*, 21 oct. 1919.)

Au grade de chevalier. — MM. Vialard, Dupuy, médecins de première classe de la marine. (*J. O.*, 21 oct. 1919.)

(A titre posthume.)

M. Clottes (Charles), médecin de troisième classe auxiliaire : disparu avec son bâtiment, torpillé par un sous-marin ennemi en accomplissant son devoir militaire. Cet officier a été cité à l'ordre de l'armée à l'occasion de sa mort. (*J. O.*, 12 oct. 1919.)

M. Gohier (Maurice), médecin sous-aide-major de deuxième classe : sous-aide-major de deuxième classe dévoué et consciencieux; ayant le mépris du danger. A été tué en remplissant ses fonctions, le 1er mars 1915, à Vendresse, au cours d'un bombardement. Croix de guerre avec palme. (*J. O.*, 17 oct. 1919.)

M. Vichet (Henri), médecin aide-major : au front depuis le 1er novembre 1914, a pris part, d'abord comme médecin auxiliaire, puis comme médecin aide-major, à tous les combats livrés par le régiment et s'est, en toutes circonstances, fait remarquer par le zèle et le dévouement les plus absolus dans les soins qu'il a prodigués aux blessés jusqu'en première ligne. A notamment assuré d'une façon remarquable, pendant la période du 8 au 17 mars 1916, les évacuations de tous les blessés, malgré les rafales d'un bombardement des plus violents. Avait été blessé une première fois en juin 1915. A été tué, le 30 mars 1916, par une bombe d'avion ennemi. A été cité. (*J. O.*, 17 oct. 1919.)

M. Robert (Lucien), médecin très brave et très consciencieux. Tué le 13 juillet 1915, en assurant l'évacuation des blessés sous un violent bombardement. Croix de guerre avec palme. (*J. O.*, 18 oct. 1919.)

M. Mazillier, médecin-major de première classe, chef de service, médecin-major d'un dévouement absolu et de haute valeur. Mort glorieusement pour la France, le 25 octobre 1914, des suites de blessures reçues en soignant les blessés à son poste de secours violemment bombardé. Croix de guerre avec palme. (*J. O.*, 18 oct. 1919.)

M. Bech (Pierre), médecin aide-major de deuxième classe : médecin aide-major ayant en toutes circonstances fait preuve d'un dévouement et d'un courage exemplaires. Tombé glorieusement pour la France devant Auberive; le 6 juillet 1915. Une citation antérieure. Croix de guerre avec palme. (*J. O.*, 18 oct. 1919.)

M. Lecerf (Jean), médecin aide-major : jeune médecin très courageux et d'un dévouement absolu, praticien de haute valeur, homme pénétré au plus haut point du sentiment du devoir. N'a cessé depuis le 2 août 1914, de témoigner le plus grand dévouement en se prodiguant pour donner ses soins aux blessés dans des circonstances souvent difficiles. Glorieusement tombé, le 29 octobre 1916, en se portant en avant sur des positions nouvellement conquises. A été cité. (*J. O.*, 18 oct. 1919.)

M. Villard (René), médecin aide-major de première classe : médecin d'une bravoure légendaire au régiment : exemple vivant de l'esprit de sacrifice. A demandé à partir à l'assaut avec la première vague. Ayant vu tomber deux hommes à quelques mètres d'une mitrailleuse ennemie qui tirait encore, s'est précipité vers eux et les a pansés sous les balles. Mort victime de son dévouement. A été cité. (*J. O.*, 18 oct. 1919.)

M. Carpanetti, médecin-major de deuxième classe : médecin-major d'un grand courage et d'un dévouement sans borne. Déjà deux fois cité pour sa belle conduite devant l'ennemi. Glorieusement tombé au champ d'honneur, le 21 juillet 1918, près de Soissons. Trois blessures. Croix de guerre avec palme. (*J. O.*, 30 oct. 1919.)

M. Bertrand (Marcel), médecin aide-major de première classe : d'un dévouement et d'un zèle au-dessus de tout éloge. A organisé dans le secteur des Marquises le fonctionnement des P. S. avancés et abris de l'infirmerie régimentaire. D'une activité inlassable, n'a pas hésité à parcourir plusieurs fois par jour les tranchées de première ligne, veillant personnellement au bon fonctionnement des services dont il avait la direction. A été mortellement atteint par un obus, le 12 avril 1917, dans le secteur de Prosnes. Une citation antérieure. Croix de guerre avec palme. (*J. O.*, 16 nov. 1919.)

M. Reubsaet (André), médecin aide-major : médecin zélé et consciencieux. Frappé mortellement en se rendant au poste de secours à proximité de la ligne de feu, le 27 novembre 1914. A été cité. (*J. O.*, 20 nov. 1919.)

M. Guyot (Louis), médecin aide-major : médecin dévoué, consciencieux et brave. Mortellement frappé, le 16 avril 1917, en gagnant le poste de secours du bataillon. A été cité. (*J. O.*, 26 nov. 1919.)

M. Mangini (Lucien), médecin aide-major de deuxième classe : par son dévouement et son abnégation, a fait l'admiration de tous. Est mort glorieusement à son poste de secours, à 200 m. des lignes ennemies, le 18 avril 1916. A été cité. (*J. O.*, 27 nov. 1919.)

M. Bourgeon (Ernest), médecin aide-major de deuxième classe : a assuré depuis fin septembre 1915, les fonctions de médecin chef de service au troisième groupe, faisant preuve en maintes circonstances d'un zèle et d'un dévouement absolus. En mai 1916, a été cité à l'ordre du régiment en Champagne, pour le dévouement dont il a fait preuve au moment d'une forte attaque par les gaz. Tué à son poste de combat, le 2 novembre 1916, par un obus de gros calibre qui a bouleversé son abri. (*J. O.*, 29 nov. 1919.)

M. Madamet (Armand-Pierre-Alfred), matricule 7842, médecin aide-major de première classe territoriale au groupe de brancardiers du 21e corps d'armée : officier d'une présence d'esprit et d'un sang froid remarquables; au cours d'un bombardement par avions, le 29 juillet 1918, a réussi par son courage, à imposer le calme parmi son personnel, évitant ainsi des pertes sérieuses. A été grièvement blessé pendant ce bombardement. Une citation. Croix de guerre.

M. Donato (Jean-François), matricule 1520, médecin aide-major de deuxième classe de réserve à la 4e batterie du 108e régiment d'artillerie lourde : médecin d'une conscience et d'un courage remarquables, assurant son service d'une façon digne d'éloges dans les circonstances les plus difficiles. S'est particulièrement distingué, le 19 avril 1917, près de Fleury devant Douaumont, en organisant un poste de secours sous un bombardement intense. Croix de guerre. (*J. O.*, 16 déc. 1919.)

CITATIONS A L'ORDRE DE L'ARMÉE. — MM. les docteurs :

Le Bourdelles (Auguste-Charles-Bernard), médecin-major de deuxième classe au 121e bataillon de chasseurs à pied : officier du service de santé, véritable modèle de dévouement et exemple vivant de bravoure. Au cours du combat du 11 juin, et les jours suivants n'a cessé de parcourir le champ de bataille pour assurer les soins aux blessés et assurer leur évacuation, galvanisant son personnel et en obtenant le maximum. N'a cessé, depuis le début de la campagne, de rendre les plus éminents services. Type achevé de l'homme de devoir. Quatre citations. Deux blessures. (*J. O.*, 5 déc. 1919.)

Leduc (Jean-Paul), médecin-major de deuxième classe au 114e régiment d'infanterie : a assuré sous le feu de l'ennemi avec un beau courage et un complet esprit de sacrifice la relève et l'évacuation des blessés. Atteint, le 11 juin, d'un éclat d'obus à la cuisse se l'est fait extraire, est resté à son poste et a continué à parcourir la ligne de bataille pour vérifier l'exacte exécution de ses ordres et donner ses soins aux blessés. A été mortellement frappé, le 13 juin 1918, dans un village en faisant évacuer sous le bombardement un poste de secours incendié. Laisse au régiment non seulement la réputation d'un médecin plein de dévouement mais aussi celle d'un beau soldat français. (*J. O.*, 5 déc. 1919.)

FERMETURE DE L'ÉCOLE DE RÉÉDUCATION DE « MAISON-BLANCHE ». — L'école de « Maison-Blanche » pour la rééducation professionnelle des amputés de la guerre, fondée il y a plus de trois ans par l'*Union des colonies étrangères*, vient de fermer ses portes. Elle était dirigée par le médecin-major Hubert Kresser, assisté de M. Louis Asscher, vice-président de l'Union à la tête de laquelle était M. Walter Berry. Plus de trois mille amputés furent rééduqués et réadaptés à près de vingt professions diverses.

STATISTIQUE MUNICIPALE DE LA VILLE DE PARIS. — On a enregistré pendant la 52e semaine, 878 décès, au lieu de 824 pendant la semaine précédente et au lieu de 915, moyenne ordinaire de la saison.

La scarlatine a causé 3 décès (moyenne 1); cas nouveaux signalés 150, au lieu de 171 pendant la semaine précédente (moyenne 69).

On signale 55 cas de diphtérie, au lieu de 68 pendant la semaine précédente (moyenne 49). Il n'y a pas eu de décès.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 174 décès (moyenne 164).

7 décès ont été attribués à la grippe.

Il y a eu 2 décès par méningite cérébro-spinale épidémique; 3 cas nouveaux ont été signalés.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU. — DIAGNOSTIC, EXPERTISE ET THÉRAPEUTIQUE PRATIQUES DES SÉQUELLES NERVEUSES DE GUERRE. — Le 26 janvier 1920, à neuf heures, s'ouvrira à l'Hôtel-Dieu, amphithéâtre Trousseau, un cours de revision destiné surtout aux médecins praticiens et aux experts des centres de réforme, sous la direction de M. Maurice Villaret, assisté de MM. Wiart, Descomps, Coutela, Guilleminot, Durey, Dausset, Dufourmentel, Dumont, Deval et Comandon.

Ce cours aura lieu en trente-six leçons. Droit : 150 francs. S'inscrire au secrétariat de la Faculté, guichet 3.

— Pendant l'année scolaire 1919-1920 auront lieu à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu :

1° Deux cours de perfectionnement :

a. L'un sur les maladies du foie et du pancréas, avril-mai 1920;

b. L'autre sur les maladies du tube digestif, juin 1920.

2° Deux cours de revision :

a. L'un sur les séquelles nerveuses de guerre, janvier-février 1920;

b. L'autre de clinique pratique et d'application des méthodes de laboratoire au diagnostic, octobre 1920.

REVUE GÉNÉRALE

RAGE

SYMPTOMES. DIAGNOSTIC. TRAITEMEMT & PROPHYLAXIE

Par René PORAK.

La rage a été en augmentation constante sur toute l'étendue du territoire français, pendant la guerre de 1914 à 1919. A Paris, par exemple, en 1916, on a constaté 62 cas de rage, alors qu'en 1918 on en signalait 411. Durant chacun des premiers mois de 1919, plus de 50 cas ont été enregistrés (1). La méthode de traitement et les moyens de prophylaxie contre la rage du chien, dont les règles ont été établies par Pasteur, n'ont donc pas été appliqués assez exactement et il nous a paru d'actualité de résumer les traits caractéristiques de la rage humaine et les principes généraux de la prévention contre la rage, tels qu'ils se dégagent des travaux de Pasteur et de Roux.

PREMIÈRE PARTIE

ÉTUDE CLINIQUE DE LA RAGE

*
* *

SYMPTÔMES DE LA RAGE CHEZ L'HOMME

I. **Incubation.** — Comme toute maladie infectieuse, la rage ne se déclare qu'après une période d'incubation. D'anciens auteurs signalaient des cas de rage deux à quatre jours après la morsure : la critique de ces observations montre qu'il s'agissait ou bien d'hydrophobie nerveuse chez un sujet craignant la rage ou d'une erreur de diagnostic avec le tétanos. Dans toute observation certaine de rage, l'incubation dure au moins dix jours. Le délai le plus court s'observe en cas de morsures multiples et profondes de la face et après morsure de loup. Parmi les 23 observations prises à l'hôpital Pasteur :

1 fois la rage s'est déclarée au 10e jour
3 — du 10e au 15e jour
3 — du 15e au 20e —
3 — du 20e au 25e —
4 — du 25e au 30e —
3 — du 30e au 35e —
3 — du 35e au 45e —
1 — le 3e mois
1 — le 9e mois

Il y a des exemples d'incubation plus retardée encore. Cadet de Gassicourt signale un cas un an après la morsure, et Chantemesse un autre vingt-six mois après ; dans ce dernier cas, le malade a refusé le traitement complet et l'on peut admettre qu'une immunité partielle a contribué à augmenter le temps d'incubation. Colin cite, enfin, 2 cas quatre et cinq ans après une morsure.

II. **Prodromes.** — Bien que la cicatrisation de la morsure se fasse d'une façon normale, des phénomènes locaux, objectifs et subjectifs, annoncent le début de la rage. La cicatrice se gonfle et rougit; au pourtour une sensation prurigineuse, ou un engourdissement, avec refroidissement des téguments se manifeste.

Les prodromes les plus significatifs sont les modifications du caractère et des facultés psychiques. Plus de quinze jours avant les premiers accidents, l'entourage constate des modifications du caractère dans un sens ou dans l'autre : humeur caressante, affection maladive ou au contraire colère, emportement, véritable agitation avec délire. Tous ces malades présentent une tendance à la tristesse : ils recherchent la solitude et fuient leurs distractions habituelles. Chez une de mes petites malades, de grands yeux, hagards et tristes, s'attachant au visiteur avec une fixité troublante, annonçaient seuls le dénouement fatal. Chez un autre malade, la céphalée, l'agitation et le refus de manger ouvrirent la scène. Tantôt des vomissements, tantôt, enfin, des suffocations et l'hydrophobie existent dès le début de la maladie. Enfin des fugues ont été signalées.

Ces différents signes correspondent à une culture du virus rabique dans un territoire déterminé du système nerveux.

III. **Période d'hydrophobie et de fureur.** — 1° *Spasme du pharynx, hydrophobie et aérophobie.* — La deuxième période de la rage est caractérisée par l'excitabilité anormale du système nerveux spécialement dans la sphère d'innervation bulbo-protubérantielle d'où les spasmes et le plus caractéristique d'entre eux, le spasme du pharynx accompagné d'un sentiment d'horreur des liquides, l'hydrophobie; celle-ci est atténuée au début; le malade a du dégoût pour l'eau, mais il arrive à boire et le spasme est très atténué. Plus tard, le malade prend toute boisson en horreur et il refuse de boire ; parfois encouragé par les personnes qui l'entourent, il saisit un verre d'eau, l'approche et l'éloigne plusieurs fois des lèvres ; puis avant ou pendant le contact du verre avec les lèvres, le spasme du pharynx le terrifie : les yeux se fixent, les traits se contractent et tout le corps se crispe, la respiration s'arrête. Après quelques secondes, le calme se rétablit. Pareille crise se reproduit à toute tentative de boire. Les réactions du malade sont variables à la suite de la crise; souvent il s'assoupit et son regard seul exprime encore une inquiétude caractéristique. L'une de nos malades présentait après la crise un état d'agitation caractérisé par une contorsion des membres et par un arc du tronc rappelant l'arc hystérique. Dans d'autres cas, la crise reste atténuée pendant toute l'évolution de la rage ; Roger cite l'observation d'un malade qui pouvait boire à condition de détourner les yeux.

En règle générale, l'hydrophobie est atténuée au début et les crises de spasmes sont de courte durée. Peu à peu les crises augmentent de durée et se rapprochent parfois au point de créer un véritable état de mal.

Au début le mouvement de déglutition provoque le spasme pharyngé, puis il suffit de voir, d'entendre verser un liquide, ou même de penser au liquide pour déclencher le spasme... Les causes occasionnelles les plus diverses provoquent le spasme

---

(1) Louis Cruveilhier. *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, t. XLI, n° 9, sept. 1919, p. 824.

rabique, à la fin de la maladie. L'un de nos malades eut une crise lorsque, avant une injection hypodermique, on lui lava la cuisse avec de l'éther. Un autre avait une crise, chaque fois qu'il se posait sur le bassin. Dans ces deux cas, on peut admettre que la sensation froide rappelait au malade l'idée de l'eau. Quelquefois les aliments solides déterminent le spasme du pharynx. L'hyperesthésie de la peau devient telle que le moindre courant d'air, le souffle des personnes qui les entourent amènent des crises spasmodiques. Quelques auteurs ont fait de l'aérophobie un signe aussi caractéristique de la rage que l'hydrophobie. L'hyperesthésie peut s'étendre à tous les sens : le bruit, certaines odeurs réveillent le spasme rabique. L'hyperesthésie rétinienne l'emporte en général; suivant un vieil adage : quand un sujet soupçonné de rage peut se regarder dans une glace, il n'est pas atteint de rage vraie.

2° *Troubles respiratoires.* — Les troubles de la respiration sont constants; ils précèdent souvent l'hydrophobie. L'une de nos malades âgée de quatre ans ne présenta pas d'autres signes avant les dernières heures de la maladie : la polypnée, le nez pincé et le battement des ailes du nez auraient pu faire penser à une broncho-pneumonie, si le regard n'avait eu cette expression si saisissante de tristesse. Dans d'autres cas la respiration est ralentie. Une inspiration brusque est suivie d'un arrêt complet des mouvements du thorax. La respiration prend le type diaphragmatique. L'un de nos malades présentait un rythme respiratoire analogue au Cheyne-Stokes, mais beaucoup plus irrégulier; chez un malade de mon service j'ai compté successivement, par exemple une respiration en 25 secondes, une respiration en 47 secondes, une respiration en 55 secondes puis 30 respirations en 60 secondes; cette succession ne se reproduit pas exactement; le rythme disparaît complètement pour reparaître quelques instants plus tard. L'inspiration est pénible; elle se fait par saccades et s'accompagne d'une angoisse précordiale.

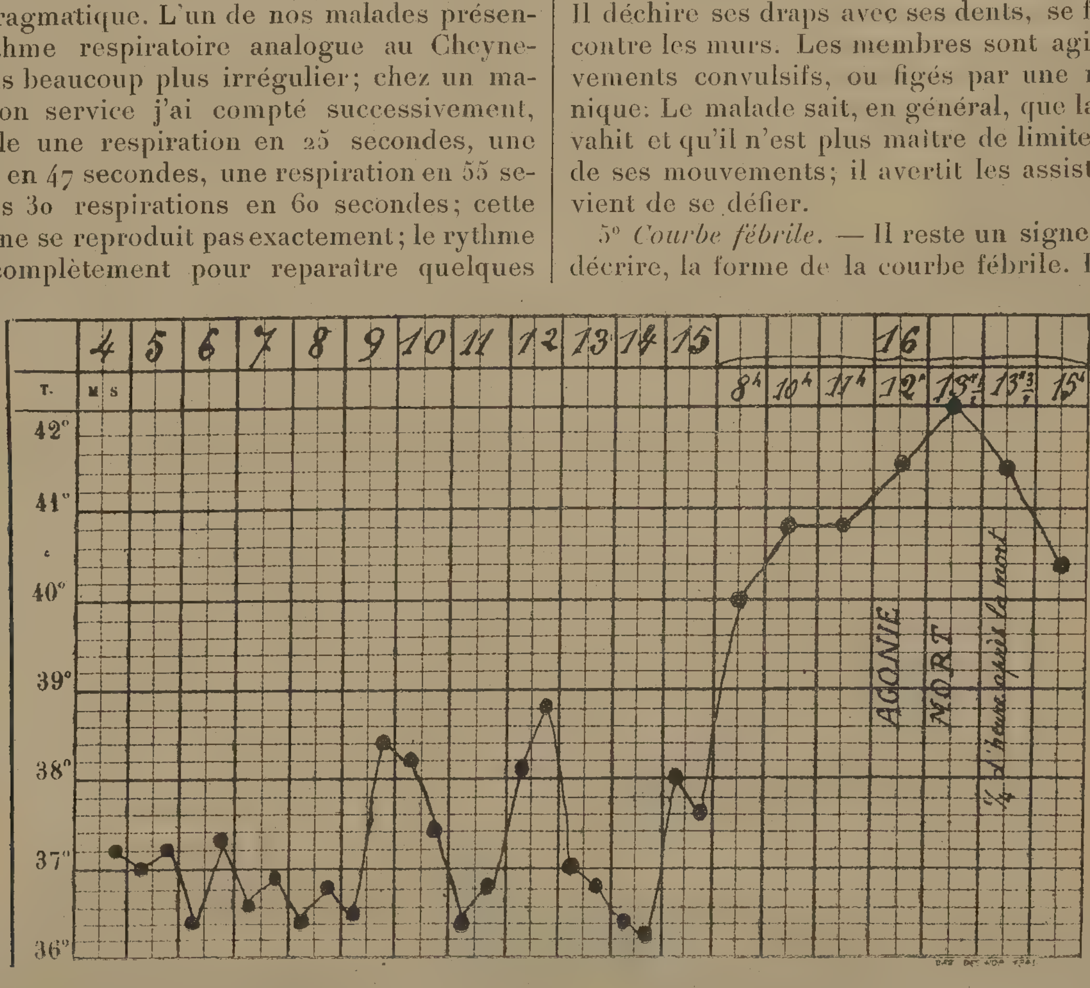
3° *Salivation.* — La bouche, sèche au début, devient humide; comme le malade ne peut déglutir la salive, il expectore tantôt une salive fluide, tantôt une écume blanchâtre, épaisse et mousseuse. Des rabiques crachent continuellement de tous côtés, mais ils recommandent d'ordinaire qu'on ne les approche pas.

4° *Etat mental.* — L'état mental constitue aussi un signe cardinal de la maladie; les facultés psychiques se développent : les souvenirs les plus précis reviennent à la mémoire; la lucidité du raisonnement et la délicatesse des sentiments frappent l'observateur dès le début de l'interrogatoire. Dans d'autres cas le sujet change de caractère : la volubilité et la loquacité apparaissent dans des tempéraments taciturnes. Parfois enfin des idées délirantes se développent (par exemple j'ai noté un délire mystique dans une de mes observations).

Tel malade est assis au bord de son lit toute la journée et chasse de la main les hallucinations qui l'obsèdent ou regarde craintivement de tous les côtés. Les hallucinations des types les plus divers ont leur point de départ dans les hyperesthésies sensitivo-sensorielles.

Tel autre enragé est furieusement agité, il pousse des hurlements qui font retentir le pavillon de sons rauques qui inspirent la terreur aux autres malades. Il déchire ses draps avec ses dents, se frappe la tête contre les murs. Les membres sont agités de mouvements convulsifs, ou figés par une raideur tétanique. Le malade sait, en général, que la fureur l'envahit et qu'il n'est plus maître de limiter la violence de ses mouvements; il avertit les assistants, il prévient de se défier.

5° *Courbe fébrile.* — Il reste un signe important à décrire, la forme de la courbe fébrile. Le plus sou-



Courbe fébrile d'un cas de rage. — La courbe a été prise pendant le traitement antirabique. Deux élévations intermittentes précèdent l'hyperthermie terminale. Cette hyperthermie se déclanche le dernier jour seulement, et en quelques heures la température monte de 37°6 à plus de 42 degrés. Contrairement à l'enseignement de Peter, dans ce cas, la température n'a pas continué à s'élever après la mort.

vent la température ne s'élève qu'au stade ultime de la maladie, le jour ou la veille de la mort. On a signalé, cependant, des poussées intermittentes de fièvre pendant le stade d'incubation et de début. Parfois la température reste très élevée deux ou trois jours. Le virus rabique touche plus ou moins profondément les différents noyaux bulbaires. A ce point de vue il est intéressant de comparer la courbe de la température et du pouls; sur certaines de mes courbes fébriles le pouls ne s'accélère nullement malgré le degré très élevé des températures axillaires et anales. Inversement, la tachycardie accompagne souvent des températures normales : une température de 38 degrés correspond à un pouls de 122 à 146 pulsations en une minute! La température continue à s'élever après la mort (Peter). Par exemple dans un de mes cas la température une demi-heure avant le décès était de 40°6, un quart d'heure après le décès elle était de 42 degrés, et une demi-heure après de 41°5.

Nous n'insisterons pas sur certains signes secondaires tels que vomissements parfois sanglants, le larmoiement, le hoquet, la dysurie et le satyriasis. Nous n'avons observé ni albuminurie ni glycosurie qui ont parfois été signalées. La leucocytose souvent tardive ne présente pas de caractères spéciaux. Le liquide céphalo-rachidien est normal.

IV. **Période de paralysie.** — A l'excitation de la période d'hydrophobie succède un collapsus complet. Le corps est couvert de sueur, le pouls est petit, filiforme, les pupilles se dilatent, une salive écumeuse coule des commissures labiales. Les yeux sont ternes et vitreux. Des marbrures violettes se dessinent sur les membres; les cicatrices de morsures sont violacées. Les extrémités se cyanosent.

Dans les formes aiguës de rage, les malades meurent en deux ou trois jours, dans le coma. La mort peut survenir plus précocement soit au cours d'une crise d'hydrophobie, soit brusquement par syncope, soit enfin par asphyxie à la suite de troubles de la déglutition.

* * *

FORMES CLINIQUES DE LA RAGE

Rage paralytique. — La rage paralytique doit être opposée à la rage furieuse que nous avons prise jusqu'à présent pour type de description. Cette nouvelle forme a fait l'objet de nombreuses discussions lors de l'application de la vaccination antirabique; le vaccin a été accusé de créer de toute pièce cette forme clinique. Ces objections tombent lorsqu'on étudie d'une part l'historique de cette question et d'autre part certains faits cliniques.

La rage paralytique était connue longtemps avant l'application du vaccin. En 1735, Houin rapporte que sur huit personnes mordues par un chien enragé quatre furent atteintes de rage paralytique. Quelques années plus tard van Swieten constate d'autres cas et décrit cette forme clinique.

Sur 25 cas observés à l'hôpital Pasteur, je n'ai vu qu'une forme paralytique dans laquelle le vaccin ne peut être mis en cause. Il s'agit d'un cas survenu neuf mois après la morsure d'un chien enragé. Le fils du malade mordu en même temps, par le même chien, était mort trois mois après la morsure. Ni le père ni le fils n'avaient reçu une seule injection de vaccin antirabique. Trois cicatrices au niveau du mollet droit s'observaient lors de l'entrée à l'hôpital du malade qui s'était senti subitement dans l'impossibilité de marcher la veille; pas de paraplégie flasque complète mais un simple fléchissement des genoux, surtout à droite. Les troubles de la motilité augmentèrent les jours suivants, le pied droit était tombant et de jour en jour la flexion et l'extension des orteils diminuaient d'étendue et de rapidité. A gauche, les mouvements se faisaient beaucoup mieux et ils ont conservé une certaine amplitude jusqu'aux derniers moments. Le réflexe rotulien droit était seul aboli. Aucun trouble de la motilité et des réflexes aux membres supérieurs et à la face. Sphincters normaux. Sensibilité exaltée; le froid surtout mal supporté. Photophobie. Le malade était calme; par moment mâchonnement ou mouvements de rotation de la tête. Verbiage monotone exprimant un délire polymorphe. Le sujet ne répondait à aucune question mais il s'adressait à des personnages et à des animaux que des hallucinations créaient devant lui. Il se plaignait de clous enfoncés dans sa poitrine et crispait ses mains pour les arracher. Dans cette observation de rage paralytique, les symptômes moteurs et mentaux dominent. Au début le malade faisait des manières quand on lui présentait à boire et quelques médecins, frappés en outre des caractères atypiques de la paraplégie, avaient pensé à l'hystérie. Le troisième jour de la maladie, les troubles de la déglutition, l'hydrophobie et l'aérophobie devinrent caractéristiques, bien qu'encore atténués. Le dixième jour, la cyanose, le coma et la mort ôtèrent le doute à ceux qui hésitaient encore sur le diagnostic. L'inoculation du nerf saphène et du bulbe de ce malade communiqua la rage au lapin. Le virus rabique avait donc progressivement envahi le nerf saphène, puis s'était inoculé de proche en proche jusqu'au bulbe.

La rage paralytique peut être plus ou moins accusée que dans la forme prise comme type. La paralysie est plus complète et s'étend à plusieurs membres, par exemple hémiplégie accompagnée d'aphasie, sphincters intéressés ainsi que les muscles intestinaux, d'où météorisme et constipation. Dans d'autres cas, la paralysie reste très localisée, par exemple paralysie du muscle deltoïde.

Forme suivant le siège des nerfs envahis par le virus rabique. — La forme sympathique est caractérisée par l'abondance de la sueur, la pâleur des téguments, la dilatation pupillaire et l'exophtalmie.

A la suite de la morsure du nez, des hallucinations olfactives (Roux) et des accès d'éternuement ont été signalés.

La morsure de l'oreille a été suivie de vertiges et de troubles de la marche, à type cérébelleux.

* * *

DIAGNOSTIC DE LA RAGE CHEZ L'HOMME

Avant les travaux de Pasteur, le diagnostic de la rage n'était pas toujours facile à faire; on en était

réduit à diagnostiquer la maladie, d'après l'anamnèse, les symptômes cliniques, l'issue mortelle rapide. Aujourd'hui, on doit y ajouter les preuves expérimentales portant sur l'animal mordeur, sur la virulence de la bave et, après la mort du malade, sur l'examen histologique et l'inoculation au lapin du système nerveux.

Le symptôme le plus saillant, l'hydrophobie, a été considéré comme caractéristique de la rage. Cependant ce symptôme peut survenir après une émotion vive chez un sujet mordu et vivement préoccupé des suites de cet accident. Barbantini rapporte l'histoire d'un sujet qui présentait tous les signes de la rage vraie, ayant été mordu par son chien qui peu de temps après s'était égaré... Dès que le chien fut retrouvé et fit à son maître ses caresses habituelles, la sérénité du malade reparut, en même temps que les symptômes de rage s'effaçaient. Raymond rapporte l'histoire d'un vétérinaire mordu par un chien enragé; il fit rechercher un chien semblable au chien mort de rage et il persuada le vétérinaire que le chien mordeur n'avait pu être enragé puisqu'il vivait encore. La guérison se produisit aussitôt. Pour reconnaître ces cas de fausse rage, il faut se défier des syndromes qui débutent quelques jours après la morsure et des cas dans lesquels le malade imite l'aboiement du chien.

Certains hystériques ne peuvent arriver à boire et ne peuvent même pas supporter que l'on boive en leur présence. La lyssophobie des hystériques explique ces symptômes.

Le tétanos peut présenter une grande analogie avec l'hydrophobie. Les muscles du cou et du bas-ventre sont contractés. Le malade ne peut plus rien avaler et montre pour les boissons une aversion que l'on peut prendre pour de l'hydrophobie. L'incubation du tétanos est plus courte que celle de la rage. Les spasmes toniques de la rage sont limités dans la zone innervée par le bulbe et la moelle cervicale, les convulsions du tétanos sont générales.

On peut croire, chez un épileptique qui se plaint d'une gêne dans la gorge avec dyspnée passagère, à un accident épileptique alors que ces signes dépendent d'une rage au début.

L'hydrophobie dans certaines maladies aiguës (angines, pneumonie, œsophagite, variole) sera facilement rapportée à sa véritable cause.

Certaines formes d'aliénation mentale et certaines tumeurs cérébrales donnent lieu à des accidents hydrophobiques et des accidents analogues ont été décrits dans quelques intoxications (fruits de datura, belladone, essence de tanaisie).

D'après P. Brouardel (*Dictionnaire Dechambre*) il est un accident avec lequel la rage a été confondue bien des fois; c'est le delirium tremens. Les hallucinations visuelles, l'agitation et l'effroi, s'ils s'accompagnent de respiration anxieuse, de difficulté d'avaler et de crachotement forment un tableau clinique assez semblable à la rage. Victor Babes pense aussi que la rage revêt quelquefois chez l'alcoolique la forme du delirium tremens.

La rage présente quelques analogies cliniques au début avec la méningite tuberculeuse qui présente une tristesse particulière et des modifications du caractère, et à la phase d'excitation avec la manie aiguë.

La maladie de Landry constitue quelquefois l'un des aspects cliniques de la forme paralytique de la rage. Il faut se rappeler cette éventualité chez un sujet mordu. Le diagnostic certain sera établi, après la mort, par la constatation de nodules rabiques typiques dans la substance grise des cornes antérieures et du bulbe, ainsi que par l'inoculation au lapin.

Certaines myélites aiguës ascendantes rappellent le syndrome de Landry et peuvent être confondues avec la rage. L'examen anatomique montre des lésions parenchymateuses non seulement dans la substance grise comme la rage, mais aussi dans la substance blanche. On constate les microbes en cause (staphylocoques, coli et proteus d'après Babes). L'inoculation expérimentale donnera toujours des résultats positifs en cas de rage après une incubation d'une dizaine de jours; en cas de myélite infectieuse, le lapin meurt dès les premiers jours.

*
* *

TRAITEMENT DE LA RAGE DÉCLARÉE

Lorsque la rage est déclarée, la mort ne peut être évitée par aucun vaccin et par aucun sérum! Le médecin doit essayer de soulager le malade; le chloral en lavement détermine une cédation des crises incomplète et très passagère, il en est de même des injections sous-cutanées de morphine et de pantopon. Pour ma part, j'ai employé systématiquement les injections intraveineuses de chloral; à la dose de 4 à 5 grammes d'hydrate de chloral dissous dans 400 à 500 centimètres cubes d'eau physiologique, le malade s'endort profondément avant la fin de l'injection et le sommeil persiste plusieurs heures, sept heures chez un de mes malades. Des ébauches de crises se produisent, la figure se contracte, le thorax s'immobilise, la cyanose augmente; l'asphyxie semble proche et pourtant le malade continue à dormir. Après quelques instants, la respiration se régularise et la cyanose diminue.

(A suivre.)

Le Professeur Raphaël LÉPINE

La mort du professeur R. Lépine frappe l'Ecole médicale française, et plus particulièrement l'Ecole de Lyon, son école.

On comprendra la grandeur de leur perte, en se rappelant sa vie et son œuvre.

Il naquit à Lyon, le 6 juillet 1840. Il y fut interne des hôpitaux de 1860 à 1864, puis partit pour Paris concourir à nouveau. Il y fut reçu, en 1865, second au concours d'Internat. Dieulafoy était le doyen de la promotion; Georges Clemenceau fut interne provisoire. Successivement élève de Lorain, de Jules Simon, il trouva en Charcot un maître qui devait exercer une influence prépondérante sur sa carrière scientifique. Sa curiosité biologique, définitivement

éveillée, l'entraîna de 1867 à 1870 à faire chez Virchow, puis chez le physiologiste Ludwig, à Leipzig, des séjours prolongés.

En 1869, il est préparateur de Brown-Séquard. En 1870, il soutient sa thèse, classique maintenant, sur l'hémiplégie pneumonique.

Pendant la guerre, il fait tout son devoir, dans les ambulances de l'armée de l'Est. Après la campagne, il rentre à Paris, est nommé chef de clinique de Germain Sée (1872), puis médecin des hôpitaux (1874), puis agrégé (1875).

En 1877, la Faculté de Lyon est fondée et lui offre la chaire de clinique médicale. Il l'accepte et l'occupera jusqu'à sa retraite (1910) malgré l'offre flatteuse que lui fait en 1891, la Faculté de Paris, de le pourvoir d'une chaire magistrale.

En 1887, il fut successivement élu correspondant de l'Institut (Académie des sciences) et correspondant de l'Académie de médecine, puis associé national. Il préside successivement les Sociétés médicales lyonnaises, la section de médecine de l'Association française pour l'Avancement des sciences, le Congrès français de médecine interne. Les Congrès internationaux saluent en lui, à de nombreuses reprises, un des plus hauts représentants de la médecine française.

Mais il ne reste pas prisonnier de la pure science médicale. Il la sert pourtant encore, et avec quelle lucidité et quelle autorité, dans son poste d'administrateur des hospices de Lyon (1898-1913) et à la présidence du Conseil d'hygiène du Rhône (1894-1914).

Tous ces postes, tous ces honneurs successivement conquis, se présentent à cet infatigable ouvrier, comme de simples et nouveaux moyens de travail, qui lui permettront d'élargir encore son œuvre et de l'approfondir.

Cette œuvre est d'une telle étendue, qu'il ne faut pas ici songer à en donner un aperçu complet. Peut-être n'est-il pas exagéré de dire qu'il est peu de chapitres de la pathologie médicale où manquent son nom et la trace de lumière qui le suit.

C'est que sa curiosité fut infinie. Si d'importantes questions le retinrent, d'autres, en grand nombre, sollicitèrent sa pensée de biologiste et de médecin.

Comme il apportait dans leur étude une pensée sans cesse renouvelée par une quotidienne observation clinique et expérimentale, il marqua chacune d'elles d'une empreinte originale.

Un des premiers par son enseignement et par son œuvre, R. Lépine démontra la fécondité de l'alliance de la clinique et de l'expérimentation. Le physiologiste fut chez lui égal au clinicien.

Au milieu d'une école, qui pensait surtout anatomiquement, il vint dire « pensez physiologiquement ». Il montra, « que la lésion anatomique est seulement réactionnelle, qu'elle n'a pas de rôle pathogénique, qu'elle n'est pas la cause, mais la conséquence des maladies, qu'elle n'est elle-même qu'un symptôme plus précis, plus sensible et plus matériel » (G. Roque).

La maladie, c'est le trouble fonctionnel qui n'aboutit pas obligatoirement à la lésion.

C'est là une doctrine qui comporte une espérance thérapeutique, que l'anatomisme détruit trop souvent.

L'œuvre du maître est, dès ses débuts mêmes, empreinte de ces larges pensées, dont la ligne de plus en plus pure se dégage aujourd'hui.

En 1867, il décrit, le premier, la structure des espaces périvasculaires des centres nerveux et les troubles vaso-moteurs des membres dans la pneumonie et dans les paralysies.

Il découvre, en 1870, les nerfs vaso-dilatateurs de la langue, en 1875, les centres vaso-moteurs cérébraux, le centre cérébral des mouvements du pouce. En 1877, il décrit la paralysie pseudobulbaire d'origine cérébrale, et fournit, en 1894, une interprétation ingénieuse des paralysies hystériques et du sommeil, etc.

Il est à peine utile de rappeler ses travaux connus de tous sur la pneumonie caséeuse (1877), les anémies, les maladies de reins, ces derniers complétés par de belles recherches expérimentales sur la sécrétion rénale.

Son œuvre de thérapeute est aussi considérable (1886-1889). Il sait tous les médicaments nouveaux, les expérimente, en fait une critique sagace : études sur la digitale, la digitaline, l'antipyrine, l'atropine, le sulfonal, la cocaïne, la strophantine, la terpine, le benzoate de Na, etc., qui, réunies, feraient un admirable traité de thérapeutique et de matière médicale.

Il n'est d'ailleurs point la dupe des nouveautés; il montre l'inanité de la prétendue « spécificité » de certains médicaments. Pour lui, cette spécificité est très rare, et le remède n'agit, le plus souvent, qu'en provoquant une réaction favorable de l'organisme. Encore faut-il employer toute médication « réactionnelle » avec discernement et prudence.

Mais l'œuvre maîtresse de R. Lépine se trouve incontestablement dans ses études, ininterrompues pendant plus de vingt ans, sur le diabète et les glycosuries. Elles sont réunies dans son beau livre : *Le Diabète sucré*, paru en 1909. Tout ce qu'on sait, sur ce syndrome complexe, sans cesse obscurci par les nouveaux apports, est là, mis au point, dominé par une méthode et une pensée originales.

Sa découverte du sucre virtuel est d'une importance de premier ordre. Elle révèle que, à côté du sucre dosable dans le sang, existe en quantité à peu près équivalente un sucre combiné, qui se libère au fur et à mesure des besoins, et dont le rôle est au moins égal à celui du sucre apparent, dans le processus diabétique. Ses études sur le ferment glycolytique et surtout sur la glycolyse des tissus, qui fléchit ou disparaît au cours du diabète, sont un appoint essentiel pour la pathogénie si obscure de cette dystrophie.

Tous ces travaux, si personnels, vont trouver leur exposé définitif dans un livre : *Le sucre du sang* (actuellement sous presse).

Pour répandre ses découvertes, sa doctrine, R. Lépine publia inlassablement à la Société de Biologie, à l'Académie des Sciences, dans tous les journaux et revues. Ses articles, généralement brefs, d'un style alerte et très pur, restent des modèles d'exposé scientifique. Il fonda avec Charcot et Vulpian la *Revue de médecine* (1877), avec Charcot les

Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique (1889).

Tel fut l'homme qui, pendant près de quarante ans, vint tous les jours, dès l'aube, dans son laboratoire et sa clinique de l'Hôtel-Dieu de Lyon, interroger patiemment la souffrance humaine, qui laisse de nouveaux moyens de la soulager, des méthodes de progrès biologique, l'exemple d'une belle vie, et un fils, digne héritier de son grand nom.

De tout cœur nous nous associons au deuil du professeur Jean Lépine, qui est celui de la Science.

GEORGES MOURIQUAND.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 29 DÉCEMBRE 1919)

Précipitation mutuelle des toxines et de leurs antitoxines. Application au titrage des sérums antidiphtérique et antitétanique. — MM. NICOLLE, DEBAINS et CÉSARI.

PRIX PROPOSÉS POUR LES ANNÉES 1921 & 1922, ETC. (1).

Prix annuels.

MÉDECINE ET CHIRURGIE

PRIX MONTYON (3 prix de 2.500 francs, 3 mentions de 1.500 francs et citations). — Aux auteurs des ouvrages ou des découvertes les plus utiles relatives à *l'art de guérir*.

PRIX BARBIER (2.000 francs). — A l'auteur d'une découverte précieuse pour la *Science chirurgicale, médicale, pharmaceutique*, et dans la *Botanique ayant rapport à l'art de guérir*.

PRIX BRÉANT (100.000 francs). — « A celui qui aura trouvé le moyen de guérir du choléra asiatique ou qui aura découvert les causes de ce terrible fléau. » (A défaut du choléra le prix s'applique à toute autre maladie épidémique et aux dartres.)

PRIX GODARD (1.000 francs). — Au meilleur mémoire sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie des organes génito-urinaires.

PRIX LARREY (750 francs). — Au médecin ou chirurgien des armées de terre ou de mer, auteur du meilleur ouvrage présenté à l'Académie et traitant un sujet de médecine, de chirurgie ou d'hygiène militaire.

PRIX BELLION (1.400 francs). — Aux auteurs des ouvrages ou des découvertes « surtout profitables à la santé de l'homme ou à l'amélioration de l'espèce humaine ».

PRIX MÈGE (10.000 francs). — Le docteur J.-B. Mège a légué à l'Académie « 10.000 francs à donner en prix à l'auteur qui aura continué et complété son « Essai » sur les causes qui ont retardé ou favorisé les progrès de la médecine, depuis la plus haute antiquité jusqu'à nos jours ».

PHYSIOLOGIE

PRIX MONTYON (750 francs). — A un ouvrage de physiologie expérimentale, manuscrit ou imprimé.

PRIX PHILIPPEAUX (900 francs). — Physiologie expérimentale.

PRIX LALLEMAND (1.800 francs). — Destiné à « récompenser ou encourager les travaux relatifs au système nerveux, dans la plus large acception des mots ».

PRIX POURAT (1.000 francs).

(1) Les concours de 1920 étant clos le 31 décembre 1919, la liste des prix proposés pour 1921 n'a pas été rappelée.

PRIX LACAZE (10.000 francs, partage interdit). — A l'auteur français ou étranger du meilleur travail sur la physiologie.

Prix proposés pour 1921.

PRIX ARGUT (1.200 francs, biennal). — Destiné à récompenser *le savant qui aura fait une découverte guérissant une maladie ne pouvant, jusqu'alors, être traitée que par la chirurgie et agrandissant ainsi le domaine de la médecine.*

PRIX FANNY EMDEN (3.000 francs). — Au meilleur *travail traitant de l'hypnotisme, de la suggestion et en général des actions physiologiques qui pourraient être exercées à distance sur l'organisme animal.*

Prix proposé pour 1922.

PRIX MARTIN-DAMOURETTE (1.400 francs). — Décerné à l'auteur d'un ouvrage de *physiologie thérapeutique.*

Prix proposé pour 1923.

PRIX CHAUSSIER (10.000 francs.) — Décerné à l'auteur du meilleur ouvrage soit sur la médecine légale, soit sur la médecine pratique, qui aura paru dans les quatre années qui auront précédé le jugement de l'Académie.

Prix proposé pour 1925.

PRIX DUSGATE (2.500 francs). — Au meilleur ouvrage sur les signes diagnostiques de la mort et les moyens de prévenir les inhumations précipitées.

Prix généraux.

PRIX TRÉMONT (1.100 francs). — Destiné à aider dans ses travaux tout savant, ingénieur, artiste ou mécanicien, auquel une assistance sera nécessaire pour atteindre un but utile et glorieux pour la France (annuel).

PRIX LANNELONGUE (2.000 francs). — Donné au choix de l'Académie et sur la proposition de la Commission administrative à une ou deux personnes au plus, dans l'infortune, appartenant elles-mêmes, ou par leur mariage, ou par leurs père et mère au monde scientifique, et de préférence au milieu scientifique médical (annuel).

PRIX SAINTOUR (3.000 francs). — Décerné dans l'intérêt des sciences (sciences physiques en 1922).

PRIX LONGCHAMPT (4.000 francs). — A l'auteur du meilleur mémoire *sur les maladies de l'homme, des animaux et des plantes, au point de vue plus spécial de l'introduction des substances minérales en excès comme cause de ces maladies* (annuel).

PRIX GUSTAVE ROUX (1.000 francs). — Prix annuel destiné à récompenser un jeune savant français dont les travaux auront paru remarquables à l'Académie. Ne peut être divisé.

PRIX JÉRÔME PONTE (3.500 francs). — Pour encourager les sciences et aider à leurs progrès. Sera attribué en 1924, dans la division des sciences physiques.

Les fonds Bonaparte, Loutreuil et Charles Bouchard permettent à l'Académie d'accorder des subventions pour travaux et recherches.

Conditions générales des concours.

Les pièces manuscrites ou imprimées, destinées aux divers concours de l'Académie des sciences, doivent être directement adressées par les auteurs au secrétariat de l'Académie des sciences, avec une lettre adressée à MM. les Secrétaires perpétuels de l'Académie des sciences, constatant l'envoi et indiquant le concours pour lequel elles sont présentées.

Les ouvrages imprimés doivent être envoyés au nombre de trois exemplaires.

Les manuscrits doivent être écrits en français.

Par une mesure générale, l'Académie a décidé que la clôture de tous les concours aura lieu le 31 décembre de l'année qui précède celle où le concours doit être jugé.

Les concurrents doivent indiquer, par une analyse succincte, la partie de leur travail où se trouve exprimée la découverte sur laquelle ils appellent le jugement de l'Académie.

Les concurrents sont prévenus que l'Académie ne rendra aucun des ouvrages ou mémoires envoyés au concours; les auteurs auront la liberté d'en faire prendre des copies au secrétariat.

Le même ouvrage ne pourra pas être présenté, la même

année, aux concours de deux académies de l'Institut de France.

L'Académie se réserve d'examiner, sans aucune condition de candidature, les titres des savants qui pourraient mériter des prix.

Le montant des sommes annoncées pour les prix n'est donné qu'à titre d'indication, subordonnée aux variations du revenu des fondations.

Nul n'est autorisé à prendre le titre de lauréat de l'Académie s'il n'a été jugé digne de recevoir un PRIX. Les personnes qui ont obtenu des récompenses, des encouragements, des mentions ou des subventions n'ont pas droit à ce titre.

Nota. — L'Académie a supprimé, depuis l'année 1902, la formalité qui rendait *obligatoire* l'anonymat pour certains concours, avec dépôt d'un pli cacheté contenant le nom de l'auteur. Cette formalité est devenue *facultative*.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 6 JANVIER 1920)

La plus grande partie de la séance a été occupée par un rapport très documenté de M. le président DELORME sur les travaux de l'Académie au cours de l'année 1919.

M. Delorme, dont le zèle et l'activité présidentielle ont été pour beaucoup dans le réveil de l'Académie et son ardeur toute nouvelle au travail, a résumé très exactement les importantes discussions, les nombreuses communications, et les travaux des membres et des étrangers à l'Académie.

Il a rappelé la discussion sur la déclaration de la tuberculose, soulevée par M. Hayem, et à laquelle ont pris part MM. Besançon, rapporteur, Vincent, Robin, Reynier, Letulle, Berthelot, Roux, etc., discussion qui a abouti au vote admettant la déclaration de la tuberculose; puis viennent les discussions sur la rage ouverte par M. Martel, qui a poussé le cri d'alarme sur l'extension de la rage causée par l'abandon des chiens du front et ayant abouti à la reconnaissance de la responsabilité des propriétaires de chiens; la discussion sur l'appendicite ouverte par M. Témoin (de Bourges) à laquelle prirent part MM. Hartmann, Jalaguier, Bazy, Walther, Tuffier. Parmi les nombreux travaux écrits, M. le Président signale les rapports sur la variole, sur les vaccinations dans l'armée où, pendant la guerre, on n'a constaté qu'une quinzaine de cas avec un seul décès; les importantes communications sur la grippe et ses complications telles que la broncho-pneumonie, les troubles méningés signalés par M. Capitan.

L'alcoolisme, le paludisme ont été également l'objet de très intéressantes lectures.

Parmi les travaux originaux il faut rappeler la communication retentissante de M. Armaingaud sur la longévité, les émouvantes lectures de M. Calmette sur les troubles graves de toutes sortes subis par la population de Lille pendant l'occupation allemande, un travail très important de M. Vaquez sur le traitement de certaines lésions cardiaques par l'action chirurgicale, enfin les généreuses interventions de M. Pinard et d'autres sur la protection de l'enfance, etc., etc.

La place nous manque pour donner un résumé complet de ce résumé des travaux de l'Académie.

Après cette lecture, M. Delorme a invité MM. Laveran, président pour 1920, et Richelot, vice-président, à prendre place aux fauteuils où ils ont été appelés.

M. LAVERAN, après les remerciements d'usage, a rendu un légitime hommage à la présidence de son prédécesseur.

Encéphalite léthargique. — M. NETTER rappelle la communication qu'il a faite sur ce sujet au printemps de 1919, communication dans laquelle il a décrit une épidémie de cette forme d'encéphalite. Depuis, plusieurs autres cas ont été signalés, non seulement par M. Netter lui-même, mais aussi par d'autres confrères instruits par sa première communication.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 7 JANVIER 1920)

Kyste hydatique aseptique du foie et kyste suppuré de la plèvre. — M. LECÈNE fait un rapport sur une intéressante observation de M. Roux-Berger : une femme de vingt-sept ans souffrant depuis plusieurs années, présentant des poussées fébriles, de l'expectoration purulente est prise pour une tuberculeuse. M. Roux-Berger l'opère, fait une résection costale, ouvre la plèvre, en évacue du pus et des membranes hydatides. Il s'agissait donc d'un kyste hydatique suppuré de la plèvre.

La plèvre étant vidée, il constate une voussure du diaphragme, fait une ponction à travers la cavité pleurale, tire un liquide eau de roche. Il s'agissait ici d'un kyste hydatique aseptique du foie. Toujours à travers la plèvre asséchée, il incise le kyste hépatique, en évacue une membrane hydatide complète, referme complètement l'incision diaphragmatique et draine la plèvre. Guérison parfaite.

On sait que les kystes hydatiques de la plèvre sont très rares. Il s'agissait donc bien probablement ici d'un kyste du poumon ayant envahi la plèvre, autrement dit d'un kyste hydatique suppuré, pleuro-pulmonaire. Tout en félicitant l'auteur de son succès, M. Lecène croit devoir faire de grandes réserves sur la conduite qu'il a suivie. Aller vider un kyste hydatique du foie aseptique à travers une plèvre suppurant, puis le refermer sans drainage, ce n'est certes pas très prudent, et il n'y aurait pas lieu d'instituer cette conduite comme une règle générale. M. Lecène, en pareil cas, préférerait ouvrir les deux kystes séparément et à deux époques différentes.

M. SOULIGOUX demande si M. Roux-Berger a formolisé la poche du kyste hépatique.

M. LECÈNE répond qu'il n'en est pas question dans l'observation.

Anévrisme artérioso-veineux. — M. CHEVRIER fait un rapport sur plusieurs observations d'anévrismes artérioso-veineux du membre inférieur consécutifs à des plaies de guerre, adressées par M. Dambrin et traitées avec succès par la quadruple ligature et l'excision de la poche anévrismale, avec drainage. M. Chevrier ne croit pas à la nécesité du drainage dans ces cas.

Rupture du foie et de la rate. — M. MAUCLAIRE communique une observation adressée par un confrère dont nous n'avons pu savoir le nom. Il s'agit d'une rupture du foie et de la rate consécutive à un écrasement par voiture : suture de la plaie du foie et splénectomie, guérison.

Suit un très intéressant rapport de M. MARION sur deux observations de **suture de l'uretère blessé au cours d'une hystérectomie.** Dans le premier cas, au cours de l'ablation d'un fibrome du ligament large, l'opérateur prenant l'uretère pour une bride le sectionna. Il le sutura bout à bout avec du fil de lin et une aiguille de couturière. Il se produisit une légère fistule urétérale qui se ferma d'elle-même et la malade guérit.

Dans le second cas, blessure de l'uretère au cours d'une opération, puis salpingite adhérente suppurée, suture au catgut, guérison.

M. Marion fait observer qu'en cas de blessure d'un uretère au cours d'une opération abdominale, le mieux est assurément de le suturer bout à bout ou mieux recourir à l'opération de Pozzi qui consiste à dédoubler l'un des bouts de l'uretère pour l'envaginer dans l'autre, opération qui a l'avantage d'éviter l'irritation de la muqueuse du canal, l'infection du fil par l'urine et la production ultérieure des calculs. Dans un uretère non dilaté, la suture bout à bout peut suffire. Pour un

uretère dilaté, l'invagination dans le bout dilaté, telle que l'a proposé Pozzi est peut-être préférable.

Après ces sutures est-il indiqué de placer une sonde urétérale à demeure au moins pour un jour ou deux? M. Marion ne le croit pas et il a une tendance à supprimer tout drainage, tout corps étranger dans l'uretère suturé.

Après ces quelques réflexions sur la technique opératoire, M. Marion envisage les résultats éloignés de ces sutures urétérales. Dans une des observations précitées, une quinzaine de jours après l'opération, on constatait déjà un certain degré de rétrécissement de l'uretère. On peut donc craindre le rétrécissement de l'uretère et l'atrophie consécutive du rein correspondant, rétrécissement et atrophie qui peuvent se produire sans que les malades accusent le moindre symptôme, douleur ou autre. M. Marion cite plusieurs exemples de ces atrophies rénales consécutives à une suture de l'uretère ou à une urétéro-cystostomie. Il faut donc surveiller les malades ayant subi une suture de l'uretère et les cathétériser, de façon à empêcher le rétrécissement ultérieur.

M. MICHON, dans un cas de section de l'uretère au cours d'une hystérectomie, a suturé bout à bout et mis une sonde urétérale à demeure. Il s'est fait ultérieurement une fistule urétéro-vaginale qui a nécessité la néphrectomie.

M. Michon serait tenté de partager l'opinion de M. Marion sur l'inutilité de la sonde à demeure.

MM. TUFFIER, DUJARRIER, LENORMANT et LEGUEU prennent successivement la parole, appuient les conclusions de M. Marion et apportent des faits analogues.

Election. — La Société procède ensuite à une élection, extrêmement mouvementée, de quinze membres titulaires.

La liste de présentation était ainsi dressée : MM. Chevassu, Anselme Schwartz, Alglave, Lardennois, Descomps, Grégoire, Hallopeau, Marcille, Mocquot, Heitz-Boyer, Mathieu, Okinczyc, Cadenat, Rouvillois, de Martel.

Le dépouillement du scrutin donne les résultats suivants : Chevassu 46 voix, Schwartz 46, Alglave 46, Lardennois 45, Descomps 44, Grégoire 46, Hallopeau 44, Marcille 42, Mocquot 46, Heitz-Boyer 43, Mathieu 45, Okinczyc 43, Cadenat 26, Rouvillois 42, de Martel 41, Bazy 27, Basset 5, Sauvé 2, Desmarest 1.

En conséquence sont élus : MM. Chevassu, Anselme Schwartz, Alglave, Lardennois, Descomps, Grégoire, Hallopeau, Marcille, Mocquot, Heitz-Boyer, Mathieu, Okinczyc, Rouvillois, de Martel, Bazy.

— La séance annuelle aura lieu le 21, M. le Secrétaire général prononcera l'éloge de Peyrot.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 28 NOVEMBRE 1919)

Fistule gastro-cutanée consécutive à un ulcus gastrique. — MM. FORGUE, CHAUVIN et VINON présentent une malade âgée de soixante-cinq ans qui accuse depuis dix-sept ans des signes typiques d'ulcus gastrique avec formation d'une tumeur arrondie et dure au-dessous du rebord costal gauche. Il y a un an cette tumeur s'est ouverte et il s'est formé une fistule gastro-cutanée, fistule partiellement incontinente qui livre passage à tous les aliments, solides ou liquides, quelque temps après leur déglutition.

Cette fistule siège au centre de téguments superficiellement ulcérés, par l'action corrosive du suc gastrique, et repose sur une masse indurée, large et profonde qui paraît correspondre à la grande courbure gastrique et à la portion terminale du côlon transverse.

Hémichorée de Sydenham *(présentation de malade).* — MM. RAUZIER, J. BAUMEL et G. GIRAUD. Un garçon de seize ans présente depuis cinquante jours des mouvements choréiques très marqués dans la moitié gauche du corps, très discrets dans la moitié droite.

Aucune douleur, aucun trouble de la sensibilité objective ni subjective, sauf un léger degré d'hyperesthésie du côté le plus atteint. La force est intacte, il n'y a pas de tremblement. Peut-être existe-t-il un certain degré d'hémiataxie, plus apparente que réelle, due à l'intervention des mouvements choréiques au cours des mouvements volontaires. Le début a été rapide, sans ictus. La bilatéralité, réelle malgré la prédominance extrême à gauche, l'absence de douleurs et d'hémianesthésie, font écarter le diagnostic de syndrome thalamique. En présence d'un souffle d'insuffisance mitrale, on est tenté d'incriminer, dans la genèse des accidents nerveux, comme de la lésion cardiaque, une infection rhumatismale qui ne se serait par ailleurs traduite par aucune autre manifestation.

Un cas de maladie de Friedreich. — MM. J. EUZIÈRE, J. MARGAROT et BRUGAIROLLES. Il s'agit d'un cas typique de maladie de Friedreich avec ataxie statique, instabilité choréiforme, hypotomie, pied bot, varus équin, abolition à peu près absolue des réflexes tendineux, réflexe cutané, plantaire en extension, nystagmus, parole scandée, etc.

Aucun antécédent héréditaire ou collatéral n'a pu être découvert. Les auteurs ne tirent aucune conclusion touchant l'origine possible de cette affection. Ils se bornent à attirer l'attention sur l'existence, non douteuse chez leur malade, de troubles sécrétoires endocriniens (aménorrhée, pression artérielle faible, raie blanche) et sur l'exacerbation mensuelle des troubles de l'équilibre.

Traitement des fractures de la clavicule par le procédé de la chambre à air. — MM. N. LAPEYRE et A. DELORD présentent un malade atteint d'une fracture de la clavicule au tiers moyen avec raccourcissement de 5 centimètres par chevauchement des fragments, traitée par l'application d'une chambre à air, placée en 8 de chiffre comme la chambre de rechange des coureurs à bicyclette.

Guérison par très léger chevauchement des fragments, cal peu volumineux, raccourcissement de la clavicule de 1 centimètre seulement et résultat fonctionnel excellent.

Les états électriques chez les êtres vivants. — M. PECH.

Diverticule de l'œsophage cervical *(présentation de malade).* — M. Noël LAPEYRE.

Traitement des complications respiratoires chez les ypérités par les injections intraveineuses de bicarbonate de soude. — M. GUEIT.

(SÉANCE DU 5 DÉCEMBRE 1919)

Eclat d'obus intrapulmonaire resté méconnu pendant plus d'un an, extraction, guérison. — M. P. DELMAS.

Deux cas de paludisme autochtone. — MM. CARRIEU et SIMÉON rapportent l'histoire clinique de deux malades qui, n'ayant jamais eu de paludisme antérieurement, ont présenté des accès fébriles avec plasmodium vivax dans le sang.

L'évolution correspond exactement à ce qui a été décrit en Macédoine.

A Montpellier, Carrère (thèse 1918), ailleurs, de nombreux auteurs en ont publié des cas semblables.

Il paraît donc indispensable de prendre des mesures prophylactiques sévères.

Hémimélie. — MM. CHAUVIN et GARRIGUES présentent un cas intéressant d'hémimélie observé chez un Arabe de trente-deux ans. Le membre supérieur droit est représenté par un bras sensiblement normal, auquel se trouve directement accolée une main constituée par trois doigts anormalement développés.

M. Chauvin, à propos de ce cas, reprend les diverses théo-

ries invoquées pour expliquer cette malformation (arrêt de développement, vice de développement).

Hernies isolées de l'appendice. — MM. Lapeyre et Cathala. Les auteurs rapportent deux cas de hernie isolée de l'appendice, l'une simple dans le canal inguinal droit, l'autre étranglée à travers l'anneau crural droit.

A propos de quatre cas d'ostéomyélite. — MM. Chauvin, Vinon et Roux rapportent quatre cas d'ostéomyélite récemment observés dans le service du professeur Forgue, tous particulièrement intéressants :

1° Par leur allure clinique.

Deux cas se rapportent à l'ostéomyélite chronique (longue évolution, plus de trente-cinq ans dans un cas).

Un cas se rapporte à l'ostéomyélite subaiguë, nécrosante (nécrose étendue à toute la diaphyse humérale en deux mois et demi).

Un cas se rapporte à l'ostéomyélite des adolescents, mais la localisation au scapulum en fait l'intérêt.

2° Par leur étiologie.

Si dans trois cas il s'agit de genres banaux (staphylocoque), dans un cas le germe en cause était le pneumobacille de Friedländer.

3° Par le traitement institué.

Dans deux cas, les pertes de substance osseuse ont été comblées par des greffes de Delagénière, qui paraissent parfaitement tolérées. Cette technique du professeur Forgue mérite d'être publiée.

Ostéomyélite à pneumo-bacille de Friedländer. — MM. G. Giraud et H. Vinon. Un homme de cinquante-cinq ans a présenté une ostéomyélite de l'humérus droit, d'allure subaiguë, évoluée avec un minimum de phénomènes généraux, et ayant abouti après soixante-dix jours à une nécrose presque totale de l'os, avec fracture spontanée, et large infiltration lardacée des parties molles. On fut contraint de désarticuler l'épaule (prof. Forgue).

L'agent de cette suppuration était le pneumobacille de Friedländer qui fut trouvé, à l'exclusion de tout autre germe, dans le pus ostéomyélique ; sa détermination a été faite par les caractères culturaux et biologiques (décoloration par le Gram, action sur le milieu Grimbert et le rouge neutre, absence de production d'indol, etc.) et par l'inoculation à deux souris du pus et de sa culture ; les deux animaux sont morts le premier en soixante heures, le second en trente-six heures, le premier septicémique et le second septicopyohémique. Le pneumobacille a été retrouvé dans la sérosité de la cuisse et le sang du cœur des animaux. Encapsulé dans le pus il perd ce caractère en cultures.

La localisation ostéomyélique de pneumobacille n'est point classique.

(SÉANCE DU 12 DÉCEMBRE 1919)

Inversion du vagin apparue après une hystérectomie vaginale pour prolapsus total de l'utérus. — MM. G. de Rouville et J. Cohen. Ce cas concerne une femme de cinquante-trois ans chez laquelle apparut, dix ans après son dernier accouchement, un prolapsus utérin devenu progressivement total.

Colpectomie totale et restauration du périnée à quatre plans. Suites parfaites.

Les auteurs insistent sur la valeur de ce procédé qui n'a qu'une contre-indication, l'âge de la malade.

Ils considèrent comme cause de cette complication l'hystérectomie vaginale totale, et pour l'éviter ils conseillent l'opération de Bouilly (amputation haute du col combinée à une large colpectomie) suivie d'une reconstitution du périnée par suture postérieure des releveurs de l'anus.

Délire de grandeur fixe, logique et cohérent chez un paralytique général. — MM. J. Euzière et J. Margarot.

Rétrécissement sigmoïdien de l'œsophage. — MM. Chauvin et Burgues rapportent l'histoire d'un malade, atteint de rétrécissements cicatriciels de l'œsophage, qui mourut à la suite d'une perforation accidentelle du conduit alimentaire au cours du cathétérisme. L'autopsie montra des lésions de médiastinite. Il existait plusieurs rétrécissements, dont un en valvule de pigeon que les auteurs ont appelé sigmoïdien.

M. Gueit et Mlle Sentis insistent, à propos d'une erreur de diagnostic récente, sur la réserve à apporter dans le diagnostic des **frottements péricardiques.**

Luxation du coude en arrière avec fracture de la tête radiale. — M. Vinon publie l'observation d'un blessé qui, dans une chute sur la main en extension, se luxa le coude en arrière ; cette luxation coïncidait avec une fracture de l'extrémité supérieure du radius, et les deux fragments de la tête étaient l'un projeté en pleine masse épitrochléenne, l'autre encore adhérent à la diaphyse radiale. L'auteur intervint par voie médiane postérieure, extirpa les deux fragments de la tête radiale. Guérison simple avec bon résultat fonctionnel.

Crises d'urémie chez une malade atteinte de néphrite hydropigène. Gangrène des membres inférieurs. Mort. — MM. Carrieu et Blouquier (de Claret).

Péricardite avec épanchement chez un nourrisson. Autopsie (*présentation de pièces*). — M. Michaud.

(SÉANCE DU 19 DÉCEMBRE 1919)

Pneumothorax latent. Pyopneumothorax. Guérison spontanée. — MM. Carrieu et Michaud rapportent l'histoire clinique d'un malade qui a eu un pneumothorax sans symptômes fonctionnels nets ; l'évolution en a été latente, mais les signes physiques et radiographiques étaient au complet. Un pyopneumothorax consécutif a guéri progressivement un mois après une ponction d'un litre qui n'avait pas vidé la plèvre. On a trouvé des bacilles de Koch dans ce pus. Enfin, des lésions du sommet n'ont pas évolué pendant dix mois, peut-être à cause de ce pneumothorax.

Un muscle long abducteur du pouce à quatre tendons. — MM. Vallois et Michaud présentent une pièce anatomique sur laquelle le muscle long abducteur du pouce se termine par quatre tendons, un pour le court abducteur du pouce, les trois autres pour la base du premier métacarpien. Sur la même pièce l'extenseur propre du cinquième doigt présente trois tendons terminaux : un pour l'annulaire, deux pour l'auriculaire.

Le sujet était porteur, en outre, d'anomalies semblables à l'autre membre supérieur et d'anomalies artérielles : double artère rénale gauche, double artère hépatique, l'artère supplémentaire naissant de la mésentère supérieure.

Un amoureux des mannequins de cire. — MM. Euzière et Margarot rapportent l'histoire d'un homme qui viola des mannequins de cire, et qui, à plusieurs reprises, tenta de renouveler son exploit. Les auteurs insistent sur la coexistence chez lui du fétichisme de la statue féminine et du fétichisme de la lingerie.

Un cas de kyste hydatique de l'orbite. — M. Carrère. Un enfant de deux ans présente une tumeur qui fait saillie au niveau du cul-de-sac supérieur de l'œil droit. La ponction de cette tumeur donne issue à un liquide louche, riche en polynucléaires, dont 26 p. 100 d'éosinophiles, ne contenant aucun élément anormal. Alcalin au tournesol, le liquide contient 0gr80 d'albumine et 5gr5 de NaCl par litre.

L'incision permet l'extraction d'une vésicule présentant les caractères d'une vésicule hydatique. L'absence de crochets, de scolex, de vésicules filles fait porter le diagnostic de kyste hydatique acéphalocyste.

Grossesse tubaire gauche de six semaines environ. Avortement. Hématocèle anté-utérine. — MM. de Rouville et Cohen. Cas concernant une femme de trente ans ayant présenté, le 16 août 1919, tous les signes classiques d'un avortement tubaire.

Intervention le 27 septembre. Enlèvement des caillots. Annexectomie gauche. Guérison.

Les auteurs insistent sur le mécanisme par lequel s'est produite la localisation antérieure de l'épanchement sanguin et qui est le suivant : adhérence du tablier épiploïque à la face postérieure des annexes gauches par des liens solides, au fond de l'utérus à la face antérieure du ligament large droit par des adhérences moins fortes. Le Douglas est complètement libre sans une goutte de sang. Enlèvement des caillots. Annexectomie gauche. Guérison.

Note sur le traitement des brûlures. — M. Etienne.

Une cause rare de menstruation précoce. — MM. Chauvin et Garrigues. Il s'agit d'une fillette de huit ans chez laquelle la présence d'une sangsue fixée sur la vulve fit croire à une menstruation précoce.

(Séance du 26 décembre 1919)

Fracture verticale de la colonne vertébrale par balle (*présentation de pièces*). — M. Lapeyre.

L'engouement dans les hernies de l'S iliaque. — MM. Noël C. Lapeyre et M. Cathala rapportent deux observations de hernies de l'S iliaque opérées avec le diagnostic d'étranglement dans lesquelles les accidents observés ne pouvaient être rapportés qu'à l'accumulation des matières fécales dans l'anse herniée. Le collet du sac de dimensions assez larges n'exerçait qu'une striction insuffisante, et bien que les malades aient été opérés quatre et sept jours après le début des accidents il n'existait qu'une légère congestion de l'intestin. Il s'agissait donc bien d'engouement, c'est-à-dire d'obstruction intestinale dans une anse herniée.

Présentation d'un dispositif pour éclairage au microscope à l'aide d'une lampe électrique de poche. — M. Grynfeldt.

Traumatisme de guerre et syphilis. — MM. Euzière et Margarot. Les traumatismes craniens peuvent favoriser ou accélérer l'évolution de la syphilis nerveuse. Les auteurs ne font que signaler un premier groupe de faits qui répondent à la constatation tardive d'accidents spécifiques graves chez d'anciens traumatisés. Ils insistent davantage sur une deuxième catégorie de malades chez lesquels la relation de la syphilis et du traumatisme sont plus étroites. Parmi ces malades, les uns, atteints de méningite tertiaire latente, ont réalisé brusquement un tabes ou une paralysie générale; les autres ont présenté d'abord un syndrome purement traumatique sur lequel sont venues se greffer des manifestations en rapport avec le développement insidieux d'une syphilis méningée.

Paralysie radiale dissociée. — MM. Rimbaud et Puech présentent un malade atteint de troubles paralytiques des deux membres supérieurs dans le domaine du radial, mais avec dissociation (triceps intact); de plus, à gauche, la paralysie est complète dans le domaine du musculo-cutané. L'étiologie de cette affection reste très obscure (pas de blessure de guerre ni autre traumatisme, pas d'intoxication par le plomb ou l'arsenic).

Dix cas de transfusion de sang citraté. — M. Vinon, à propos de dix cas personnels de transfusion sanguine, indique qu'il n'a eu recours à cette méthode que dans les cas d'anémie extrême, chez des blessés purement hémorragiques. Il a eu sept succès complets, véritables résurrections, les blessés ont tous été suivis jusqu'à complète guérison. Dans trois cas la survie ne dépassa pas quelques heures ou quelques jours; mais peut-être, dans ces cas-là, faut-il tenir compte d'un peu de shock toxi-infectieux grave contre lequel la transfusion semble peu efficace.

JURISPRUDENCE

MALADIES CONTAGIEUSES ET RESPONSABILITÉ LOCATIVE

Voici venir l'hiver avec son cortège de maladies. La grippe commence à sévir, nous disent les quotidiens. Et ceci pose, de pressante façon, des questions d'un ordre juridique nouveau, basé sur la connaissance approfondie que l'on a des causes et du mode de propagation des maladies contagieuses et sur les moyens que l'on possède de les combattre.

Il nous a paru intéressant de rechercher dans la jurisprudence les décisions qui avaient été rendues relativement aux maladies contagieuses : les rapports entre propriétaires et locataires ont été réglés d'une façon nette et précise.

Lorsqu'une maladie contagieuse s'est produite dans un appartement loué, le locataire est-il obligé de faire procéder à la désinfection des locaux contaminés, et réciproquement le propriétaire qui reloue l'appartement est-il tenu au préalable de le désinfecter? Les quelques jugements en la matière permettent de répondre utilement aux questions posées.

Le locataire, dont un enfant a été atteint d'une maladie contagieuse, est tenu envers le propriétaire d'effectuer tous les travaux nécessaires pour assainir l'habitation contaminée, lorsqu'il est certain que le germe de la maladie n'a pas été pris dans l'immeuble même (Trib. paix Menton, 31 mai 1893; Trib. Seine, 30 juin 1893; Cours de Poitiers, 21 janvier 1895; *Dalloz périodique*, 1896, 2, 338). Il doit en être ainsi alors même que les usages locaux ou qu'une clause expresse de bail ne mettent pas ces mesures à la charge du locataire (Cour de Pau, 21 juillet 1902; *D. P.*, 1902, 2, 439).

En ce qui concerne le propriétaire d'un appartement contaminé par une maladie contagieuse il est tenu, avant de relouer les locaux, de les faire désinfecter d'une manière efficace et sérieuse. Faute par lui de s'adresser pour cela au service de l'hygiène publique, quand il en existe un dans la localité, il est responsable de l'insuffisance de la désinfection. En conséquence, si la famille d'un nouveau locataire est atteinte par la maladie contagieuse, le propriétaire est passible de dommages-intérêts, et même ne peut exiger le payement du loyer (Trib. paix Oran, 4 février 1895; *D. P.*, 1896, 2, 341).

Dans une espèce analogue, il a été jugé qu'un hôtelier, chez qui un voyageur avait été atteint d'une maladie contagieuse, a droit au remboursement des frais par lui faits pour l'épuration et la désinfection des locaux occupés par le malade (Cour de Paris, 1er février 1895; *D. P.* 1896, 2, 341).

Le 2 décembre 1916, le président du tribunal civil de la Seine, statuant en référé, rendait une ordonnance intéressante.

Il s'agissait, en l'espèce, de savoir si un locataire d'un immeuble, apprenant qu'un de ses voisins allait faire venir chez lui des enfants atteints de la fièvre scarlatine, pouvait s'y opposer. Ce droit lui a été reconnu.

La fièvre scarlatine, dit en substance l'ordonnance précitée, figurant sur la liste des maladies contagieuses auxquelles s'appliquent les mesures prescrites en exécution de la loi du 15 février 1902, le locataire d'une maison non contaminée est fondé à demander qu'il soit interdit à un autre locataire d'introduire dans ladite maison des enfants atteints de cette maladie et habitant un autre immeuble, ceux-ci devant demeurer isolés, tant qu'il ne sera pas justifié par la production d'un certificat médical que la contagion n'est plus possible.

Telles sont les décisions que nous avons pu rassembler et qui touchent à une question, toujours brûlante et intéressante pour tous.

R.-MARCEL PETIT.

Le Directeur-gérant Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 15 francs par an.
Étudiants étrangers, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 6 fr. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

CONCOURS DE L'INTERNAT

Le carnet des candidats au concours de l'internat est paru.

Ce carnet est mis en vente dans nos bureaux au prix de 1 *franc.*

Ce prix est réduit à 50 *centimes pour les candidats abonnés.*

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Mutations. — Nous avons donné dans le numéro 1 de 1920 les mutations des médecins des hôpitaux ; voici les mutations des chirurgiens des hôpitaux :

M. Mauclaire passe à la Pitié ; M. Baumgartner, à la Charité ; M. Hallopeau, à Trousseau ; M. Ombrédanne, aux Enfants-Malades ; M. Veau, aux Enfants-Assistés ; M. Grégoire, à Bretonneau ; M. Dujarier, à Boucicaut ; M. Chevrier, à Broussais ; M. Desmarest, à Bicêtre ; M. Wiart, à Lariboisière ; M. A. Schwartz, à Tenon ; M. Lardennois, à Ivry ; M. Labey, à Cochin ; M. Chifoliau, à la Maison Dubois ; M. Lecène, à Saint-Louis ; M. Descomps, à la Maison Dubois ; M. Alglave, aux Petits-Ménages.

Accoucheurs : M. Macé passe à l'Hôtel-Dieu ; M. Jeannin, à la Charité.

— Concours de médecin des hôpitaux. — Le jury est définitivement composé de MM. Aviragnet, Queyrat, Babinski, Ramond, Hallé, Courtois-Suffit, Ravaut, Hudelo, Caussade, Klippel, Michel, Routier.

— Concours de l'internat. — Questions données : « Anatomie du diaphragme. — Signes et diagnostic du mal de Pott dorso-lombaire. »

Questions restées dans l'urne : « Crosse de l'aorte. — Pleurésie purulente. »

« Œsophage. — Phlegmatia alba dolens. »

Répartition des jurys. — Anatomie. — MM. les docteurs Michaux, Alglave, Guillemot, Grenet, Rudaux.

Pathologie. — MM. les docteurs Comby, Boidin, Herscher, Descomps, Magitot.

Ordre de lecture. — Anatomie. — Du n° 1 à 296.

Les séances auront lieu à l'Hôtel-Dieu, les mercredis et vendredis à cinq heures et le dimanche à huit heures et demie du matin.

La première séance aura lieu le mercredi 14 janvier à cinq heures.

Pathologie — Du n° 149 à 296, puis du n° 1 à 148.

Les séances auront lieu à l'hôpital Beaujon, les mardis et jeudis à cinq heures et le samedi à neuf heures.

La première séance aura lieu le jeudi 15 janvier à cinq heures.

Les internes provisoires sont indiqués en italique.

Ordre de lecture des copies. — 1. MM. Doubrère, Chastang, Grenaudier, Villetard de Prunières, Cordey, Reinhold, Estrabaud, Duhail, Decoulari-Delafontaine, Gornouec,

11. Misserlin, Nord, Labarraque, Chaperon, Potez, Gellé, Gervais, Fruchaud, Chandebois, Cerné,

21. Cuvigny, Ferrier (Louis), Comet, Weismann, Aurousseau, Roland, Ebrard, de Massary, Chavany, Tisné,

31. Pollet, Debray, Derville, Dufestel, Le Rasle, Mérot, Ortodoxu, Huet (Pierre-Auguste), Démerliac, Parat,

41. Marchant, Chabrut, Andral, Michel, Boyau, Bazert, Pasquier, David, Blot, Grellety-Bosviel,

51. Pouey, Chapplain, Duchamp de Lageneste, Minvielle (Paul), Ruppe, Gardinier, Dambier, Guérin, Basch, Laurent (Pierre),

61. Barry, Froment, Lelong, Bertrand (Yvan), Lange, *Dugué*, Charon, Hartmann, Bocage, Rémy-Néris,

71. Lanos, Mlle *Thivolet*, MM. Neveux, Moreau, Dujarier, Perrochaud, Lebée, Alamartine, Mme *Michaux*, MM. *Guillouet*,

81. Walter, Blamoutier, Hermet, Delmas, Boulin (Raoul), Enot, Marchal, Le Coulm, Azoulay, Dubranle,

91. Viollet, Ménard, Favory, Lebègue, Ravina (André), Leroux, Robin (Victor), Marceron, Plet, Richon,

101. Paturet, de Gennes, Réglade, Boisnier, Lubin, Plot (Jacques), Delahaye, Fortin, Lagrange, Dayras,

111. *Hartglass*, Rousse, Malgat, Ollivier, Gayet, Gaillard (Henri), Allot, *Humbert*, *Joanny*, Solente,

121. Boulot, Arfeux, Bouthillier, Moniot, Bonnot, Delgove, Wallon (Emile), Joannon, Martinet, Hirschberg,

131. Morice, Castéran, Vigneron, Engelhard, *Benoiste-Pilloire, Marquézy*, Taslin, Coriat, Reverdy, Valière-Vialeix,

141. Bardon, *Cochez*, Gourdin, Duval, Schlesser, Desnoyers, Lefèvre (Bernard), Deroche, Denoël, Plait,

151. Boulanger-Pilet, Vernaut, Pestal, Resseler, Cunault, Arès, Barbier, Périsson, Fouet, Chéreau,

161. Huas, Dauptain, Le Chaux, Aubin, Laplane, Minvielle (Martin), Bourdillon, Baiga, Bartel, Magnillat,

171. Marie, Caillet, Marty, Chatellier, Crétin, Deschamps, Ill, Mlle *Labeaume*, MM. Perier, Blanchet,

181. Longepierre, Piot, Vesselle, Dubois (René), Lougnon, Florand, Auvigne, Wickham (Yves-Louis), Lepelletier, Cornet,

191. Niel, Cocault-Duverger, Demelin, Verger, Ducrohet, Gambillard, Lestocquoy, Jousseaume, Bourdier, Lautman (André),

201. Metzger, Théodoresco, Chevallier (Henri), Privé, Grenier, Philippeau, Lemariée, Barreau, Laurent (Marcel), Surun,

211. Binet, Lafourcade-Cortina, Veil (Prosper), Chapotel, Génin, Roullet, Terris, Charpin, Leflaive, Poreux,

221. Clément (Robert), Bruant, Jacquet, Gally, Bonnet, Cornudet, Clément (Jean), Denoyelle, Berthon, Renardier,

231. Weill (René), Loyauté, Broca, Godard (Henri), Desfarges, *Ecot*, Zierny, Fatou, Lauzier, Walser,

241. Bernard (Etienne), Cayla, Pannier, Labesse, Rousseau (Pierre), Ducuing, Rivalier, Largeau, Arbeit, Phelippes de la Marnierre,

251. Trotsky, de Brun du Bois-Noir (Roger), Foucault, Bayle, Gaudefroy, Delotte, *Benoist*, Isch-Wall, de Brun du Bois-Noir (Pierre), Kermorgant,

261. Peignaux, Chevallier (Marc), Duval-Arnould, Cuel, Larget, Terrasse, Vannieunenhuysse, Wickham (Roger), *Chalet*, Ladroitte,

271. Poussard, Meyer, Thalheimer, Aumont, Jeanjean, de Peretti de la Rocca, Bidermann, Delestre, Rollot, Récamier,

281. Gaume, Hamon, Lefèvre (Paul), Pecker, Plichet, Girard, Garlopeau, Béthoux, *Pierre*, Prieur,

291. Winter, Dubois (Henri), Barois, Bertrand (Louis), Duchon,

296. Guillet.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Anatomie*. — Séance du 10 janvier. — Question donnée : « Nerf médian. »

MM. de Vadder, 17; Tourtou, 13; Spinetta, 17; Wahl, 16; Séglas, 14; Sauvage, 18; Triboulet, 17; Vazeille, 15; Sarles, 17; Suau, 12; Vacher, 17; Roux, 12; Velluot, 15; Vedrinne, 12; de Souza, 14; Vassal, 16; Villey-Desmeseret, 9; Rousseau (Julien), 14; Simard, 3; Seillé, 19.

Séance du 10 janvier. — Question donnée : « Muscle psoas iliaque. »

MM. Tambareau, 14; Thoral, 10; Tison, 12; Valat, 17; Viteau, 13; Santenoise, 16; Vuillame, 15; Stockmann, 16; Von der Horst, 15; Talon, 15; Sailly, 18; Willemin et Royer, 8; Tiby, 15; Séguin, 9; Westphal et Robert, 17; Séguy, 16; Surmont, 17; Trystram, 15.

Séance du 12 janvier. — Question donnée : « Articulation du genou sans les rapports et sans la physiologie. »

MM. Servel, 12; Touvay, 14; Salmon et Samson, 9; Vanheuversvoyn, 15 1/2; Valence, 17; Sureau, 18; Turpin, 19 1/2; Rouyanski, 7; Scemla, 15; Welti, 19 1/2; Segond, 17 1/2; Seligmann (Emile), 13; Saidman, 14; Volland, 16 1/2; Verger, 12.

HOPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — *Concours de chirurgien des hôpitaux*. — MM. Gaston Cotte, René Leriche, Santy et Alamartine ont été nommés chirurgiens des hôpitaux.

— *Concours d'externat des hôpitaux*. — Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

Externes titulaires : MM. Rey, Dechaume (Jean), Ricard, Creyssel, Mollon, Mlle Chevassus, MM. Lbary, Grobert, Mlle Depoiboube, MM. Delore, Vincent, Banssillon, Mautelin, Josserand, Bidault, Manhès, Kofman, Edouard, Michon, van Colaert, Dechaume (Michel), Pargoire, Bouvier, Mlle Diochon, MM. Rollet, Bertrand (Pierre), Vachey, Mlle Schœn, MM. Gardère, Beaupère, Deschamps, Grivet, Luc, Cibert, Dollet, Didier, Kuentz, de Rougemont, Theillard, Condamin, Amabert, Bollet, Lenoir, Gayet, Girardot, Pelissier, Albertin, Thevenon, Bertrand (F.), Mallet-Guy, Paupert, Chaix, Jondot, Ronchot.

Externes suppléants : MM. Gotteland, Caillaut, Brochier, Blanchet, Mlle Berger, MM. Enselme, Brochot d'Auferville, Mlle Durand, MM. Faure, Canette, Vignon, Mme Cresseyl, MM. Corréard, Decœur, Bertrand (Marcel), de Girardier, Prévot, Bienvenu, Rateau, Sors, Denier.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — AVIS DE LA VACANCE DE DEUX PLACES D'AGRÉGÉS A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS. — Il existe actuellement dans le cadre des agrégés de la Faculté de médecine de l'Université de Paris :

Une vacance dans la section d'obstétrique et une vacance dans la section de parasitologie.

Conformément aux dispositions de l'article 2 du décret du 18 juillet 1913, il est accordé uu mois, à partir de la publication du présent avis, aux agrégés des facultés de médecine et de pharmacie des départements pour produire une demande de transfert dans l'une des places mentionnées ci-dessus. (*J. O.*, 11 janv. 1920.)

ÉCOLES DE MÉDECINE. — AMIENS. — M. Moulonguet, professeur de pathologie externe et de médecine opératoire, est nommé, sur sa demande, à partir du 1er novembre 1919, professeur de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Peugniez, admis à la retraite.

— CAEN. — M. Guibé, professeur de clinique chirurgicale, est nommé directeur pour trois ans, à partir du 1er décembre 1919, en remplacement de M. Moutier qui a pris sa retraite.

PRÉFECTURE DE POLICE. — Un concours pour l'admission à un emploi de médecin titulaire et un emploi de médecin suppléant à l'infirmerie spéciale de la maison d'arrêt et de correction de Saint-Lazare, aura lieu le 11 février 1920.

Le registre d'inscription est ouvert à la préfecture de police, caserne de la Cité (bureau du personnel). Il sera définitivement clos, le 20 janvier 1920, à quatre heures du soir.

Tout candidat devra justifier de la qualité de Français et du titre de docteur d'une des facultés de l'Etat. Il devra être âgé de vingt-cinq ans au moins. Il devra joindre à sa demande l'extrait de son acte de naissance, ses diplômes, l'indication de ses titres scientifiques et hospitaliers, ses états de services militaires, s'il y a lieu, et tous autres documents qu'il jugerait utile de présenter.

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE ET LE CRÉATEUR DE L'AUTO-CHIR. — On sait que c'est à M. Marcille, chirurgien des hôpitaux de Paris, que nous devons les auto-chir. qui ont rendu de si grands services pendant la guerre.

La société de chirurgie qui fut témoin de la ténacité et de l'énergie déployées par notre ami pour faire adopter son idée vient de décider à l'unanimité de demander pour lui au ministre la croix de la Légion d'honneur.

Cette démarche honore grandement notre confrère, elle n'honore pas moins la Société savante qui vient d'en prendre l'initiative.

L'AUTO DU CHIRURGIEN DE GARDE. — Le conseil municipal vient d'autoriser l'assistance publique à traiter avec un loueur qui moyennant 3.000 francs par mois tiendra chaque jour à l'Hôtel-Dieu de 2 heures de l'après-midi au lendemain matin 7 heures, une voiture automobile en vue d'assurer le transport du chirurgien de garde dans les hôpitaux où il est appelé.

ÉTUDE FAITE A LA CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES
DU PROFESSEUR MARINESCO (DE BUCAREST)

DE LA SCOLIOSE

CONSÉCUTIVE A LA PARALYSIE INFANTILE

Par MM. le docteur AUREL A. BABES,
Ancien prosecteur à la Faculté de médecine de Bucarest,
Ancien interne à l'hôpital Brancovan,
Ancien secrétaire de la Revue médicale *Spitalul*,

et J. BUIA (1),
Ancien interne à l'hôpital Pantélimon.

La notion de scoliose consécutive à une paralysie infantile n'est pas nouvelle. Déjà en 1892, Messner (2), examinant 156 scolioses, en trouvait huit, qu'il attribuait à la paralysie infantile. Mais, quoique l'on ait, depuis, publié des observations semblables, le mécanisme intime de cette scoliose n'est pas encore exactement connu.

Le docteur Desfosses (3) écrivait en 1909, au sujet des causes qui déterminent la déviation de la colonne vertébrale dans ces scolioses infantiles : « Toutes ces questions sont à élucider. Je ne doute pas qu'avec le concours si précieux des rayons X, par la réunion des documents publiés par les divers chercheurs, on n'arrive petit à petit à connaître le mécanisme et l'étiologie de la scoliose et à prouver, en même temps, la physiologie si intéressante et compliquée et si mal connue de la musculature du dos. »

Dans 7 cas de Messner, la convexité de la scoliose était tournée du côté non paralysé, et Kirmisson (4) et Sainton (5) ont publié des cas analogues. A la suite de ces constatations, est née la formule suivante, qui a été insérée dans les traités classiques : dans les scolioses par paralysie infantile, à cause de la paralysie concomitante (pas toujours prouvée) des muscles de la colonne vertébrale, du même côté que la paralysie, il se produit une courbure de la colonne vertébrale, à concavité dirigée du côté paralysé. D'après cette théorie, c'est l'élément musculaire seul qui intervient dans la production de la scoliose. Mais un peu plus tard, les cas publiés par Carles et Codet-Boisse viennent déranger la théorie classique, car dans les 5 cas de Carles et dans 2 de Codet-Boisse, la concavité était justement tournée du côté non paralysé.

Il fallait donc changer l'hypothèse du mécanisme de la scoliose par paralysie infantile, et Carles émet une nouvelle théorie, d'après laquelle deux éléments interviennent dans la production de la scoliose ; un élément musculaire et un élément osseux, qui avait été complètement négligé par ses prédécesseurs.

L'élément musculaire, représenté par les muscles de la colonne vertébrale, intervient de la manière suivante : quand tous les muscles de la masse sacro-lombaire sont paralysés d'un côté, les muscles de l'autre côté, à cause de la prépondérance du groupe des muscles longs, provoquent une courbure de la colonne vertébrale, à convexité du côté paralysé ; si les muscles ne sont pas entièrement paralysés, le groupe paralysé peut correspondre aux muscles dont l'action produit la courbure de la colonne de leur côté, et, par conséquent, l'action des muscles sains donne lieu à une scoliose plus localisée et dont la convexité est tournée vers eux.

L'élément osseux joue un rôle tout aussi important. Par un processus analogue à celui des muscles, une moitié des corps vertébraux s'atrophie et, consécutivement à cette atrophie, il se produit une scoliose, à concavité tournée du côté des vertèbres atrophiées.

On voit donc toute l'importance que prend, dans cette théorie, l'examen radiographique de la colonne vertébrale dans les cas de scoliose infantile.

Nos deux observations confirment pleinement la nouvelle théorie. En effet, dans les deux cas, la radiographie nous a révélé l'existence de l'atrophie d'une moitié des vertèbres et la concavité de la scoliose était tournée du côté de l'atrophie. Nous devons ajouter que, chez nos deux malades, il n'y avait aucun signe d'atrophie ou de paralysie des muscles ; les masses sacro-lombaires étaient bien développées des deux côtés et les mouvements de la colonne vertébrale s'effectuaient librement.

Voici, accompagné des photographies et des radiographies, le résultat de l'examen des deux sujets.

OBSERVATION I. — Le malade D. D..., âgé de quatorze ans, entre dans le service des maladies nerveuses du professeur Marinesco, pour une paralysie des membres inférieurs.

Le père du malade vit et se trouve en bonne santé. Il a eu dix enfants, dont trois sont encore en vie : le patient et deux filles.

Le malade affirme qu'il n'a pas eu de maladies infectio-contagieuses, mais il a eu les fièvres paludéennes à trois reprises.

La maladie actuelle date de l'âge de cinq ans. Un jour qu'il allait à travers champs, il fut pris d'un violent mal de tête, perdit connaissance et fut, dans cet état, transporté à la maison. Il remarqua ensuite que ses pieds et ses mains étaient faibles, il ne pouvait se servir ni des unes ni des autres. Deux mois après, les forces lui revinrent aux mains, mais les jambes restèrent paralysées.

Le malade ne présente rien d'anormal ni à la tête, ni au visage.

Le thorax, au contraire, est très déformé ; la déformation est très évidente à la partie postérieure ; l'hémithorax droit est enfoncé à la base, le gauche présente une gibbosité costale très prononcée ; l'épaule gauche est plus haute que la droite ; l'angle inférieur de l'omoplate gauche est 3 centimètres plus haut que l'angle correspondant droit ; l'omoplate gauche est de 4 centimètres plus près de la ligne médiane que la droite.

Le triangle formé par la face interne du bras et de l'avant-bras avec la hanche et la face latérale droite du thorax est grand ; la perpendiculaire, menée du sommet sur la base, mesure 14 centimètres.

La colonne vertébrale présente une courbure dorso-lombaire très prononcée, avec convexité à gauche, dont le sommet correspond à la douzième vertèbre dorsale ; la distance de ce point à la ligne médiane est de 10 centimètres. Une

(1) Mort pour la patrie pendant l'épidémie de typhus exanthématique de 1917.
(2) MESSNER. *Centralbl. f. Chir.*, 5 nov. 1892, nº 44.
(3) DESFOSSES. *Presse méd.*, 13 mars 1909, p. 184.
(4) KIRMISSON. *Revue d'orthop.*, 1893.
(5) SAINTON. *Revue d'orthop.*, 1894.

deuxième courbure cervicale de compensation, avec convexité à droite, mesure 2 centimètres.

Nous cherchons à réduire la scoliose par inclinations latérales et elle se montre en grande partie réductible.

Les masses musculaires sacro-lombaires sont bien développées ; il n'y a pas de différence appréciable entre les deux masses musculaires (fig. 1). Les mouvements de la colonne vertébrale, ceux de flexion, d'extension, ainsi que ceux d'in-



FIG. 1.

clinaison latérale sont possibles, ce qui prouve l'intégrité des muscles de la colonne vertébrale.

Pour les membres supérieurs, la mesure de la circonférence des différents segments montre une légère diminution de volume du membre supérieur gauche.

Circonférence du milieu du bras : à droite 15cm5, à gauche 15cm5 ; tiers supérieur de l'avant-bras : à droite 20 centimètres, à gauche 17 centimètres ; tiers moyen de l'avant-bras : à droite 17cm5, à gauche 15 centimètres ; au niveau du tiers inférieur de l'avant-bras : à droite 14 centimètres, à gauche 12cm5.

Dans les membres supérieurs, les mouvements actifs sont conservés et les mouvements passifs s'exécutent bien. La résistance musculaire est relativement bien conservée. La force dynamométrique pour le bras droit est de 40 et pour le gauche 35. Les réflexes des tendons sont conservés, il en est de même de la sensibilité.

La musculature des membres inférieurs est très atrophiée. L'atrophie est égale pour les deux membres, qui sont de même longueur ; nous donnerons donc un seul chiffre pour les mesures prises en centimètres :

Cuisse, tiers supérieur, 26 centimètres ; tiers moyen, 21 centimètres ; au-dessus du genou, 19 centimètres.

Jambe, tiers supérieur, 16 centimètres ; tiers moyen, 15 centimètres ; tiers inférieur, 13 centimètres.

Les mouvements actifs ont complètement disparu pour le membre inférieur gauche, le droit peut effectuer des mouvements très réduits ; les mouvements passifs s'exécutent bien ; il n'y a de contractions que dans l'articulation tibio-tarsienne.

Le pied est varus équin, le dos en relief, l'inflexion est accusée, les orteils fléchis sous la plante ; il existe donc une rétraction des tendons des orteils.

La marche est absolument impossible. Le malade se déplace en se roulant sur les parties latérales. Dans les membres inférieurs, les réflexes des tendons sont abolis. La sensibilité subsiste.

La radiographie du malade montre encore, à côté des courbes décrites, l'existence d'une vertèbre cunéiforme, qui correspond à la douzième dorsale, et une atrophie, moins accentuée, de la moitié droite des deux vertèbres suivantes. Les côtes sont de même grosseur pour les deux côtés.

Dans la figure 2, nous donnons un schéma d'après la radiographie.

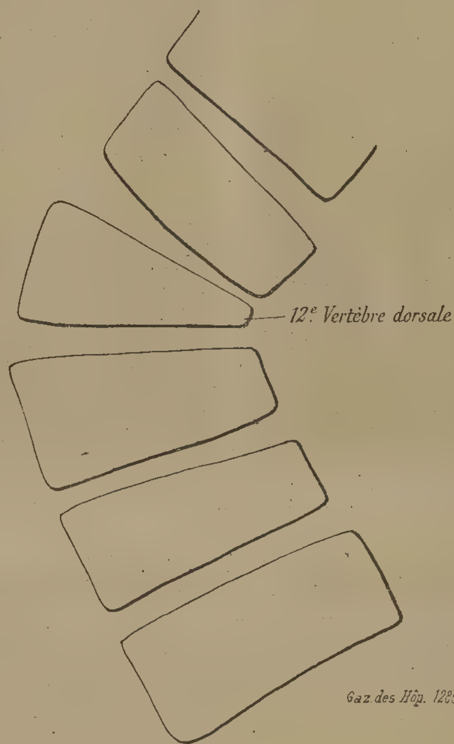


FIG. 2.

OBS. II. — Malade S. V..., âgée de dix-sept ans, vient dans le service du docteur Bardesco, de l'hôpital Brancovan, pour une déformation de la colonne vertébrale et faiblesse du membre inférieur droit.

Elle est malade depuis sept ans. La maladie a débuté brusquement, avec les phénomènes d'une infection aiguë : fièvre, vertiges et faiblesse des membres inférieurs. Pendant un mois, tant qu'ont duré ces phénomènes morbides, la malade a gardé le lit. Quand ces phénomènes aigus ont disparu, la malade s'est aperçue qu'elle ne pouvait plus marcher seule ; il a fallu la soutenir pendant un mois. Un an après le début de la maladie, le père observe que notre malade a une déformation thoracique. Depuis la guérison de l'état aigu, jusqu'à aujourd'hui, la malade a eu une faiblesse très nette du membre inférieur droit.

La malade est de taille normale pour son âge, bien développée ; les tissus cellulaire et musculaire, à l'exception du membre inférieur droit, sont bien représentés ; le système ganglionnaire lymphatique est normal.

Rien d'appréciable du côté de la tête ou du visage.

Le thorax est très déformé ; la déformation est plus évidente à la partie postérieure, où il existe une gibbosité latérale droite très développée ; l'omoplate et l'épaule de ce côté sont surélevées. L'hémithorax gauche, au contraire, paraît même moins bombé qu'à l'état normal. A la partie antérieure, il n'existe pas de bombement évident, mais seulement une

direction anormale du sternum qui est oblique en bas et à droite.

La colonne vertébrale présente les caractères suivants : la partie cervicale n'a aucune déformation ; la partie dorsale accuse une courbure, avec convexité vers la droite ; la distance du sommet de la convexité jusqu'à la ligne médiane (déterminée avec le fil à plomb) est de 18 centimètres ; la partie lombaire a une courbure, dont la convexité est à gauche et qui mesure seulement 4 centimètres (fig. 3 et 4).



Fig. 3.



Fig. 4.

La scoliose peut se réduire par la flexion du tronc.

En dehors de ces déformations osseuses, on ne constate, dans la musculature du thorax et des muscles supérieurs, aucune altération de volume. La musculature sacro-lombaire des deux côtés est très forte. On n'a pu préciser les réactions électriques de ces muscles, à cause de l'hyperesthésie de ces régions.

Les mouvements de la colonne vertébrale sont faciles.

La musculature du membre inférieur droit est atrophiée et l'atrophie va progressant de l'extrémité à la partie supérieure du membre. Les membres inférieurs ont la même longueur ; le pied droit a une légère déformation varus équine.

Les mesures, en centimètres, des différents segments sont les suivantes :

Cuisse : à 25 centimètres au-dessus du renflement antérieur du tibia, à droite 41 centimètres, à gauche 47 centimètres.

Jambe : à 10 centimètres au-dessous du renflement antérieur du tibia, à droite 26 centimètres, à gauche 29. (Il existe donc une différence de 3 centimètres entre les jambes droite et gauche et une de 6 centimètres entre la cuisse droite et la gauche).

Les mouvements actifs, tant pour les membres supérieurs que pour les inférieurs, sont conservés ; les mouvements passifs s'exécutent bien ; la résistance musculaire est un peu moindre dans le membre inférieur droit.

Les réflexes des tendons sont conservés dans les membres supérieurs et dans le membre inférieur gauche, mais abolis dans le membre inférieur droit.

L'examen radiographique, confirmant ce qui a été déjà constaté par d'autres moyens, nous montre encore une légère courbure cervicale de compensation, avec convexité à droite (la région droite des apophyses transverses est plus évidente), une très grande courbure dans la région dorsale, avec convexité à droite. La cinquième vertèbre dorsale présente les caractères d'une vertèbre cunéiforme ; les côtes de gauche sont plus minces que celles de droite ; enfin une petite courbure lombaire avec convexité à gauche, sans aucune altération appréciable des vertèbres de cette région.

Nous pouvons donc conclure que, dans la déviation de la colonne vertébrale, à la suite de la paralysie infantile, l'élément osseux intervient dans la même mesure que l'élément musculaire. La direction de la courbure est donnée non seulement par la paralysie des muscles de la colonne vertébrale, mais encore par l'atrophie des vertèbres.

Dans nos deux cas, il n'existait aucune paralysie des muscles de la gouttière vertébrale, mais une atrophie des vertèbres qui a donné la direction de la courbure, dont la concavité a été du côté des vertèbres atrophiées.

Nous recommandons donc à tous ceux qui s'occupent de cette question, d'insister sur la radiographie de la colonne vertébrale. Par elle, on arrivera probablement à l'explication du mécanisme de la déviation de la colonne vertébrale, dans les scolioses consécutives à la paralysie infantile.

BIBLIOGRAPHIE

Duchesne de Boulogne. *Electrisation localisée,* 1855. — Messner. *Centralbl. für Chir.*, 5 nov. 1892, n° 44. — Kirmisson. *Revue d'orthop.*, 1893. — Sainton. *Revue d'orthop.*, 1894. — Duplay et Reclus. *Traité de chir.*, 2e édit., tome III, p. 725. — Gaucher et Comby. *Traité des mal. de l'enfance*, 2e édit., t. V. — Brouardel et Gilbert. T. X ; *Revue d'orthop.*, 1896 ; *Arch. de méd. des enfants*, 1898. — Desfosses. *Société de l'internat*, 29 mars 1906. — Rocaz et Carles. *Arch. de méd. des enfants*, 1908. — Carles et Desqueromes. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1908. — Desfosses. *Presse méd.*, 13 mars 1909. — Desfosses. *Presse méd.*, 3 janv. 1906, n° 1. — Carles. *Revue d'orthop.*, 1er janv. 1909, n° 1, p. 42-62.

ACTUALITÉS

A PROPOS DES INJECTIONS DE LAIT

Jusqu'ici le lait était exclusivement réservé à l'alimentation. On vient de lui trouver un nouvel emploi : l'injection sous la peau dans un but thérapeutique. L'innovation est inattendue. Avant d'en discuter la valeur, il importe d'en indiquer les résultats.

Ce sont les Allemands, naturellement, qui semblent avoir inauguré cette méthode. Saxl, Muller, Pfluck, Dummer et Friedlander, Thauner, Krauss, etc., l'ont utilisée dans diverses infections, typhoïde et paratyphoïde, grippe, érysipèle, gonococcie, avec un succès, du reste, variable.

Les travaux français sont moins nombreux mais plus explicites. M. Darier d'une part, M. Domec (de Dijon) de l'autre ont tiré bénéfice des applications de lait dans certaines affections oculaires d'origine pneumococcique. Ce dernier, M. Domec, ayant vu échouer, au cours de l'épidémie de 1918, la plupart des traitements préconisés, essaya, avec le concours de M. Gallois (de Dijon), les injections hypodermiques de 5 centimètres cubes de lait stérilisé, parce que le pneumocoque semble prédominer dans beaucoup des complications les plus sévères de la grippe.

D'après ces auteurs (1), les effets furent satisfaisants, puisque la résolution des formes graves fut obtenue après la troisième injection, c'est-à-dire vers le cinquième ou sixième jour. Dans la grippe également, M. Thiroloix (2) préconisa à titre complémentaire les injections intramusculaires de 10 centimètres cubes de lait bouilli, filtré froid et stérilisé, injections qui doivent être répétées tous les jours ou tous les deux jours, tant que la température dépasse 38°5.

Dans cette première série d'essais, c'est en somme, comme antiinfectieux que le lait paraît avoir été utilisé, soit qu'il possède une certaine spécificité à l'égard du pneumocoque, soit qu'il agisse à la manière de tous les corps étrangers introduits dans l'organisme. Cette dernère alternative est la plus vraisemblable, attendu que le pneumocoque peut cultiver dans le lait.

* * *

Le professeur Weill (de Lyon) a utilisé les injections sous-cutanées du lait dans un autre but. D'après lui, l'intolérance du nourrisson pour le lait et les troubles digestifs, nutritifs et nerveux plus ou moins marqués qui s'ensuivent, sont des manifestations anaphylactiques, et il en serait de même pour le laryngospasme. Sous l'empire de cette idée et appliquant en conséquence la méthode désanaphylactisante de Besredka, il injecte à ces petits malades de 6 à 10 centimètres cubes de lait, soit de la nourrice, soit de vache, suivant la nature du lait pour lequel l'enfant est intolérant, car la sensibilisation est très étroite, ce qui fait que, dans la lactation mixte mal supportée, il convient d'injecter successivement et du lait de la nourrice et du lait de vache. Le lait humain peut être employé cru, bouilli ou chauffé à 110 degrés, mais le lait de vache doit toujours être bouilli ou chauffé à 110 degrés pendant vingt minutes. Dans ses communications à la *Société des Hôpitaux* de Lyon et à la *Société de Pédiatrie* de Paris, et dans un article de la *Presse médicale* (18 octobre 1919), M. Weill a fait connaître le résultat de ses observations : il semble bon, car, après une ou deux injections, l'intolérance disparaît définitivement. A noter cependant que les réactions locales sont parfois très vives et que, surtout avec le lait de vache, il peut y avoir réaction générale et notamment élévation thermique.

A la *Société de Pédiatrie,* les travaux de M. Weill ont été l'objet de critiques sérieuses. M. Variot, qui a employé la méthode du professeur lyonnais dans les vomissements et le laryngospasme de l'enfance, n'a constaté que des insuccès, et il se plaint des réactions violentes et de la douleur que les injections de lait déterminent. Il estime en outre que l'anaphylaxie ne joue aucun rôle dans l'intolérance de certains enfants pour le lait, puisqu'on en vient généralement à bout par le réglage méthodique de la ration, et qu'il est extrêmement dangereux de répandre parmi les médecins et dans le public des idées erronées sur la nocivité tant des laits de femmes que des laits d'animaux. Avec raison, MM. Comby et Guinon se sont rangés à cette manière de voir. Beaucoup de mal a déjà été fait par l'extension des accidents supposés imputables à l'anaphylaxie, et dont la conséquence fut trop souvent de priver les enfants du lait et des œufs qui leur étaient nécessaires.

* * *

Mentionnons, pour terminer cette rapide revue, deux dernières applications des injections lactées. M. Barilari les utilise dans l'hypertension pour diminuer la pression vasculaire, et M. Marfan dans l'hypoathrepsie et l'athrepsie considérées comme maladies par carence ou avitaminoses, à la dose hypodermique quotidienne de 2 centimètres cubes de lait de femme tyndallisé. Les résultats, encore peu nombreux, se montreraient encourageants.

Si maintenant vous réfléchissez à ce qui vient d'être exposé, vous devez vous sentir un peu inquiets. Qu'est-ce que, la prochaine fois, on va injecter sous notre peau? Il semble que, dans le désarroi apparent de la thérapeutique, on se laisse guider, non par la connaissance rationnelle qu'on a des phénomènes, mais par l'espoir que telle substance, encore inexpérimentée, donnera peut-être des résultats merveilleux Nous ne sommes pas encore tout à fait revenu aux temps où Paracelse vantait le bouillon de crapaud contre la peste et où Mme de Sévigné buvait de l'urine de vipère pour guérir ses vapeurs, mais nous y allons d'un bon pas, et plus dangereusement, car il ne s'agit plus seulement d'avaler des choses dégoûtantes, mais de les introduire dans notre milieu intérieur, au risque des plus graves surprises.

Le lait injecté ne nous les a pas données, heureusement, mais son emploi n'en est pas plus logique. J'ai indiqué les idées qui paraissent avoir inspiré MM. Domec et Gallois et M. Weill, mais, à y regarder de près, elles ne reposent sur rien. Mise de côté la spécificité du lait à l'égard du pneumocoque, qui n'a jamais été démontrée, l'emploi de ce lait n'est justiciable, dans les infections, que de la réaction diaphylactique banale qu'il produit, comme tout corps étranger introduit par la même voie. Mais on invoque autre chose, presque une vertu spéciale, dont la preuve serait fournie par les succès obtenus. Je ne nie pas ces succès, mais les mêmes, exactement, ayant été apportés par une foule d'autres substances (or, étain, arsenic, iode, optochine, urotropine, novarsenobenzol, peptone, sérums, etc.), j'en conclus que ces succès dépendent, non du lait ou de tout autre produit, mais du mode d'administration auquel l'organisme réagit par des moyens de défense qui s'exercent ensuite contre ses propres parasites. S'il en est ainsi, l'action du lait n'a aucune signification particulière autre que celle qui s'attache à la nouveauté et à son pouvoir suggestif occasionnel sur le malade et même sur le médecin.

Ne sont pas mieux fondées les injections lactées dans l'intolérance, les troubles digestifs et nerveux des enfants. Ici non plus il n'y a pas à insister sur le trouble que la prétendue nocivité du lait jette dans les familles, mais on doit protester contre l'exten-

(1) *La grippe et ses complications et le lait de vache stérilisé*, Dijon 1918.

(2) *Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 11 oct. 1918.

sion démesurée et injustifiée donnée aux accidents anaphylactiques. Tout ce que l'on comprend mal devient de l'anaphylaxie, diarrhée, vomissements et simples régurgitations, insomnie, agitation, spasmes, migraine, asthme, urticaire, etc., à l'encontre de la définition précise de MM. Charles RICHET et PORTIER. On a ainsi imaginé une anaphylaxie alimentaire, peptonique, médicamenteuse, toxique, ce qui est vraiment bien commode, car cela évite de rechercher péniblement le mécanisme des troubles observés. Remarquez-le en effet, c'est quand un traitement banal, et par conséquent presque toujours mal adapté, a échoué, qu'on se dit des accidents : ce doit être de l'anaphylaxie, et on opère en conséquence. M. WEILL rapporte (1) par exemple qu'un enfant de trois mois nourri au sein et qui se développait normalement eut, à la suite d'une grande frayeur éprouvée par sa nourrice, de la diarrhée verte. Huit jours plus tard, on lui injecta 6 centimètres cubes du lait de sa nourrice chauffé à 110 degrés pendant 20 minutes, et, 24 heures après, les selles redevinrent normales. Où voit-on, dans cette observation, les signes et les conditions de la véritable anaphylaxie? Faut-il donc considérer, comme d'origine purement anaphylactique les indigestions, les intoxications et les empoisonnements? Ce serait aller, je crois, un peu loin.

Les succès relatifs obtenus par M. WEILL — relatifs puisque, dans les mêmes cas, M. VARIOT n'a abouti qu'à des échecs — justifient mal la méthode et moins encore l'idée qui l'a inspirée, d'autant que les inconvénients locaux sont parfois très sérieux. Moyen de diaphylaxie de l'ordre des colloïdes, mais procédé de désanaphylaxie incertain et hypothétique, l'injection lactée reste donc une curiosité thérapeutique, qui marque une étape de nos incertitudes et de nos préoccupations et dont il faut chercher l'explication dans la méconnaissance trop répandue des lois de la défense organique.

J. LAUMONIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

CONDITIONS COMMUNES A TOUS LES CONCOURS. — Les ouvrages destinés aux divers concours de l'Académie de médecine doivent être écrits lisiblement, en français ou en latin, et parvenir directement au secrétariat, francs de port, reliés ou brochés, avant le 1er mars de l'année où le prix doit être décerné, avec une lettre constatant l'envoi et indiquant le concours pour lequel ils sont présentés.

Il ne sera tenu aucun compte des demandes ou des écrits envoyés après cette date, alors même que les envois seraient regardés par les auteurs comme des additions, ou des compléments, ou des rectifications à un travail qu'ils auraient adressé dans les délais de rigueur.

L'Académie reste seule juge de l'attribution des prix. Elle peut ne pas les décerner si aucun mémoire ne lui paraît les mériter. Elle peut également accorder seulement des encouragements.

Prix pour lesquels l'anonymat est obligatoire. — Académie, Alvarenga, Capuron, Civrieux, Daudet, Falret, Herpin (de Metz), Lefèvre, Louis, Magnan, Mège, Orfila, Portal et Pourat.

Pour ces prix, les travaux doivent être manuscrits, entièrement inédits, paginés, suivis d'une table et brochés.

Chaque manuscrit devra porter une épigraphe ou devise apparente, qui sera répétée sur un pli cacheté joint à l'ouvrage et contenant les nom et adresse de l'auteur. Tout concurrent à l'un des prix ci-dessus qui se fera connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours.

Prix pour lesquels l'anonymat est facultatif. — Amussat, Apostoli, Argenteuil, Argut, Audiffred, Baillarger, Barbier, L. Boggio, Ch. Boullard, Bourceret, Buignet, Buisson, Campbell-Dupierris, Chevillon, Clarens, Desportes, Georges Dieulafoy, Godard, P. Guzman, Herpin (de Genève), comte Hugo, Huguier, L. Labbé, Laborie, baron Larrey, J. Lefort, Leveau, Clotilde Liard, H. Lorquet, Magitot, Claude Martin, Meynot, Monbinne, Anna Morin, Nativelle, Pannetier, Perron, Rebouleau, Reynal, Sabatier, Saint-Lager, Saintour, Stanski, Tarnier, Tremblay, Vernois.

Pour ces prix, l'anonymat étant facultatif, les travaux pourront être manuscrits ou imprimés. Ces derniers devront être envoyés au nombre de deux exemplaires.

Prix pour lesquels l'anonymat est interdit. — Anonyme, Beraute, Dreyfous, Guinchard, Henri Huchard, Roussilhe, Vautrin-George, Zambaco.

Pour ces prix, les travaux pourront être manuscrits ou imprimés. Ces derniers devront être envoyés au nombre de deux exemplaires.

Prix n'acceptant que des travaux imprimés. — Marie Chevallier, Itard, Jacquemier, Potain, Ricord, Roger, Marc Sée.

Les fondations Dreyfous, Gerdy, Laval, Oulmont et du XIIIe Congrès international de médecine de Paris, de 1900, sont l'objet de conditions particulières.

Les ouvrages présentés par des étrangers sont admis au concours, à l'exception des prix Anonyme, Buignet, Chevallier, Henri Huchard, Huguier, Léon Labbé, Roger, Marc Sée et Tarnier.

Les mémoires présentés au concours pour les services généraux des eaux minérales, des épidémies, de l'hygiène de l'enfance et de la vaccine, doivent être adressés à l'Académie, tous les ans, avant le 1er juillet.

Les manuscrits, imprimés, instruments, etc., soumis à l'examen de l'Académie, ne seront pas rendus. Après la proclamation des prix, les auteurs des manuscrits auront la faculté d'en faire prendre copie dans les bureaux et à leurs frais, avec l'autorisation du Conseil.

Les prix seuls donnent droit au titre de lauréat de l'Académie de médecine; les encouragements, récompenses et mentions honorables n'y donnent pas droit.

Le même ouvrage ne pourra pas être présenté la même année à deux concours de l'Académie de médecine.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1920

(Les concours seront clos fin février 1920. — Les lettres *p. i.* placée après le montant du prix indiquent « partage interdit », *p. a.* « partage autorisé ».)

PRIX DE L'ACADÉMIE. — 1 000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Pathogénie et physiologie pathologique des angines de poitrine.*

PRIX ALVARENGA, de Piauhy (Brésil). — 1 000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur mémoire ou œuvre inédite (dont le sujet restera au choix de l'auteur) sur n'importe quelle branche de la médecine.

PRIX AMUSSAT. — 1 200 fr., *p. a.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches, basés simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale. — Ne seront point admis au concours pour le prix de chirurgie expérimentale les travaux qui auraient antérieurement obtenu un prix ou une récompense, soit à l'un des concours ouverts sous un autre titre à l'Académie de médecine, soit à l'un des concours de l'Académie des sciences de l'Institut. — Mais ceux qui n'auraient obtenu que des encouragements pourront être admis à la condition d'avoir été depuis poursuivis et complétés. — Le sujet du travail restera au choix de l'auteur.

PRIX APOSTOLI. — 800 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur ouvrage, travail ou mémoire fait dans l'année, en France ou à l'étranger, sur l'électrothérapie.

PRIX ARGUT. — 800 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur de découvertes tendant à agrandir la conquête de la médecine sur le domaine de la chirurgie.

PRIX FRANÇOIS-JOSEPH AUDIFFRED. — Un titre de 24000 francs de rente 3 p. 100, *p. i.* — Ce prix sera décerné à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, fût-ce un membre résidant de l'Académie, qui, dans un délai de vingt-cinq ans, à partir du 2 avril 1896, aura découvert un remède curatif ou préventif reconnu comme efficace et souverain contre la tuberculose par l'Académie de médecine de Paris, dont la décision ne pourra être sujette à aucune contestation.

PRIX BAILLARGER. — 2 000 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des

(1) *Soc. méd. des Hôp. de Lyon*, 10 juin 1919.

maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics et privés consacrés aux aliénés. — Les mémoires des concurrents devront toujours être divisés en deux parties. Dans la première ils exposeront, avec observations cliniques à l'appui, les recherches qu'ils auront faites sur un ou plusieurs points de thérapeutique. Dans la seconde ils étudieront, séparément pour les asiles publics et pour les asiles privés, par quels moyens et au besoin par quels changements dans l'organisation de ces asiles on pourrait faire une part plus large au traitement moral et individuel.

Prix du baron Barbier. — 2 500 fr., *p. a.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur qui découvrira des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues jusqu'à présent le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, la scrofule, le typhus, le choléra-morbus, etc. — Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué, s'en seront le plus rapprochés.

Prix Berraute. — Un titre de 3 092 fr. de rente 3 p. 100, *p. a.* — Le capital de cette fondation, ou ses revenus, seront affectés à la lutte contre la maladie du cancer.

Prix Charles Boullard. — 1 800 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage ou obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales en en arrêtant ou en en atténuant la marche terrible.

Prix Mathieu Bourceret. — 1 200 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur qui aura fait le meilleur ouvrage ou les meilleurs travaux sur la circulation du sang.

Prix Henri Buignet. — 1 600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. — Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés ; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. — Le prix ne sera pas partagé ; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1 500 francs serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3 000 francs pourrait être partagée en deux prix de 1 500 francs chacun.

Prix Campbell-Dupierris. — 2 500 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné au meilleur ouvrage sur les anesthésies ou sur les maladies des voies urinaires.

Prix Capuron. — 1 600 fr., *p. a.* (Annuel.) — Question : *De la protection de l'ouvrière enceinte et nourrice.*

Prix Chevillon. — 2 200 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des affections cancéreuses.

Prix Civrieux. — 900 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Étude des troubles visuels d'origine cérébrale dans les traumatismes de guerre.*

Prix Clarens. — 500 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur l'hygiène.

Prix Daudet. — 1 700 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Les troubles de la nutrition chez les cancéreux.*

Prix Desportes. — 1 400 fr., *p. a.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique et sur l'histoire naturelle pratique et thérapeutique.

Prix Georges Dieulafoy. — 2 000 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail, manuscrit ou imprimé, qui, dans les deux années précédant le concours, aura réalisé un progrès notable, scientifique ou pratique, dans le domaine de la pathologie interne.

Fondation Ferdinand Dreyfous. — 1 400 fr., *p. i.* (Annuel.) — Les arrérages serviront à récompenser l'interne en médecine qui aura obtenu la médaille d'argent.

Concours Vulfranc-Gerdy. — M. Vulfranc-Gerdy a légué à l'Académie de médecine une rente annuelle de 5 500 francs en faveur de deux élèves ayant été attachés en qualité d'internes au service des hôpitaux de Paris, Montpellier, Nancy, Lyon, Lille, Bordeaux, Toulouse, Alger. Ces élèves seront nommés pour quatre ans, à la suite d'un concours public subi devant un jury pris parmi les membres titulaires de l'Académie. Ils résideront pendant quatre ans dans un des quarante ou cinquante principaux établissements de France et de l'étranger ; ils y étudieront les propriétés et les effets des eaux minérales, et présenteront à l'Académie un rapport annuel sur leurs observations médicales et les effets du traitement, les conditions matérielles des établissements, les conditions hygiéniques et climatériques de la localité.

L'Académie met au concours une place de stagiaire aux eaux minérales. — Les candidats devront se faire inscrire au siège de l'Académie de médecine ; la liste d'inscription sera close le 31 octobre 1920. — Le candidat nommé entrera en fonctions le 1er mai 1921. — Une somme de 1 500 francs sera attribuée à ce stagiaire.

Prix Ernest Godard. — 1 000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné alternativement au meilleur mémoire sur la pathologie interne et sur la pathologie externe. — En 1920, pathologie interne.

Prix Théodore Guinchard. — 5 600 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à celui qui aura le mieux traité le sujet : *Le croup et les angines croupales*, et trouvé le meilleur remède contre ces maladies.

Prix Pierre Guzman. — Un titre de rente de 1 328 fr. 3 p. 100, *p. i.* — Ce prix sera décerné à celui qui trouvera un traitement réellement efficace dans les formes les plus communes des maladies organiques du cœur confirmées. — En attendant qu'on vienne à trouver s'il se peut un traitement qui guérisse la plupart de ces maladies, la testatrice veut que cette rente soit décernée, chaque année, au travail théorique ou pratique le meilleur sur l'une ou l'autre de ces maladies.

Prix Théodore Herpin (de Genève). — 3 000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

Prix Léon Labbé. — 3 000 fr., *p. a.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à toute personne de nationalité française ayant entrepris, dans les trois ans précédant le concours, des travaux susceptibles de faire progresser la chirurgie, de manière à lui permettre de continuer ses recherches.

Si par suite de l'insuffisance des travaux présentés, le prix n'est pas décerné, le montant sera reporté au concours suivant ; alors l'Académie, à son choix, pourra partager les 6 000 francs en plusieurs prix ou donner un prix unique de 6 000 francs.

Prix Laborie. — 5 000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

Prix du baron Larrey. — 500 fr., *p. a.* (Annuel.) — Ce prix, qui ne pourra être divisé que dans des cas exceptionnels, sera attribué à l'auteur du meilleur travail de statistique médicale. Dans le cas où, par exception, il ne pourrait être décerné, l'Académie serait autorisée à l'employer dans son intérêt.

Fondation Laval. — 1 000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Les arrérages seront donnés comme récompense à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.

Prix Lefèvre. — 2 500 fr., *p. i.* (Triennal.) — Question : *De la mélancolie.*

Prix Leveau. — 1 500 fr., *p. a.* (Annuel.) — Ce prix est destiné à récompenser les élèves en médecine ou en pharmacie, les médecins ou pharmaciens qui auraient trouvé des moyens nouveaux et bons pour soulager ou guérir des maladies, notamment la migraine et les coliques néphrétiques.

Prix Henri Lorquet. — 300 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

Prix Magitot. — 1 000 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail, manuscrit ou imprimé, paru dans les deux années précédentes sur une question de stomatologie ou d'odontologie, plus spécialement d'odontologie. — Par question de stomatologie ou d'odontologie, le testateur a entendu celles qui sont relatives à la bouche, aux mâchoires, aux dents, aux sinus, à la voûte palatine, au voile, etc., s'en rapportant pour le reste à l'appréciation de la Commission académique.

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2 600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux et des oreilles. — L'Académie aura la plus grande latitude pour l'attribution de ces récompenses. — Dans le cas où elle jugerait qu'il n'y a pas lieu de décerner les prix indiqués ci-dessus, elle pourra encore exceptionnellement, et si l'occasion se présente, récompenser une grande découverte dans l'ordre médical.

Prix Monbinne. — 1 500 fr., *p. a.* (Annuel.) — M. Adolphe Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1 500 francs destinée « à subventionner par une allocation annuelle (ou biennale de préférence) des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire ». — « Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins. » — Les candidats qui solliciteraient des avances en vue d'une mission adresseront leur demande au président de l'Académie ; ils seront invités à fournir, à la Commission du prix, des renseignements sur la mission projetée.

Prix Nativelle. — 600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire ayant pour but l'extraction du principe actif, défini, cristallisé, non encore isolé, d'une substance médicamenteuse.

Prix Orfila. — 2 000 fr., *p. i.* (Biennal.) — Question : *Étude des poisons du groupe des saponines.*

Prix Oulmont. — 1 000 fr., *p. i.* — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'internat (chirurgie).

Prix Pannetier. — 4 000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné chaque année à l'auteur d'une découverte en médecine ou en chirugie ou à toute personne qui se sera distinguée dans l'application des découvertes récentes.

Prix Perron. — 3 800 fr., *p. a.* (Quinquennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du mémoire le plus utile aux progrès de la médecine.

PRIX PORTAL. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Lésions du sang des tissus et des organes dans l'intoxication par les gaz délétères employés pendant la guerre.*

PRIX POURAT. — 1200 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Physiologie du tremblement.*

PRIX REBOULEAU. — 2000 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix est destiné à récompenser des travaux et des découvertes concernant la guérison de la hernie.

PRIX ROUSSILHE. — 10000 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à tout savant français ou étranger, quel qu'il soit, qui aurait, par ses découvertes et ses travaux, fait accomplir le pas le plus étendu à la science dermatologique dans le sens du soulagement, ou de la guérison des maladies de la peau, principalement et avant toutes autres affections de cette catégorie, de la guérison ou du soulagement du psoriasis.

PRIX SABATIER. — 600 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur n'importe quelle branche des sciences médicales.

PRIX SAINT-LAGER. — 1500 fr., *p. i.* — Extrait de la lettre du fondateur : « Je propose à l'Académie de médecine une somme de 1500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration aux animaux de substances extraites des eaux ou des terrains à endémies goitreuses. » — Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la commission académique.

PRIX SAINTOUR. — 4400 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur n'importe quelle branche de la médecine.

PRIX STANSKI. — 1500 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à celui qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance, en l'étudiant dans les épidémies en général ou au moins dans une maladie épidémique en particulier. — Si l'Académie de médecine ne trouvait pas un travail sous ce rapport digne de cette récompense, elle l'accordera à celui qui, dans le courant des deux années précédentes, aura le mieux éclairé une question quelconque relative à la contagion dans les maladies incontestablement contagieuses, c'est-à-dire inoculables. (Extrait du testament.)

PRIX TARNIER. — 3000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, en français, relatif à l'obstétrique.

PRIX VERNOIS. — 800 fr., *p. a.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

PRIX ZAMBACO. — 600 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la lèpre ou sur une question concernant cette maladie (par exception : étiologie, contagion, traitement, etc.). — Ce travail aura pour base l'observation clinique, il s'appuiera sur des faits cliniques minutieusement observés.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1921

(Les Concours seront clos fin février 1921.)

(Pour les prix Alvarenga, Apostoli, Argut, Barbier, Bourceret, Buignet, Chevillon, Clarens, Desportes, fondation Fernand Dreyfous, prix Th. Herpin (de Genève), Laborie, baron Larrey, fondation Laval, prix Leveau, Lorquet, Monbinne, Nativelle, Pannetier, Stanski et Vernois, voir, ci-dessus, les prix proposés pour 1920.

PRIX DE L'ACADÉMIE. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Des applications physico-thérapeutiques dans les tumeurs malignes.*

PRIX CAPURON. — 1600 fr., *p. a.* (Annuel.) — Question : *Traitement hydrominéral des affections chroniques consécutives aux blessures de guerre.*

PRIX MARIE CHEVALLIER. — 8000 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur français du meilleur travail publié dans l'intervalle de chaque période triennale, sur les origines, le développement ou le traitement, soit de la phtisie pulmonaire, soit des autres tuberculoses.

PRIX CIVRIEUX. — 900 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Traitement de l'épilepsie traumatique.*

PRIX DAUDET. — 1700 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Traitement des cancers de l'utérus.*

PRIX FERDINAND DREYFOUS. — 2800 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix servira à récompenser le meilleur travail sur les accidents urémiques et leur traitement. — Ne pourront prendre part à ce concours que les internes en exercice dans les hôpitaux de Paris ou les anciens internes concourant pour les hôpitaux ou les médecins des hôpitaux de Paris.

CONCOURS VULFRANC-GERDY. — (Voir plus haut, p. 74.) — L'Académie met au concours une place de stagiaire aux eaux minérales. — Les candidats devront se faire inscrire au siège de l'Académie de médecine ; la liste d'inscription sera close le 31 octobre 1921. — Le candidat nommé entrera en fonctions le 1er mai 1922. — Une somme de 1500 francs sera attribuée à ce stagiaire.

PRIX ERNEST GODARD. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Au meilleur travail sur la pathologie externe. (Voir plus haut, p. 74.)

PRIX HENRI HUCHARD, de l'Académie de médecine (prix de dévouement médical en souvenir de leur fille Marcelle Huchard). — 6300 fr., *p. a.* (Biennal.) — Ce prix, qui pourra être partagé en deux ou trois parts, sera attribué à une personne ou des personnes de nationalité française, appartenant de préférence au corps médical (étudiants, médecins, chirurgiens, etc.), par exception à des personnes n'en faisant pas partie, s'étant distinguées par leur dévouement aux malades ou à la science médicale.

PRIX DU COMTE HUGO. — 1000 fr., *p. i.* (Quinquennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur un point de l'histoire des sciences médicales.

PRIX HUGUIER. — 4000 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, en France, *sur les maladies des femmes et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections* (non compris les accouchements). — Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés : seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions.

PRIX ITARD. — 2400 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera accordé à l'auteur du meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. — Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

PRIX CLOTILDE LIARD. — 5000 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné au savant ayant apporté le plus de perfectionnement dans le traitement de la diphtérie.

PRIX MAGNAN. — 3500 fr., *p. i.* (Triennal.) — Question : *Alcoolisme et criminalité.*

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux.

PRIX OULMONT. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'Internat (médecine).

PRIX DU BARON PORTAL. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Anatomie pathologique et expérimentale des greffes utilisables en chirurgie humaine.*

PRIX POTAIN. — 2400 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage de clinique médicale paru dans chaque période triennale.

PRIX POURAT. — 1200 fr.. *p. i.* — Question : *Mécanisme de la glycosurie par l'adrénaline.*

PRIX JEAN REYNAL. — 1200 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera attribué au travail le meilleur relatif à une question d'hygiène publique ou de police sanitaire vétérinaire.

PRIX PHILIPPE RICORD. — 600 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage paru dans les deux ans sur les maladies vénériennes.

PRIX MARC SÉE. — 1200 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur français du meilleur travail concernant l'anatomie et la physiologie de l'homme, publié dans les quatre années et non récompensé antérieurement par l'Académie de médecine ou par l'Institut.

PRIX TARNIER. — 3000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, en français, relatif à la gynécologie.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1922

(Les Concours seront clos fin février 1922.)

(Pour les prix Alvarenga, Amussat, Apostoli, Argut, Baillarger, Barbier, Ch. Boullard, Bourceret, Buignet, Campbell-Dupierris, Chevillon, Clarens, Desportes, G. Dieulafoy, fondation Fernaud Dreyfous, prix Guinchard, Herpin (de Genève), Huguier, Laborie, Larrey, Laval, fondation Laval, prix Leveau, Lorquet, Magitot, Monbinne, Nativelle, Pannetier, Sabatier, Saintour, Vernois et Zambaco, voir ci-dessus les prix proposés pour 1920 et 1921.)

PRIX DE L'ACADÉMIE. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *L'avenir des blessés du crâne.*

PRIX LOUIS BOGGIO. — 4500 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix est destiné à encourager et à récompenser les études faites dans le but de trouver la guérison de la tuberculose.

PRIX ADRIEN BUISSON. — 11000 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur des meilleures découvertes ayant pour résultat de guérir des maladies reconnues jusque-là incurables dans l'état actuel de la science.

PRIX CAPURON. — 1000 fr., *p. a.* (Annuel.) — Question : *Les gaz thermaux.*

PRIX CIVRIEUX. — 900 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Formes cliniques et traitement de la syphilis médullaire.*

PRIX DAUDET. — 1700 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *La*

transformation des épithéliomes en sarcomes. Critique historique. — Recherches anatomo-pathologiques et expérimentales.

PRIX FALRET. — 700 fr., *p. i.* (Triennal.) — Question : *Les épilepsies traumatiques de guerre.*

CONCOURS VULFRANC-GERDY. — (Voir plus haut, p. 74.) — L'Académie met au concours une place de stagiaire aux eaux minérales. — Les candidats devront se faire inscrire au siège de l'Académie de médecine ; la liste d'inscription sera close le 31 octobre 1922. — Le candidat nommé entrera en fonctions le 1er mai 1923. — Une somme de 1500 francs sera attribuée à ce stagiaire.

PRIX ERNEST GODARD. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Au meilleur travail sur la pathologie interne. (Voir plus haut, p. 74.)

PRIX HERPIN (de Metz). — 2000 fr., *p. a.* (Quadriennal.) — Question : *Traitement abortif de la poliomyélite.*

A défaut de concurrents spéciaux, l'Académie pourra employer tout ou partie de ce prix à récompenser ou à provoquer des travaux sur les effets thérapeutiques comparés de plusieurs sources d'eaux minérales naturelles, qui sont aujourd'hui employées contre des maladies semblables ou analogues entre elles.

PRIX JACQUEMIER. — 2500 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail sur un sujet d'obstétrique qui aurait réalisé un progrès important.

Les travaux devront avoir au moins six mois de publication avant l'ouverture du concours.

PRIX LOUIS. — 4500 fr., *p. i.* (Triennal.) — Question : *Des relations existant entre les propriétés thérapeutiques des différents agents et leur composition chimique.*

PRIX CLAUDE MARTIN (de Lyon). — 800 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à tous travaux manuscrits ou imprimés, rédigés en français, quels qu'en soient les auteurs, et portant sur des sujets touchant à l'art dentaire (odontologie, stomatologie, prothèse bucco-faciale).

PRIX MÈGE. — 1400 fr., *p. i.* (Triennal.) — Question : *Le mécanisme du shock.*

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des oreilles.

PRIX ANNA MORIN. — 2500 fr., *p. i.* (Quadriennal.) — Ce prix sera décerné à un médecin âgé de moins de trente ans, ayant produit le meilleur travail pour la guérison de l'angine couenneuse.

PRIX ORFILA. — 2000 fr., *p. i.* (Biennal.) — Question : *Étude des poisons du groupe des saponines.*

PRIX OULMONT. — 1000 fr., *p. i.* — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'internat (chirurgie).

PRIX PORTAL. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Des pancréatites hémorragiques.*

PRIX POURAT. — 1200 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Du mécanisme de la régulation thermique.*

PRIX STANSKI. — 1500 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à celui qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance, en l'étudiant dans les épidémies en général ou au moins dans une maladie épidémique en particulier.

Si l'Académie de médecine ne trouvait pas un travail sous ce rapport digne de cette récompense, elle l'accordera à celui qui, dans le courant des deux années précédentes, aura le mieux éclairé une question quelconque relative à la contagion dans les maladies incontestablement contagieuses, c'est-à-dire inoculables. (Extrait du testament.)

PRIX TARNIER. — 3000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, en français, relatif à l'obstétrique.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 9 JANVIER 1919)

Séance de fin d'année. — M. VARIOT, président de la Société et M. DE MASSARY, secrétaire général, prononcent le discours d'usage. M. SIREDEY prend la parole pour faire l'éloge de Duguet, Jacquet, Millard, Mathieu, membres de la Société, décédés pendant la durée de la guerre.

Du discours de M. Variot, il convient de citer le passage suivant qui montre à quel point les rapports entre la Faculté de médecine et les médecins des hôpitaux sont devenus plus intimes, au grand avantage des étudiants, de l'enseignement de la médecine, et du rayonnement de la médecine française.

« Pour se soulager de la lourde charge des examens probatoires de clinique, certains professeurs ont fait appel à quelques-uns de nos collègues des hôpitaux qui prennent part ainsi à la collation des grades universitaires. La Faculté tend donc à rapprocher les médecins des hôpitaux de ses agrégés, dont les privilèges étaient exorbitants : elle ne s'arrêtera pas sans doute dans cette voie. Il ne faut plus qu'à l'avenir il y ait des membres de notre Société qui, n'étant pas agrégés, ne puissent même pas poser leur candidature aux chaires officielles, qu'ils ont mérité d'occuper par l'originalité de leurs travaux, le rayonnement de leur enseignement et leur notoriété mondiale. Il vaut mieux abaisser certaines barrières, comme celles de l'agrégation, que d'attendre qu'elles soient renversées par une poussée irrésistible. Ce faisant, l'Université suivra le mouvement progressif qui entraîne aujourd'hui tout le corps social. »

JURISPRUDENCE

LES CONCOURS D'AGRÉGATION DE MÉDECINE

Le Conseil d'Etat a rendu un arrêt intéressant sur les pouvoirs du ministre de l'Instruction publique en matière de concours d'agrégation de médecine. *Le Temps* (4-1-20) en donne les circonstances et les considérants.

Les règlements du concours d'agrégation de médecine (section de chirurgie) prévoient une épreuve dont les résultats sont cotés de 0 à 20. Elle se divise en trois sous-épreuves portant chacune sur un objet séparé. C'est la moyenne des notes des trois sous-épreuves qui constitue la note unique et définitive de l'épreuve.

Or le jury du concours de 1913, au lieu de coter suivant la moyenne des notes, a additionné les notes des trois sous-épreuves et a ainsi proclamé les résultats. C'est ainsi que fut admis le docteur Picquand.

Mais l'erreur fut vite reconnue par les candidats, car les notes sont publiques et il suffit aux intéressés d'opérer les calculs qui auraient dû être effectués par le jury. Après réfection de ces calculs, il apparut qu'un autre candidat, le docteur Gorsse, avait plus de points que le docteur Picquand (voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, p. 1349). Le ministre fut saisi de l'incident et demanda au jury de recommencer ses calculs. C'est ce que fit le jury et en conséquence c'est le docteur Gorsse qui fut nommé agrégé le 13 juillet 1913 près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse.

C'est contre ce résultat que s'est pourvu devant le Conseil d'Etat le docteur Picquand. Il a allégué que le ministre avait excédé ses pouvoirs en modifiant les premières décisions du jury d'examen.

Mais, ainsi que l'a fait remarquer à la haute assemblée le commissaire du gouvernement Riboulet, l'intervention du ministre n'a pas eu pour but une immixtion dans l'application des notes ou dans l'appréciation de la valeur des candidats. Il s'est borné à un rappel au règlement.

Conformément à ces conclusions, le Conseil d'Etat a jugé qu'il appartenait en effet au ministre de signaler au jury l'erreur commise et de lui demander de la rectifier.

Dès lors, décidant que le docteur Gorsse se trouvait, en raison des points obtenus par lui, désigné pour être institué agrégé, le ministre, loin de commettre un excès de pouvoir, n'a fait que constater, en appliquant les règles du statut de l'agrégation, le résultat des opérations. Le pourvoi du docteur Picquand a donc été rejeté.

Ce n'est pas la première fois que l'agrégation donne lieu à des réclamations pour lesquelles le Conseil d'Etat est appelé à statuer. Notamment par un arrêt du 28 juillet 1905 (*D. P.*, 1907-3-34) la haute Assemblée a déclaré justifiée l'annulation par le ministre de l'Instruction publique des opérations d'un concours à la suite duquel l'un des candidats avait été désigné par le jury après un scrutin unique comme ayant obtenu la majorité absolue, alors que des membres du jury présents à la séance du jugement s'étaient

abstenus, leur abstention devant être considérée comme un vote contraire à la réception du candidat. La *Gazette des hôpitaux* (1913, p. 1105, 1121, 1137) a signalé les décisions qui avaient annulé différents concours d'agrégation. Nous nous bornons à y renvoyer nos lecteurs.

UN ARRÊT INTÉRESSANT AU SUJET DE LA PROROGATION DU BAIL

Nous avons dans une de nos dernières jurisprudences donné les raisons pour lesquelles la prorogation à laquelle a droit le médecin est celle d'une durée égale à celle des hostilités. (V. *Gaz. des hôpit.*, 1919, n° 79, p. 1242.)

Un arrêt de la Chambre civile de la Cour de cassation du 4 novembre 1919 consacre aujourd'hui notre opinion (*Gaz. Pal.*, 12-12-19).

Dans le cas d'un bail unique, dit l'arrêt, le bénéfice de la prorogation pour une durée égale au temps écoulé entre le décret de mobilisation et le décret fixant la cessation des hostilités accordé au locataire qui exerce un commerce, une industrie ou une profession dans les locaux loués, ne peut souffrir aucune restriction du fait qu'il en affecte une partie à son habitation personnelle ou à celle de sa famille ; par suite la prorogation réclamée (il s'agissait d'un notaire) au titre de la location à usage professionnel ne saurait être limitée à ce titre à deux pièces de la maison considérées comme seules nécessaires à l'exercice de ses fonctions.

Cependant, si les locaux commerciaux, industriels ou professionnels et les locaux d'habitation dépendant d'une même location, sont complètement distincts les uns des autres et peuvent faire l'objet de mesures différentes, sans préjudice pour l'exploitation des locataires, une Commission arbitrale peut accorder une prorogation distincte (Cass., 19 mai 1919, *Gaz. Pal.*, 8-11-19). Mais cette solution doit être exceptionnelle, car la durée de la prorogation doit s'apprécier, comme nous le disions plus haut, pour tous les locaux faisant partie de la location d'après le caractère principal de celle-ci.

Voilà donc maintenant une question bien tranchée, et on ne peut plus discuter.

R.-MARCEL PETIT.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES SURSIS POUR LA CLASSE 1920

M. Charles Dumont, député, demande à M. le Ministre de la Guerre quelles mesures il compte prendre pour accorder un sursis d'incorporation aux jeunes gens de la classe 1920, qui n'ont pu, quand ils ont passé le Conseil de revision 1918, demander un sursis renouvelable de fin d'études, ajoutant que la dépêche 3522 2/1 du 18 février indiquait que des dispositions seraient prises ultérieurement pour qu'il soit statué sur les demandes de l'espèce qui n'avaient pas été produites en temps utile. (*Question du 23 décembre 1919.*)

Réponse. — Des mesures sont à l'étude en vue de permettre aux étudiants de la classe 1920 d'achever l'année scolaire en cours avant d'être incorporés.

COURS ET CONFÉRENCES

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX DE PARIS. — MÉDECINE GÉNÉRALE. — M. A. Béclère (Hôpital Saint-Antoine) : Visite quotidienne, de 8 heures à 9 heures du matin, des salles Grisolle et Magendie. Enseignement clinique élémentaire.

M. Bensaude (Hôpital Saint-Antoine) : Maladies de l'intestin.

M. Coyon (Hôpital Saint-Antoine) : Mardi et samedi, à 9 h. 1/2, cours de séméiologie médicale.

M. A. Florand (Hôpital Lariboisière) : Tous les matins, à 10 heures, visite dans les salles.

M. Enriquez (Hôpital de la Pitié) : Enseignement spécial des maladies du tube digestif. Mardi et jeudi, à 10 heures, consultations spéciales (M. Gaston Durand, assistant). Samedi, à 10 heures, leçons cliniques. Lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures, examens aux rayons X.

M. Josué (Hôpital de la Pitié) : Maladies du cœur et des vaisseaux. Lundi, à 10 heures, techniques cardio-vasculaires spéciales. Mercredi, à 10 heures, conférence clinique. Vendredi, à 10 heures, consultation spéciale.

M. Le Noir (Hôpital Saint-Antoine) : Maladies du tube digestif. Tous les matins, à 10 heures, visite.

M. Lesné (Hôpital Tenon) : Tous les matins, visite à 10 heures; leçons cliniques, mardi, jeudi, samedi, à 11 heures.

M. Lortat-Jacob (Hôpital Lariboisière) : Séméiologie des affections du système nerveux. Tous les vendredis, à 10 heures, conférences avec le concours de MM. Sézary, A. Tournay, G.-L. Halley.

M. Sergent (Hôpital de la Charité) : Maladies de l'appareil respiratoire et tuberculose. Le mercredi matin, à 10 h. 1/2, conférences cliniques. Le samedi matin, à 10 heures, consultation spéciale. Les mardi et jeudi matin, enseignement pratique au lit du malade.

M. Souques (Hospice de la Salpêtrière) : Maladies du système nerveux. Le mercredi à 10 h. 1/2, à la consultation externe de la Salpêtrière, présentation de malades avec discussion du diagnostic et du traitement.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES & DIAGNOSTIC DU PNEUMOTHORAX [1]

Formes cliniques. — De nombreuses autres variétés cliniques ont été décrites. A côté du pneumothorax simple, unilatéral, on a signalé le pneumothorax double ou bilatéral, et le pneumothorax suffocant. Le *pneumothorax bilatéral* est exceptionnel, soit qu'ils se produisent tous les deux en même temps, soit qu'un second pneumothorax vienne s'ajouter à un pneumothorax préexistant du côté opposé. C'est dans ces cas, extrêmement rares d'ailleurs, qu'il se produit une suffocation intense et la mort survient en quelques minutes. Mais dans certains cas, l'un des pneumothorax peut n'être que partiel, et la mort ne survient que quelques heures après. Ces faits se rapprochent du *pneumothorax suffocant* au point de vue tableau clinique. Le pneumothorax suffocant se caractérise par son début dramatique, l'asphyxie est rapide, la dyspnée intense, la cyanose marquée, le tout réalisant un aspect clinique extrêmement grave, qui peut entraîner la mort rapidement. Il peut dépendre soit du fait que le poumon opposé est atteint de lésions étendues, ce qui diminue encore le champ de l'hématose, soit qu'il se forme un pneumothorax à soupape (Bouveret). L'orifice de la perforation pulmonaire faisant clapet, la pression du gaz intrapleural s'élève au point de refouler le poumon du côté sain, le médiastin, le cœur surtout. De là les phénomènes de dyspnée intense et d'asphyxie, l'ampliation considérable de l'hémithorax atteint, la haute tonalité du son à la percussion; la ponction pleurale à l'aide du manomètre confirme l'existence de cette haute pression intrapleurale.

Enfin Sabourin a décrit il y a quelques années le *pneumothorax muet*, qui débute par une douleur vive et une grande dyspnée; mais à l'auscultation on ne trouve rien. Les signes physiques n'apparaissent qu'au bout de plusieurs jours. Ces faits sont à rapprocher de certains pneumothorax thérapeutiques, qui présentent souvent des signes physiques presque nuls.

Complications. — L'*emphysème sous-cutané* est très rare : l'insufflation gazeuse envahit la peau du thorax; elle peut se généraliser et devenir grave, le *phlegmon gazeux de la paroi thoracique*, signalé par Widal, Achard, et développé autour du point de ponction d'un pyopneumothorax putride est très rare.

L'ouverture d'un pyopneumothorax sous la peau, ou *pyopneumothorax de nécessité* (Galliard) : il se forme au niveau des premiers espaces intercostaux, en avant, dans la région mamelonnaire, une tumeur indolente, molle et fluctuante, réductible, parfois pulsatile si elle est à gauche, donnant l'impulsion à la toux. Si l'on n'intervient pas, il peut se produire une perforation cutanée à ce niveau et une fistule.

Enfin l'ouverture dans les organes voisins : pyopneumopéricarde.

B. PNEUMOTHORAX PARTIEL OU ENKYSTÉ. — Il survient en général chez des tuberculeux qui ont eu des lésions pleuro-pulmonaires antérieures, chez les anciens pneumoniques ou pleurétiques, d'où les adhérences pleuro-pariétales et pleuro-viscérales, qui cloisonnent la grande cavité. Il peut survenir au cours d'une pleurésie purulente enkystée qui s'évacue par vomique. Le *début* est insidieux, latent, passant d'ordinaire inaperçu. Les signes fonctionnels sont à peine marqués, la dyspnée est insignifiante, les douleurs minimes; les signes physiques sont aussi effacés le plus souvent. C'est à peine si l'on peut constater parfois à l'inspection une certaine ampliation thoracique circonscrite, parfois une légère dépression. La sonorité tympanique localisée est inconstante. Les vibrations persistent à ce niveau; à l'auscultation on entend le murmure vésiculaire et souvent même des râles surajoutés, du gargouillement, plus rarement de la respiration amphorique. Ces bruits adventices sont dus au poumon plus ou moins lésé sous-jacent. Nous verrons à propos du diagnostic à quelles erreurs ce pneumothorax partiel peut conduire et comment on pourra le dépister. L'évolution en est en général prolongée et le pronostic est moins grave.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. — Le diagnostic du pneumothorax paraît bien facile quand tous les signes d'auscultation sont perceptibles; mais il ne faut pas oublier que, dans certains cas, les signes fonctionnels sont peu bruyants et les signes physiques effacés. Il y a des cas à début insidieux, il y a, enfin, des pneumothorax muets. Tous ces faits doivent inviter les médecins à rechercher attentivement le pneumothorax dès qu'il se trouvera devant un symptôme tel que l'abolition du murmure vésiculaire, et ce signe doit éveiller l'idée d'un pneumothorax, surtout s'il y a du tympanisme en même temps.

I. **Pneumothorax généralisé.** — 1. Au *début*, la dyspnée intense, brusque, doit faire discuter le diagnostic avec :

a. L'*asthme*, caractérisé par une dyspnée à type spécial, pénible, sans accélération respiratoire; les râles sont ronflants et sibilants, diffus dans toute la poitrine; l'expiration est surtout difficile; une expectoration spéciale termine souvent la crise.

b. L'*emphysème pulmonaire*, au cours duquel on constate une sonorité diffuse, mais non tympanique, coexistant avec une diminution souvent très marquée du murmure vésiculaire et diminution des vibrations. Il n'y a jamais de silence respiratoire absolu et les lésions sont bilatérales.

c. L'*œdème aigu du poumon*, marqué par une toux quinteuse avec expectoration abondante, saumonnée; à l'auscultation on entend des râles fins nombreux, montant comme un flot de bas en haut du poumon.

Le diagnostic sera posé encore avec :

L'embolie pulmonaire : expectoration hémoptoïque et foyer de râles en un point (base droite le plus souvent);

L'urémie à forme respiratoire, dyspnée sine materia;

Le pseudo-asthme cardiaque;

L'angor pectoris;

Les dyspnées des phtisies aiguës.

2. *Quand les signes fonctionnels sont calmés* et dans les jours suivants, le diagnostic est à discuter avec :

L'emphysème pulmonaire;

La spléno-pneumonie de Grancher.

La pneumonie massive de la base avec bruit skodique sous la clavicule. Mais les vibrations sont exagérées; l'évolution est spéciale, l'expectoration rouillée, la température élevée, l'accélération du pouls font faire le diagnostic.

Un épanchement pleurétique abondant donne bien une matité étendue et du skodisme sous-claviculaire. Mais il n'y a pas de bruits de succussion, même dans la position horizontale. Enfin, la limite supérieure de la matité n'est ni horizontale ni mobile avec la position du malade. Cependant il est des cas difficiles, ceux de pneumothorax avec gros épanchement liquide. L'épanchement gazeux peut, dans ces cas, passer inaperçu. Grâce à la succussion horizontale (Chauffard) et à l'examen radioscopique, le diagnostic devrait toujours se faire.

Enfin avec une distension gazeuse considérable de l'estomac ou du côlon avec refoulement du diaphragme en haut.

II. **Pneumothorax enkysté.** — Il passe souvent inaperçu et les causes d'erreur auxquelles il peut prêter dépendent du siège de l'épanchement gazeux.

1. *Pneumothorax du sommet.* — Souvent consécutif à la tuberculose pulmonaire qui a cloisonné la plèvre. C'est le cas le plus fréquent, et par hasard, le plus souvent, le diagnostic peut se poser quand on trouve à ce niveau les signes d'une caverne pulmonaire. S'agit-il d'une caverne étendue ou d'un pneumothorax du sommet? On s'appuiera sur l'histoire du malade, les antécédents personnels. La caverne s'accompagne le plus souvent de matité étendue et les vibrations sont augmentées; il y a un retentissement déchirant de la toux avec pectoriloquie; l'expectoration est abondante et contient des bacilles. Dans le pneumothorax il y a le plus souvent une voussure et non une dépression et du tympanisme localisé sans matité. Une radiographie tranchera les cas difficiles.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 1, p. 15, et n° 2, p. 31.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 15 francs par an.
Étudiants étrangers, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 6 fr. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 13 janvier. — MM. Gauthier, 15; Beaufumé, 18; Ameuille, 17.

Séance du 14 janvier. — MM. Laroche, 19; Chabrol, 16; Tanon, 17.

— Concours de l'internat. — *Anatomie.* — Séance du 14 janvier. — MM. Doubrère, 12 ; Chastang, 13; Grenaudier, 11; Villetard de Prunières, 9; Cordey, 13; Estrabaut, 11; Duhail, 10.

— Concours de l'externat. — *Pathologie.* — Séance du 11 janvier. — Question donnée : « Fracture de l'extrémité inférieure du radius. »

MM. Mars, 10; Richard, 14; Neyret, 9; Rachet, 15; Perlis (André), 15; Méry, 12; Rimé, 18; Nouviale, 13; Minon, 12; Meyer-May, 15 1/2; Renard, 15; Poumailloux et Quermonne, 13; Martin (Michel), 15; Meignant et Plouvier, 14; Moles et Nœtinger, 15; Richard du Page, 12; Martin (Henri), 13.

Anatomie. — Séance du 13 janvier. — Question donnée : « Veines superficielles du membre inférieur. »

MM. Digonnet, 12; Cournand, 14; Courtin, 18; Cohen, 11; Chabaud (Alexandre), 10; Delage, 15; Dessert, 16; Cornet, 12; Coste, 18 1/2; Chevalier (Louis), 12; Chapuis, 10; Célice, 13; Chermezon, 9; Deschiens, 8; Chazel, 15; du Fayet de la Tour, 11; Dessert, 12; Couton, 9.

CONCOURS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — *Epreuve clinique.* — Séance du 13 janvier. — MM. Sautelet, 16 + 8 = 24; Balizeaux, 13 + 7 = 20; Sasportes, 17 + 9 = 26.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Les professeurs sont rangés par ordre d'ancienneté dans les classes suivantes :

Paris. — Première classe, 25.000 francs : MM. Richet, Pouchet, Hutinel, de Lapersonne, Gilbert, Roger, Nicolas, Ribemont-Dessaignes, Quénu, Prenant, Widal, Chauffard, Weiss.

Deuxième classe, 23.000 francs : MM. Delbet, Marfan, Hartmann, Bar, Marie, Broca, Teissier, Desgrez, Lejars, Achard, Robin, Legueu, Letulle, Couvelaire, Carnot, Bezançon, Vaquez, Dupré, Jeanselme.

Départements. — Première classe, 22.000 francs : MM. Herrmann, Tédenat, Imbert, Weiss, Lescœur, Pitres, Testut, Tourneux, Lambling, Vuillemin, Guillaud, Malosse, Teissier, Dubar, Hugounenq, Debierre, Vialleton, Herrgott, Ferré, Denigès, Wertheimer, Granel, Combemale, Garnier, Mairet, Macé, Baudry, Bergonié, Arnozan, Lemoine, Bræmer, Forgue, Florence, Curtis, Sigalas, Laguesse.

Deuxième classe, 20.000 francs : MM. Hérail, Abelous, Mossé, Simon, Truc, Saint-Ange, Hédon, Curtillet, Tapie, Baumel, Rémond, Lamic, Bard, Doumer, Surmont, Bouin, Pachon, Pollosson, Meyer, Gilis, Romier, Barrois, Sarda, Estor, Moussous, Ducamp, Weill, Bertin-Sans, Pousson, Audry, Parisot, Pollosson (A.), Fockeu, Marie, Vallois, Bézy, Haushalter, Bosc, Denucé, Gérard, Le Dantec.

Troisième classe, 18.000 francs : MM. Charmeil, Carlier, Villar, Dubreuilh, Rollet, Fabre, Roque, Beille, Verdun, Nicolas, Ancel, Rauzier, Guilhem, Dupouy, Morel, Cassaët, Soulié, Lagrange, Paviot, Gaudier, Auché, Audebert, Guiart, Collet, Pic, Frenkel, Hoche, Moure, Rispal, Ardin-Delteil, Carrière, Cluzet, Vautrin, Vires, Poujol, Courmont, Bardier, Ribaut, Sabrazès, Lambret, Moreau, Weber, Gentes, Etienne, Morel, Chavannaz, Martin (Et.), Dufour, Doyon, Tixier, Verger, Bérard, Lépine, Argaud, Bégouin, Desforges-Mériel, Raviart, Bué, Massabuau.

Quatrième classe, 16.000 francs : MM. Frœlich, Spillmann, Cestan, Abadie, Gillot, Derrien, Dubreuil, Breton, Rivière. (*J. O.*, 13 janv. 1920.)

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Angers. — Sont prorogés dans leurs fonctions, à dater du 1er novembre 1919 jusqu'au 30 juin 1924, MM. les professeurs suppléants Montier (histoire naturelle); Divai (pharmacie et matière médicale).

— BESANÇON. — M. Maldiney, chef des travaux pratiques de physique à la Faculté des sciences de l'Université de Besançon, est chargé, en outre, du 1er novembre 1919 au 31 octobre 1920, d'un cours de physique à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de cette ville.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — CONCOURS D'ADJUVAT DE 1920. — Un concours s'ouvrira à Paris, au ministère de l'intérieur, le lundi 8 mars 1920, tant pour l'admission aux emplois de médecin adjoint des asiles publics d'aliénés que pour l'aptitude aux fonctions de médecin d'asiles privés.

Le nombre des postes de médecin adjoint des asiles publics mis au concours est fixé à 20.

Les candidats qui désirent participer au concours doivent adresser au ministre de l'Intérieur une demande accompagnée de leur acte de naissance, de leurs états de services, d'un exposé de leurs titres, d'un résumé succinct de leurs travaux, du dépôt de leurs publications, des pièces établissant leur stage et l'accomplissement de leurs obligations militaires, ainsi qu'un état de leurs titres militaires, avec pièces justificatives.

Les candidatures seront inscrites au ministère de l'Intérieur (1er bureau de la direction de l'Assistance et de l'hygiène publiques, 7, rue Cambacérès), jusqu'au mercredi 18 février 1920 inclus.

Chaque postulant sera informé, par lettre individuelle, de la suite donnée à sa demande.

— M. Kohn-Abrest, directeur du laboratoire de toxicologie à la Préfecture de police, chef des travaux toxicologiques au laboratoire de médecine légale de l'Université de Paris, est nommé auditeur auprès du Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

— M. le docteur Guisset est nommé directeur administratif de l'asile public de Font-d'Aurelle.

LE MINISTÈRE DES RÉGIONS LIBÉRÉES offre aux médecins qui désireraient s'installer, au moins temporairement, dans les localités des régions libérées dépourvues de médecins civils, les conditions suivantes :

1° Les médecins seraient mis, par le ministère de la Guerre, à la disposition du ministère des Régions libérées sous réserve d'assurer, toutes les fois que le secteur d'affectation le comportera, un service militaire aussi réduit, du reste, que possible;

2° Ils ne cesseraient pas d'être régis par leur statut militaire;

3° Ceux dont la solde serait inférieure à 1.000 francs par mois recevraient, du ministère des Régions libérées, le complément nécessaire pour atteindre cette somme;

4° Ils seraient engagés pour une période de trois mois renouvelable et autorisés à faire de la clientèle payante;

5° Ils seraient dotés, par les soins du ministère des Régions libérées, d'une automobile avec fourniture gratuite de pneus et d'essence calculée d'après le trajet que leur service d'assistance civile les obligerait à accomplir.

Les premiers postes à pourvoir sont des postes fixes, afférents aux infirmeries et hôpitaux, dont l'installation et l'organisation sont nécessitées par la constitution des centres importants où sera réunie la main-d'œuvre à employer dans les régions libérées.

Les postes de cette nature sont : dans la Marne, l'hôpital de Prouilly et le centre de Pont-Faverger; dans la Somme, l'hôpital d'Hattencourt et l'hôpital d'Albert.

Les demandes des médecins devront être adressées au Sous-Secrétaire d'Etat du Service de santé (services du personnel), 30, avenue Marceau, à Paris (VIIIe).

GUERRE. — Sont admis dans le cadre actif :

Avec le grade de médecin-major de deuxième classe : MM. Gibert (G.-J.-L.), médecin-major de deuxième classe de réserve; Dichamp (L.-J.-E.-E.-P.), médecin-major de deuxième classe de territoriale. (*J. O.*, 8 janv. 1920.)

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier (à titre posthume) :

M. Baulies (Maurice-Marie-Aimé), matricule 776, médecin-major de première classe : le 26 septembre 1915, apprenant que son colonel venait d'être blessé, s'est porté spontanément sur la première ligne sans se préoccuper du feu des mitrailleuses ennemies qui, en un instant, avaient mis hors de combat plusieurs officiers et hommes de troupe. A été tué en prodiguant ses soins à son chef. A été cité.

M. Gaussard (André), officier d'administration de troisième classe du Service de santé, Venu des officiers de santé au 164e régiment d'infanterie et voyant le feu pour la première fois a fait preuve d'un calme et d'une bravoure souriante qui ont fait l'admiration de tous. A été tué à la tête de sa section en prenant pied dans la tranchée ennemie. A été cité. (*J. O.*, 26 nov. 1919.)

MÉDAILLES DE LA RECONNAISSANCE FRANÇAISE. — *Médailles d'argent*. — MM. les docteurs Maurice Cazin, André Chantemesse, Georges Laurens (de Paris).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Béhier (de Saint-Malo), Dubreuil-Chambardel (de Tours), Halmagrand (d'Orléans), Pruvost [Emile-Pierre] (de Paris), Rachet (de Honfleur), Thomas (du Raincy), Violet [Jean-Marie-Louis] (de Pau).

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — L'Association générale des médecins de France et l'Association générale des pharmaciens ont pris l'initiative d'une cérémonie commémorative destinée à glorifier les membres du corps de santé tombés au Champ d'honneur.

M. le Président de la République a bien voulu accepter de présider cette manifestation qui aura lieu le dimanche 25 janvier, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne.

Des cérémonies religieuses des différents cultes seront célébrées à une date que nous ferons connaître ultérieurement.

IN MEMORIAM. — Nous recevons un extrait du *Marseille Médical* consacré par M. le professeur Oddo à la mémoire de Joseph et Maurice Louge, interne et externe des hôpitaux de Marseille, médecins auxiliaires, morts tous deux glorieusement pour la France.

Ces deux jeunes gens, les deux aînés de la belle famille de notre confrère le docteur Louge, chirurgien des hôpitaux de Marseille, après avoir été des étudiants modèles, sont tombés en véritables héros faisant joyeusement le sacrifice de leur vie pour protéger leurs blessés.

Que notre confrère le docteur Louge veuille bien trouver ici l'expression de notre profonde sympathie et de notre respectueuse admiration pour la mémoire de ses enfants.

HOPITAL BOUCICAUT. — Sur la proposition de M. Poiry, le Conseil municipal de Paris vient de renvoyer à l'Administration la délibération suivante (*Bull. mun. off.*, 1er janv. 1920) :

« L'Administration de l'Assistance publique est invitée à étudier d'urgence la création d'une maison de Santé privée pour les classes moyennes à l'hôpital Boucicaut, afin d'éviter aux chirurgiens de longs trajets qui prennent toujours une grande partie du temps qu'ils pourraient consacrer aux malades de l'hôpital.

L'Assistance publique fixerait le prix du séjour des malades à ladite maison de Santé privée.

Cet établissement pourrait être édifié dans la partie libre de l'hôpital Boucicaut située aux coins des rues de Lourmel et de la Convention; il pourrait avoir son entrée particulière sur la rue de Lourmel. »

EXPOSITION DE VÉHICULES POUR MUTILÉS. — Le journal l'*Auto* a organisé au Grand-Palais, avenue d'Antin, une exposition de véhicules pour mutilés. L'ingéniosité des fabricants a produit une série de véhicules s'adressant à toutes les variétés de mutilations, bicyclettes pour amputés du bras ou de la jambe, vélocimanes à trois roues, fauteuils roulants, etc., nous avons même vu un tri à moteur d'un prix tout à fait abordable.

Nous engageons vivement les confrères à visiter cette exposition dont l'entrée est gratuite.

REVUE GÉNÉRALE

RAGE

SYMPTOMES. DIAGNOSTIC. TRAITEMENT & PROPHYLAXIE (1)

Par René PORAK.

DEUXIÈME PARTIE

PRÉVENTION CONTRE LA RAGE

Tel est le tableau clinique de la rage, son diagnostic et son traitement. Il nous reste à étudier les différents moyens de prévention; la plupart émanent des travaux de Pasteur; ils nous permettent de lutter efficacement contre ce terrible fléau.

*
* *

LUTTE CONTRE LA RAGE DES ANIMAUX

Il importe d'abord d'empêcher la rage du chien de se propager à l'homme. A un simple examen le vétérinaire peut affirmer le diagnostic de rage. Il en est ainsi, par exemple, lorsque la voix du chien, devenant cassée et enrouée, donne lieu à un hurlement tout à fait caractéristique. D'autres fois, l'animal devient triste, refuse la nourriture mais continue à boire. Parfois l'animal devient plus caressant. D'autres fois il court, en proie à la fureur, mordant à belles dents tout ce qui se trouve sur son passage. Vers le quatrième jour et précédant de peu la mort, la paralysie du train postérieur se produit.

Dans certains cas l'animal n'a pas été retrouvé et le diagnostic reste en suspens.

Si le chien suspect a été abattu, on pratique l'autopsie; dans la rage l'estomac, vide d'aliments, contient des corps étrangers, des pierres, de la paille, du bois. On enlève le cerveau et le bulbe, on les place dans un récipient stérilisé, on en émulsionne un fragment dans un peu d'eau bouillie et on inocule l'émulsion dans la chambre antérieure de l'œil d'un lapin. Le bulbe de l'animal mordu peut être conservé dans la glycérine et envoyé dans un Institut Pasteur, où sa virulence démontrée fournit le seul signe de certitude de la rage.

Il arrive souvent qu'on n'a pas eu l'occasion d'observer les symptômes de l'animal mordeur ni d'assister à son autopsie; le médecin hésite alors à recommander le traitement antirabique et le malade tarde à s'y soumettre. Il est bon dans ces cas de pratiquer l'examen histologique des fragments du cerveau qui ont été envoyés à l'Institut antirabique; on constate des foyers miliaires, dans la substance grise et dans les régions motrices. Le groupement des noyaux embryonnaires se fait autour de certaines cellules nerveuses. Celles-ci sont pâles, vacuolaires, aux prolongements cassés, à noyau modifié, envahies par de petites cellules rondes mononucléaires (Babes). Négri (2) décrit dans le protoplasma des grandes cellules nerveuses de la corne d'Ammon des inclusions triangulaires ou pyriformes entourées d'une zone claire et renfermant un ou plusieurs petits corpuscules.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 4, p. 53.

(2) Négri. Soc. méd. de Pavi, 1903.

Van Gehuchten (1) a prétendu que seuls les nodules rabiques dans les ganglions spinaux et dans le pneumogastrique étaient caractéristiques de la rage.

Cet exclusivisme est vivement condamné par Babes qui écrit : « Dans le cas seulement où ni le bulbe, ni la moelle, ni les ganglions du chien mordeur ne présenteraient de thrombose leucocytaires ou de nodules périvasculaires ou péricellulaire, on peut supposer que le chien n'était très probablement pas enragé (2) ».

Il ne suffit pas de se garantir contre les animaux enragés. En ce qui concerne les chiens, il faut se préserver des autres chiens de la région qui ont pu être contaminés, sans qu'on en ait le soupçon. On devra s'attacher à la suppression des chiens errants dont le nombre s'est accru sensiblement durant la guerre : les chiens errants en effet d'une part sont plus exposés que les autres à être mordus et d'autre part leurs morsures restent ignorées (3). Pour reconnaître les chiens errants des autres, on a prescrit le port d'un collier; ce n'est pas un adjuvant suffisant dans la prophylaxie de la rage; aussi l'autorité administrative peut-elle ordonner, quand un cas de rage est signalé dans une commune, que « tous les chiens circulant sur la voie publique soient muselés ou tenus en laisse, durant deux mois au moins » (4). Pour diminuer le nombre des chiens errants, une taxe a été imposée aux possesseurs. Il faudrait poursuivre les fraudeurs trop nombreux qui échappent à cette taxe (Martel).

En France, le chien propage la rage. Tout chien mordeur doit être séquestré. La mise en observation pendant dix jours est suffisante; si pendant ce délai l'animal n'a présenté aucun symptôme, on peut affirmer aux personnes mordues qu'elles n'ont rien à craindre et relâcher l'animal.

Le chat ne déterminerait la rage en France que dans 7 à 8 p. 100 de cas.

Dans d'autres pays que la France les loups mordant hommes et troupeaux de bétail donnent à la rage une très grande extension.

Lorsqu'il n'y a pas eu de personnes mordues, les chiens ou chats mordus ou roulés par un animal enragé doivent être abattus immédiatement; l'incubation de la rage pouvant durer chez ces animaux de trente à soixante jours il y aurait danger à les conserver si longtemps en observation.

« Les animaux herbivores ainsi que les animaux de l'espèce porcine, du moment qu'ils ont été mordus par un animal enragé, peuvent être mis sous la surveillance du vétérinaire sanitaire, pendant une durée

(1) Van Gehuchten et Nélis. Les lésions histologiques de la rage chez les animaux et chez l'homme, *Bull. de l'Acad. de méd. de Bruxelles*, 1900, t. XXIV, n° 1.

(2) Babes. *Traité de la rage*, 1919, p. 213.

(3) En 1889, à la suite de la constatation à Londres de 123 cas de rage une ordonnance de police prescrivit de capturer les chiens errants. Or, l'année suivante, le nombre des cas de rage tombait à 32. En 1891, on n'en constatait plus que 13, et en 1892, dans la ville de Londres, on ne comptait plus que 3 chiens enragés.

(4) Article II. Décret du 6 octobre 1904.

de trois mois (1) ». La loi française défend de consommer les animaux enragés.

Si la prophylaxie de la rage était bien conduite, la rage disparaîtrait de la pathologie humaine, et la question de la vaccinothérapie ne se poserait même pas. Malheureusement, spécialement en France depuis la guerre, il a fallu au contraire multiplier les traitements antirabiques, qui, de ce fait, reprennent un regain d'actualité. Bien entendu au moment de la morsure il importe de pratiquer au plus vite l'antisepsie de la plaie. Puis si l'animal mordeur est enragé, le sujet doit être soumis à la vaccinothérapie.

***

VACCINOTHÉRAPIE

Galtier, professeur à l'Ecole vétérinaire de Lyon, montra en 1881 que des injections successives de salive de chien enragé dans les veines du mouton atténuaient la réceptivité pour la rage.

Pasteur, partant de cette constatation, rechercha une méthode pratique de vaccination. D'abord Pasteur comprit la nécessité d'employer un virus plus pur que la bave; la rage s'accompagnant de symptômes d'excitation très accusés, le virus doit se développer dans les centres nerveux. En injectant sous la dure mère du lapin un fragment de bulbe de chien enragé, le lapin contracte la rage après une incubation de quinze à vingt jours. Si on fait des passages de lapin à lapin, le virus s'exalte et détermine la rage en sept jours après 360 passages. Malgré tous les essais faits pour diminuer encore cette période d'incubation, on n'a pu réussir. Le virus est donc fixe.

Ces recherches préliminaires terminées, Pasteur essaya de trouver un procédé pour atténuer le virus tout en conservant les substances vaccinantes.

Tandis que les passages successifs du virus sur chien et sur lapin n'atténuent pas la virulence du bulbe rabique, un seul passage par le singe suffit à atténuer le virus qui n'est plus capable de déterminer la rage chez le chien.

Peu après, Pasteur découvrit dans la dessiccation un autre moyen d'atténuer le virus rabique; il remarqua que la moelle des lapins morts de rage, soumise à la dessiccation pendant sept à huit jours, est incapable de donner la rage au chien.

Il restait à appliquer la méthode à un homme : le 4 juillet 1885, Joseph Meister, berger, âgé de dix-neuf ans qui avait été mordu plusieurs fois par un chien enragé, fut amené à Pasteur. Pasteur demanda conseil à Grancher et à Vulpian qui, jugeant le cas désespéré, lui conseillèrent d'essayer son vaccin. En octobre 1885, la guérison étant certaine, Pasteur fit une communication retentissante sur ce triomphe de la vaccinothérapie.

« Bientôt les cas se multiplient et avec eux les succès. L'Institut qui s'élève rue Dutot, à Paris, est un témoignage d'enthousiasme et de reconnaissance envers l'illustre savant qui venait d'immortaliser son nom. Un grand nombre de personnes y viennent chercher chaque jour les soins que réclame leur état. Le traitement de la rage humaine y est appliqué de la façon suivante : le traitement a une durée de quinze jours pour les cas ordinaires; de vingt jours pour les cas graves; il consiste en inoculations de virus d'activité progressivement croissante. La vaccination, pour être efficace, demande un délai de seize jours à compter de la dernière injection qui termine le traitement. C'est donc en tout un mois ou trente-six jours, suivant le cas, qu'il faut compter pour que le malade soit à l'abri de la rage. Or, cette maladie se déclare le plus souvent entre le deuxième et le troisième mois qui suivent la morsure. Grâce à cette longueur providentielle de l'incubation, la rage aura le temps d'être combattue et prévenue avant qu'elle n'éclate, si le traitement est commencé à temps. La rage, lorsque le traitement a été trop retardé ou que la période d'incubation est plus courte que d'ordinaire, peut apparaître pendant le cours du traitement ou dans les quinze jours qui le suivent : ce que nous avons dit du délai nécessaire pour donnner l'immunité nous permet de comprendre que la méthode ne peut être rendue responsable de ces accidents (1). »

En ce qui concerne la technique du traitement antirabique, voici comment, après de nombreux tâtonnements, on procède à l'Institut Pasteur de Paris. Le lapin inoculé avec le virus fixe (injection intracérébrale) vient de mourir de rage. La moelle est placée dans un flacon à double tubulure dans une étuvé à 22 degrés, de deux à sept jours. Après cette dessiccation, la moelle est conservée dans de la glycérine. Au moment de s'en servir, on triture 2 millimètres de moelle dans 3 centimètres cubes d'eau physiologique ou de bouillon de veau. C'est ce mélange qui est injecté au sujet mordu par un chien enragé.

Le nombre et la nature des injections sont différents suivant la gravité de la morsure; les trois principaux cas sont résumés dans le tableau suivant :

I. *Morsure simple.*

1re	injection,	moelle de	7	jours
2e	—	—	6	—
3e	—	—	6	—
4e	—	—	5	—
5e	—	—	5	—
6e	—	—	4	—
7e	—	—	4	—
8e	—	—	3	—
9e	—	—	5	—
10e	—	—	4	—
11e	—	—	4	—
12e	—	—	3	—
13e	—	—	4	—
14e	—	—	3	—
15e	—	—	2	—

II. *Morsures multiples.*

16e	—	—	3	—
17e	—	—	3	—
18e	—	—	2	—

(1) CRUVEILHIER. *Id.*

(1) ROUX. Cours sur la rage à l'Institut Pasteur, à Paris.

III. *Morsures multiples et à la face.*

19e	—	—	3 jours
20e	—	—	2 —
21e	—	—	2 —

Högyes a repris une méthode abandonnée par Pasteur, l'inoculation de virus fixe dilué ; il « montra qu'une dilution de virus fixe à 1 pour 10.000 ne tue pas le lapin. Une dilution à 1 pour 5.000 ne donne pas sûrement la rage ; si elle est virulente, elle provoque une longue incubation. L'incubation diminue encore avec des émulsions moins diluées ». La méthode basée sur ces faits donnerait de meilleurs résultats que la méthode pasteurienne. En tous cas, elle est moins coûteuse, car elle exige moins de lapins que la méthode de Pasteur.

Au cours du traitement de la rage par le vaccin de Pasteur, certains incidents pathologiques ont été signalés :

Chez des sujets impaludés, l'injection antirabique réveille des accidents palustres.

Chez les sujets nerveux, des crises hystériques sont déclenchées.

Chez les épileptiques, les accès disparaîtraient au cours du traitement. D'après Féré, il n'en est rien, les crises s'espacent pendant le traitement, mais, à quelques mois de là, reprennent leur fréquence habituelle.

Diverses éruptions ont été constatées à la suite d'injections de vaccin.

Certaines paralysies nettement distinctes de la rage paralytique pourraient relever de la vaccinothérapie ; douze jours après le début du traitement la température s'élève, la parésie des membres inférieurs accompagnée de rétention d'urine et de constipation se développe progressivement. La face peut être paralysée et la mort survenir. Remlinger sur 107.712 cas a relevé 40 cas de paralysies, 38 ont guéri ; 2 sont morts. Il n'est pas démontré qu'il ne s'agisse pas de rage atténuée chez des sujets en partie immunisés par la vaccinothérapie.

Ces accidents ont été invoqués par les ennemis de Pasteur qui voulaient faire échec à sa méthode. Les résultats des vaccinations antirabiques triomphent de ces objections. Avant la vulgarisation de la méthode de Pasteur, sur 100 personnes mordues par des chiens enragés ou soi-disant tels, la maladie atteignait 80 p. 100 des personnes mordues à la face et 20 p. 100 des personnes mordues aux membres. Depuis la fondation de l'Institut Pasteur jusqu'en février 1894, 14.430 personnes traitées par des injections antirabiques ont fourni 72 décès, soit une mortalité de 0,50 p. 100; 1.213 personnes mordues à la face donnent 16 décès, soit une mortalité de 1,32 p. 100.

La sérothérapie seule (Babes, Tizzoni) n'a pas donné de résultats comparables à la vaccinothérapie mais elle rendrait plus active l'action des vaccins quand on associe simultanément leurs deux effets.

Conclusion. — Il est peu de maladies dont la connaissance ait fait plus de progrès que la rage, depuis les travaux de Pasteur. La symptomatologie, la lutte contre cette maladie ont été éclairées d'un jour tout nouveau. En s'en tenant aux indications qui découlent de l'étude scientifique de cette maladie, l'effrayant fléau devrait décroître et disparaître. L'exemple de l'Angleterre le prouve.

En France, pendant cette guerre, le relâchement des règles prophylactiques s'est aussitôt manifesté par l'augmentation des cas de rage (Martel).

Il arrivait à l'Institut Pasteur, avant la guerre, pour suivre le traitement antirabique, 20 mordus par jour. Pendant la guerre ce nombre s'éleva à 120 ou à 130 (avant la guerre 350 sujets traités par an et depuis la guerre 1.800 par an).

Nous nous sommes ressaisis : des mesures prophylactiques abandonnées ont été reprises et depuis quelques mois la proportion des hommes mordus diminue (actuellement 60 sujets en moyenne arrivent tous les jours au service antirabique de l'Institut Pasteur de Paris).

Cette expérience prouve une fois de plus combien l'enseignement du Maître était fondé et combien il en coûte de s'en écarter.

LES AMPUTATIONS CINÉMATIQUES [1]

Par M. TUFFIER.

Depuis qu'un très modeste *médecin* italien, Vanghetti, a proposé d'isoler les muscles et les tendons des moignons d'amputation et de leur donner une action motrice directe, la cinématisation des moignons est entrée dans le domaine chirurgical. Mise d'abord en pratique par les chirurgiens d'Italie (2), suivis pendant la guerre par nos collègues suisses, puis par les chirurgiens allemands et autrichiens, et plus récemment par nos collègues d'Amérique, d'Angleterre et de Belgique, elle n'a été l'objet chez nous que de très rares applications ; Lambret (de Lille) en avait fait quelques essais. La valeur de cette méthode est discutée. Les uns lui refusent tout crédit et prétendent qu'une main artificielle rigide est préférable à l'usage d'un moignon d'avant-bras cinématisé, les autres, nos collègues italiens surtout, lui reconnaissent des indications plus ou moins nombreuses. Les Congrès récents de Rome et d'Amérique reflètent ces divergences. Devons-nous assister passifs à ce mouvement chirurgical, et notre littérature doit-elle sur ce chapitre rester page blanche ? La question vaut une réponse puisqu'il s'agit de savoir si nous devons modifier certaines règles générales des amputations.

Il m'a paru que le meilleur moyen d'être fixé sur cette question était d'aller voir et étudier chez les promoteurs même de la méthode ces procédés opératoires et leurs résultats cliniques. Ces constatations que je vous apporte seront bien plus démonstratives que la discussion de mes propres recherches cadavériques ou de mes premières et trop récentes opérations.

A la clinique orthopédique Rizzoli, à Bologne, le professeur Putti m'a montré une quinzaine d'opérés

(1) Communication à l'Académie de médecine.

(2) Voir à ce sujet l'article de M. Léon Imbert. Moignons automoteurs (avec 7 fig. et bibliographie), *Gaz. des hôpit.*, 1919, n° 27, p. 421. (*N. D. L. R.*)

datant de six mois à trois ans, et le docteur Galeazzi, à l'Institut dit des « rachiticci » à Milan, une dizaine d'amputés dans les mêmes conditions. Chez l'un et l'autre, j'ai pu voir un certain nombre d'opérations cinématiques primitives, secondaires ou tardives.

Les procédés *opératoires* sont simples et réalisables par tous les chirurgiens. Ils demandent seulement un peu de précision. Ils consistent essentiellement à créer sur le moignon une *anse* tendineuse recouverte de peau ; exceptionnellement, on enferme une des extrémités tendineuses dans une gaine renflée à son extrémité ; c'est le procédé du « clave », ou bien on laisse une boutonnière cutanée entre deux tendons. De là partent un anneau ou un crochet muni d'un cordon qui va se fixer à la partie mobile de l'avant-bras, au doigt de la main artificielle. Il y a certaines précautions à prendre pour obtenir un lambeau suffisant à l'enroulement sans traction : choisir une peau souple, sans œdème et sans cicatrice autant que possible.

De beaucoup le procédé le plus employé, et le seul qui me paraisse réellement efficace, c'est celui de l'anse musculaire ou tendineuse terminale ou latérale, à simple ou à double effet, suivant les cas. Le fameux « clave » n'est vraiment applicable que dans des cas très rares, et son rendement à longue échéance me paraît douteuse. La *boutonnière*, véritable fente cutanée comprise entre deux tendons et dans laquelle on introduit une petite sphère, n'est qu'un procédé curieux et dont je n'ai pas vu d'applications intéressantes.

Enfin, les anses à double effet opposé, flexion et extension, donnent des résultats qui, dans certains cas, sont remarquables.

La méthode cinématique appliquée aux amputations du membre inférieur est encore à l'étude, mais je n'ai pas vu, après amputation de la cuisse, des résultats particulièrement encourageants. C'est pour le membre *supérieur*, après amputation du bras et surtout après celle de l'*avant-bras*, que la cinématisation primitive, secondaire ou tardive, donne vraiment des résultats intéressants. Nous savons hélas ! par une longue expérience combien la prothèse laisse à désirer dans ces cas ; la meilleure machinerie des mains artificielles les plus perfectionnées est encore très imparfaite, et, quand on regarde de près, on voit que tous les appareils utiles correspondent au fonctionnement d'une pince dont les modèles et le mécanisme varient à l'infini. C'est donc dans la réalisation d'une pince naturelle, d'une préhension, que réside le problème, et en principe on peut le considérer comme résolu, c'est donc un progrès ; seule, la puissance de cette préhension est très discutable et ses applications dans la vie pratique semblent limitées.

A première vue, ces moignons ne paraissent guère encourageants. Il ne faut pas nous attendre à trouver la forme correcte, bien arrondie, bien matelassée, lisse, à cicatrice très régulière et très bien placée, quelquefois presque invisible, qui sont un des points d'honneur de notre chirurgie ; ici les extrémités amputées sont irrégulières, hérissées de saillies ongulaires, d'oreilles pendantes et frippées, à surface calleuse, rougeâtre quand il fait froid, parfaitement disgracieuse. En revanche, le volume des masses musculaires du membre correspondant, surtout à l'avant-bras, bien que toujours inférieur à celui des muscles du côté opposé, est cependant plus développé, leur contour est plus normal que celui que laissent nos opérations courantes, leur fonctionnement continu explique bien cette différence.

Pour préciser la valeur de ces moignons, il faut les étudier à un triple point de vue : 1° du *moteur*, c'est-à-dire du groupe musculaire et de son anse cinématique, sa force, sa souplesse ; 2° la mobilité du point fixé de l'anse cinématique qui donnera l'étendue du mouvement, et 3° le *rendement*, c'est-à-dire l'effet produit comparé à la force primitive du moteur. Je vous dirai de suite que le rendement qui est le facteur capital est malheureusement le plus défectueux.

La puissance du moteur est facile à apprécier ; il suffit de prendre entre les doigts l'anse cinématisée, de faire contracter à l'amputé les muscles correspondants, la traction est facilement évaluée ; pour le membre inférieur par exemple, cette puissance est telle qu'il m'était impossible de résister à la contraction du muscle quadriceps cinématisé. A l'avant-bras et au bras les muscles sont vraiment très puissants et la surface cutanée de l'anse supporte parfaitement la traction au moins temporaire sans provoquer aucune douleur. Toutefois, il faut tenir compte de la *durée* des pressions bien plus que de son intensité. Il est certain qu'une pression trop répétée ou trop prolongée altère la peau qui devient calleuse. Les belles planches qui représentent un poids considérable supporté par une anse prouvent bien la puissance du moteur mais n'indiquent nullement son rendement qui est beaucoup plus important. En tout cas, comme force motrice, le résultat est donc tout à fait remarquable. Pour que cette force puisse déterminer un mouvement assez étendu dans le membre artificiel, il faut que l'anse ait une certaine *course*, c'est-à-dire que, par la contraction musculaire, elle puisse se mouvoir, se raccourcir d'une longueur suffisante pour provoquer le mouvement de l'appareil prothétique ; pour la flexion des doigts cette course doit atteindre au poignet 5 à 7 centimètres. Or, vous savez que sur un poignet vivant la flexion complète des doigts s'accorde avec un raccourcissement de 1 centimètre et demi. Ici éclate la divergence entre le rendement d'un tendon normal et celui d'un tendon cinématisé. Malgré cela, les résultats obtenus sont satisfaisants ; sous l'influence de la contraction, les doigts de la main artificielle se fléchissent suffisamment pour la préhension.

Le second but est plus difficile à atteindre, c'est le *rendement* en puissance, c'est-à-dire l'effet produit sur la partie mobile de l'appareil de prothèse, les doigts si vous voulez, comparé à la puissance initiale du moteur. Ici les résultats sont tout à fait *défectueux*. La flexion des doigts et leur extension sont obtenues, mais la puissance utile est très faible. En général, c'est à peine si elle est égale à 5 ou 10 p. 100 de la puissance initiale du moteur, il y a donc là une déperdition de force énorme. Toute

la question et tout l'avenir de la cinématisation sont suspendus à l'amélioration de ce rendement. Moteur puissant, course de l'anneau suffisante, mais effets produits tout à fait minimes, voilà le bilan. La puissance effective d'une main est suffisante pour tenir une plume, pour manier une fourchette, pour tenir une cigarette ou enlever un chapeau, mais pour un travail de force normale, je n'ai vu aucun moignon d'avant-bras capable de l'effectuer. C'est donc pour le moment une main de luxe, une main de profession libérale. Je dois cependant vous dire que j'ai vu un ouvrier mécanicien tourneur, amputé du *bras* droit depuis dix-huit mois, qui actionnait par son biceps et son triceps cinématisés une forte pince d'acier, et sa résistance au travail était telle que cette pince d'acier avait été usée à l'ouvrage; la précision de l'appareil était remarquable.

Cette infériorité générale de la cinématisation est due toute entière à *l'imperfection des appareils de prothèse*. Il ne suffit pas d'attacher un crochet au bout d'une anse musculo-cutanée et d'y fixer une *ficelle* qui se termine par un doigt artificiel pour obtenir un mouvement valable. Pour nous tous, anatomistes, qui avons étudié la forme et la fonction des gaines tendineuses, le redressement donne la direction des tendons par le sens du meilleur rendement au moyen des coulisses fibreuses.

Nous comprenons que la parfaite souplesse des gaines, la perte par frottement minimum à leur niveau ne peuvent être réalisées dans un appareil prothétique. Le jeu de l'appareil sur le moignon est constant. La fixation absolue de l'appareil sur le moignon est nécessaire, et c'est une seconde cause de déperdition de force. Pendant la flexion de nos doigts, les points d'appui conservent leur fixité. Ici, au contraire, une partie de l'énergétique du moteur se dépense dans l'adaptation par pression nécessaire de l'appareil sur le moignon. Si vous voulez comparer la souplesse de nos articulations naturelles à celle des articulations vraiment rudimentaires des mains et des doigts artificiels, si nous envisageons la multiplicité des surfaces de frottement articulaire et de redressement tendineux, et par quel mécanisme toute ces causes de perte d'énergie sont atténuées, nous comprendrons que notre mécanique artificielle absorbe la force musculaire initiale. Il y a plus, l'harmonie automatique qui existe toujours pendant un mouvement naturel entre les agonistes et les antagonistes, et pour la précision maximum avec un minimum d'effort, n'existe pas, tout au moins au début de la cinématisation. Enfin, l'état de tonicité qui laisse normalement le membre au repos, mais tout près de l'action, ne peut être exactement représenté, même dans les anses à double effet.

Tel est l'état actuel de la question. La cinématisation d'un moignon est facile à réaliser, elle mérite d'être poursuivie, et rendra des services considérables. C'est une méthode à ses debuts. Nous devons la faire progresser dans ce rendement. La Chirurgie française qui s'enorgueillit justement de sa solide base anatomique et physiologique apportera son concours à ce perfectionnement. Nous arriverons à rendre, non plus à chaque groupement musculaire, mais peut-être à chaque muscle, son action indépendante.

La prothèse, complément capital de l'opération, est, comme la chirurgie cinématique actuelle, dans l'enfance. Aucun grand mécanicien ne s'est attaqué à sa solution, nous en sommes encore à l'emploi suranné des articulations rudimentaires, des mains dont la morphologie plus ou moins parfaite dissimule un mécanisme primitif et un rendement nul. Le nombre des amputés du membre supérieur actuellement vivants est de plus de 12.000 dont 165 de la main et 4.513 de l'avant-bras, ce dernier groupe particulièrement important.

N'allez pas croire qu'ils seront tous à cinématiser! La grande majorité de ces anciens combattants ont subi déjà plusieurs opérations et il ne faut pas compter qu'ils acceptent une nouvelle intervention dont le bénéfice est limité. Tout au plus si des accidents nécessitent une nouvelle rectification de leur moignon, pourrons-nous mettre ce simple perfectionnement à leur disposition. Mais pour les amputés de l'avenir, nous devons rappeler aux chirurgiens qu'il faut conserver les téguments dans une étendue maximum, et se préoccuper moins des résultats esthétiques exactement adaptés aux surfaces osseuses sectionnées, que de l'utilisation ultérieure et active des parties musculaires qui constituent le moignon.

DEUX OBSERVATIONS

D' « HÉMIPLÉGIE DE LA GROSSESSE »

PAR

E. DUHOT et A. PAQUET

Chef de clinique médicale Chef de clinique obstétricale

à la Faculté de Lille.

L'hémiplégie survenant au cours de la grossesse est un accident heureusement rare puisque, au cours d'un travail récent, G. Leclercq n'a pu réunir que 44 faits de cet ordre dans toute la littérature. Ayant eu l'occasion d'en suivre deux cas simultanément dans le service de notre maître, M. le professeur Combemale, nous croyons devoir apporter cette contribution à l'étude d'une affection dont le mécanisme reste controversé.

Parmi les observations publiées, les premières ont en effet une valeur clinique très réelle, et à ce titre méritent toujours d'être consultées; mais elles présentent moins d'intérêt au point de vue pathogénique en l'absence de procédés d'investigation précis. Les dernières, et particulièrement les nôtres, ont au contraire comme appoint les résultats de la ponction lombaire, la mesure de la tension artérielle, le dosage de l'urée sanguine, la recherche du séro-diagnostic syphilitique, en un mot les modes d'exploration capables sinon d'apporter toujours la solution de problèmes complexes, au moins d'en mieux établir les données multiples.

Observation I. — Jeanne R..., vingt-deux ans, ménagère, sans antécédents intéressants jusqu'à sa première grossesse : celle-ci a été accompagnée d'albuminurie ayant déterminé l'expulsion à six mois et demi d'un fœtus mort. Actuellement

seconde grossesse, à cinq mois environ, au cours de laquelle cette femme a présenté déjà il y a plusieurs semaines une chorée gravidique intense.

Le 8 août 1919, la gestante vient à la consultation obstétricale. Elle dit être albuminurique et avoir été soumise au régime lacté depuis un mois. Il y a six jours, au réveil, elle aurait été subitement paralysée du côté droit et incapable de parler tout en comprenant ce qu'on disait autour d'elle, avec une céphalée marquée; cet état s'est amélioré progressivement et lui a permis de se rendre à pied jusqu'à l'hôpital. On peut encore noter de la parésie de tout le côté droit avec mouvements choréiques au membre supérieur, et de la difficulté d'articulation. Bouffissure de la face, albuminurie (2 gr. Esbach). Diète hydrique 48 heures puis régime lacté.

Quatre jours plus tard, la femme entre à la Maternité (service de M. le professeur Bué). Régime lacté strict sous l'influence duquel l'albumine diminue jusqu'à 0,50. Le 19 août à 10 h. 30, expulsion d'un fœtus macéré (370 gr.) et d'un placenta présentant de nombreux infarctus blancs (160 gr.). Disons tout de suite qu'il n'y eut à aucun moment le moindre signe local ou général d'infection.

Le 21 août au matin, la malade ayant laissé tomber un pot de tisane, la garde accourue la trouve étendue dans son lit, effectuant des mouvements de latéralité de la tête, n'ayant pas perdu connaissance, mais incapable de parler, paralysée du côté droit. Impossibilité de lui faire avaler quoi que ce soit. Incontinence d'urine. Passe dans le service de clinique médicale où nous l'observons.

Hémiplégie droite : parésie du facial supérieur, paralysie du facial inférieur; grimace extrêmement marquée lorsqu'on s'approche de la malade qui présente une sorte de « pleurer spasmodique » auquel la déviation de la face entraînée du côté gauche donne un aspect tout particulier. Impossibilité de déglutir même les liquides. Paralysie complète du membre supérieur et du membre inférieur à droite; réflexe rotulien aboli; présence du signe de Babinski.

La torpeur intellectuelle est assez marquée bien qu'on arrive à faire comprendre et exécuter les ordres simples : *tirer la langue, donner la main.* L'aphasie motrice est absolue, la malade n'a pas un seul mot à sa disposition; l'étude de la lecture est impossible.

Bruit de galop préventriculaire gauche d'une grande netteté. Retentissement diastolique au foyer aortique : Mn 11,5; Mx 18 (Pachon). Œdème malléolaire léger. Albumine 2 gr. par l. (Esbach). Urée sanguine : 0,57 par l. (Hypobromite).

Liquide céphalo-rachidien s'écoulant sous pression normale (17 cm. d'eau, manomètre de Claude, position assise), limpide, sans hyperalbuminose ni réaction cytologique. Réaction de Bordet-Wassermann (Institut Pasteur de Lille) négative dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Traitement de l'état rénal; purgation et lavements, sérum lactosé, théobromine. Amélioration lente.

Le 21 septembre, un mois plus tard : hémiplégie droite toujours complète au membre supérieur avec début de contracture, incomplète au membre inférieur où le réflexe rotulien est réapparu; signe de Babinski. La déglutition est redevenue possible mais toujours très difficile; persistance de la grimace à forme de pleurer spasmodique; écoulement d'un filet de salive à l'angle droit de la bouche. Les facultés intellectuelles sont affaiblies bien que la malade reconnaisse sa famille et exécute les ordres simples. L'aphasie motrice est toujours complète.

L'état général s'améliore : le bruit de galop disparaît, le retentissement du second bruit aortique est encore notable, la pression artérielle est Mn = 9, Mx = 16; l'albumine n'existe plus qu'à l'état de traces. Les sphincters ont retrouvé leur contrôle. Malgré les troubles persistants de la déglutition, l'alimentation est redevenue bonne.

La malade est vue quotidiennement. Le 20 décembre, quatre mois après le début de l'hémiplégie, l'état général est excellent, le visage coloré. La tension artérielle reste un peu supérieure à la normale. L'albumine a disparu, et l'urée sanguine est à 0,35 avec le régime ordinaire.

Paralysie avec contracture en flexion du membre supérieur, exagération des réflexes. Parésie du membre inférieur, exagération légère des réflexes; signe de Babinski. L'état mental est très légèrement amélioré. L'aphasie motrice n'est pas modifiée.

En résumé, femme de vingt-deux ans atteinte d'hémiplégie droite avec aphasie et déficit intellectuel, précédée des mêmes signes atténués avant l'avortement dont l'affection est indépendante, ce qui la fait rentrer dans le cadre des hémiplégies de la grossesse proprement dite. Cette affection, indiscutablement organique, paraît devoir être rattachée à une lésion importante de l'hémisphère gauche; certains caractères sont en faveur d'une oblitération de la sylvienne; cependant il semble qu'on puisse plutôt songer à une hémorragie en raison de l'état rénal et de son retentissement cardio-vasculaire, dont les relations avec l'apparition de l'hémiplégie sont évidentes.

Obs. II. — Clotilde D..., vingt-neuf ans, bambrocheuse. Aucun antécédent pathologique intéressant. Première grossesse : enfant né à terme, mort à l'âge de six mois. Deuxième grossesse : accouchement prématuré au septième mois d'un enfant mort-né. Troisième grossesse : enfant né à terme, actuellement âgé de six ans. Quatrième grossesse actuelle, à six mois et demi, normale jusqu'alors.

Le 9 août 1919, cette femme revenant avec sa fillette du bureau des allocations dans l'après-midi perd l'usage de la parole; rentrée chez sa sœur elle ne peut proférer un mot, et indique bientôt une gêne dans la main droite qu'elle soulève avec l'autre main; elle reste assise jusqu'au soir où, voulant l'emmener à l'hôpital, on s'aperçoit qu'elle ne peut remuer la jambe droite. Sans ictus, sans perte de connaissance, s'est donc progressivement installé un syndrome que nous constatons au complet dès le lendemain.

Hémiplégie droite avec aphasie : parésie du facial supérieur, paralysie du facial inférieur, signe du peaucier du cou. Paralysie totale du membre supérieur; paralysie du membre inférieur; réflexe rotulien légèrement exagéré; signe de Babinski. Hypoesthésie du côté atteint.

Pas d'inégalité pupillaire ni de modification des réflexes pupillaires. Compréhension et exécution des ordres simples; mais impossibilité de prononcer un seul mot, sans signe de paralysie labio-glosso-laryngée; impossibilité de lire et même de reconnaître son nom : aphasie motrice type Broca.

Température : 37-37,4. Le pouls est bien frappé, un peu rapide au début : 104. Aucune lésion du cœur. Il n'y a pas trace d'albumine; urée du sang : 0,34; tension artérielle : 7-14,5 (Pachon). Réaction de Bordet-Wassermann (Institut Pasteur de Lille) négative.

Liquide céphalo-rachidien s'écoulant sous hypertension légère (25 cm. d'eau, manomètre de Claude, position assise), franchement sanglant dans les trois tubes où on le recueille successivement, ne coagulant pas par le repos, le 11 août. Le résultat de la ponction lombaire est identique le 14 août.

L'état général reste bon, avec teint devenant légèrement subictérique. Malgré l'absence de signes de spécificité chez la femme et chez le père de l'enfant, le traitement par les sels solubles de mercure est institué et poursuivi dans la suite.

Le 1er septembre, trois semaines après le début, le membre inférieur droit a partiellement retrouvé sa motilité; exagération du réflexe rotulien; clonus du pied et de la rotule apparus précocement; signe de Babinski; pas d'hyperkinésie réflexe. Le membre supérieur n'a que des mouvements très restreints

au niveau de l'épaule, nuls à la main et aux doigts qui commencent à se contracturer; les réflexes tendineux y sont nettement exagérés.

Amélioration des troubles du langage : la malade peut prononcer les mots *oui* et *non*, puis quelques vocables simples; elle parvient à lire : *doigt, nez, langue*, etc., en montrant par des gestes de la main saine qu'elle en saisit la signification.

Le 4 septembre, troisième ponction : le liquide céphalorachidien s'écoule clair; il ne contient pas d'éléments cellulaires mais présente une hyperalbuminose considérable.

Le 1er octobre, la femme peut se tenir debout et faire quelques pas soutenue par des infirmières, la jambe droite fauche; signe de Babinski permanent (orteil en érection). Le membre supérieur est contracturé, bras collé au tronc, avant-bras fléchi, doigts dans la paume de la main. L'intelligence est toujours normale; quelques phrases sont ébauchées, la lecture redevient facile. La réaction de B. W., recherchée après le traitement, continue à être négative.

Le 23 octobre, la malade présente pendant la nuit des mouvements convulsifs du côté droit, constituant une sorte d'épilepsie jacksonienne. Le lendemain elle paraît avoir subi une aggravation de son état : il existe de la torpeur et des difficultés de parole beaucoup plus grandes. La tension artérielle a subi une ascension (9-17); cependant le dosage de l'urée sanguine pratiqué ce jour n'indique que 32 centigrammes, et la recherche de l'albumine est toujours négative.

Les premières douleurs apparaissent dans la journée et la femme passe à la Maternité (service de M. le professeur Bué). L'accouchement a lieu dans des conditions entièrement normales; les symptômes qui avaient indiqué une accentuation des phénomènes cérébraux disparaissent rapidement. L'enfant né à terme, vivant, ne présente aucun signe de spécificité; cependant il meurt après quelques jours, d'une affection vraisemblablement broncho-pulmonaire.

La malade est renvoyée peu après dans le service de clinique médicale. Son état général est satisfaisant; la marche avec aide est possible mais le membre supérieur ne s'améliore guère. L'élocution est possible, non sans difficulté. Sortie le 20 novembre.

Le 14 décembre cette femme présente de nouveau des mouvements à type jacksonien du côté droit, avec état de torpeur et réapparition de l'aphasie, le tout transitoire; elle est mise au traitement ioduré. Nous la revoyons peu après en bon état, sans modifications de la paralysie et avec troubles du langage analogues à ceux qu'elle présentait à sa sortie de l'hôpital.

En résumé, femme de vingt-neuf ans, en état de grossesse, présentant une hémiplégie droite avec aphasie. La lésion est incontestablement ici une hémorragie méningée; mais sa cause est difficile à affirmer en l'absence de toute affection viscérale ou toxi-infectieuse manifeste; la syphilis, soupçonnée, ne peut être accusée avec certitude. Le retour des accidents à deux reprises est de nature à faire réserver le pronostic, qui semblait meilleur que chez la première malade.

* *

Les faits cliniques précédents, étayés des diverses recherches de laboratoire, tendent déjà à faire penser que l' « hémiplégie de la grossesse » n'a rien de spécial à la gestation, qui peut toutefois n'être pas sans influence sur sa production; elle peut être plus exactement dénommée « hémiplégie pendant la grossesse ». C'est ce que permettra d'établir ultérieurement une discussion plus minutieuse et plus complète, basée sur la revue générale et critique de la totalité des observations.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 5 JANVIER 1920)

Thérapie expérimentale des porteurs de germes. — M. Tamezo KABESHIMA a fait des expériences qui montrent que le bactériolysat d'Hérelle, introduit dans la circulation, passe dans la vésicule biliaire où il exerce son action bactériolysante sur les bacilles qui peuvent s'y trouver; il est donc logique de penser qu'il serait possible, au moyen d'un principe bactériolysant actif contre le bacille typhique, d'obtenir un résultat semblable chez les porteurs de bacille d'Eberth.

Le processus de défense contre les bacilles intestinaux et l'étiologie des maladies d'origine intestinale. — M. F. D'HÉRELLE expose ses observations au laboratoire et sur les animaux, et il montre : l'ubiquité des germes dysentériques, typhiques et paratyphiques; l'extrême fréquence des infections avortées par suite de l'accoutumance rapide du microbe bactériophage à la bactériophagie vis-à-vis du germe envahisseur; la similitude du processus de défense chez l'individu sensible et chez l'individu réfractaire.

La flore bactérienne des eaux d'égouts épurées par le procédé dit des boues activées. — MM. P. COURMONT et A. ROCHAIX. La réduction microbienne dans les eaux ainsi épurées est considérable. Les espèces microbiennes qui restent sont toutes aérobies et en très petit nombre. Les germes de la putréfaction paraissent donc détruits. Enfin, ces eaux ne paraissent renfermer ni colibacille ni aucune espèce pathogène classique.

Sur la préparation et la conservation de la pulpe vaccinale. — M. F. BORDAS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 13 JANVIER 1920)

La peste et la lèpre dans la Bible. — M. BOINET communique une note sur ce sujet.

M. NETTER rappelle un travail qu'il a fait sur le même sujet en 1897.

Amputations cinématiques. — M. TUFFIER fait sur ce sujet une intéressante communication. (Voir plus haut, p. 87.)

Méthode physique du dosage des rayons ultraviolets. — M. BORDIER.

L'émondage et l'embaumage des plaies de guerre. — M. Henry REYNÈS (de Marseille) soumet à l'Académie une série de documents justificatifs et revendique pour lui une des premières initiatives de la pratique de l'émondage qu'on a, plus tard, généralisé sous le nom « d'épluchage » des plaies de guerre.

Dès novembre et décembre 1914, dans les hôpitaux 4 et 12 de Verdun, M. Reynès a pratiqué l'excision large, complète de tous les tissus graisseux, musculaires, aponévrotiques, contus, mâchés, effilochés, détruits localement par le passage du projectile et démolis, à distance, par les effets explosifs et d'hyperpression brusque dilacérant les éléments anatomiques et rompant leurs connexions vasculaires ou nerveuses. Ces tissus se trouvent « meurtris », fatalement voués aux évolutions nécrotiques ou purulentes.

Dès le 27 mars 1915, dans ses observations, il désignait cette pratique sous le titre bref d'émondage rationnel qu'il a décrit, d'une manière précise, dans une note à l'Académie de médecine du 27 juillet 1915.

A côté de « l'émondage », M. Reynès qui a soigné 2.300 blessés de guerre et n'a presque jamais employé les lavages antiseptiques ou le dakin, embaumait les plaies, dès novembre 1914, après l'excision, avec un mélange qu'il appelait « Joffrine », mélange balsamo-résineux composé de glycérine, alcool camphré, teinture d'arnica, teinture de benjoin et seulement 5 p. 100 de teinture d'iode.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'hygiène publique et de médecine légale.

La liste de présentation portait : en première ligne, M. Bernard; en deuxième ligne : MM. Brouardel, Courtois-Suffit, Lesage, Méry et Renault.

Au premier tour de scrutin, sur 64 votants, M. Bernard obtient 46 suffrages; M. Courtois-Suffit, 5; M. Méry, 5; M. Renault, 4; M. Brouardel, 3, et M. Lesage, 1.

En conséquence, M. Léon Bernard est proclamé élu.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 10 JANVIER 1920)

Des causes d'erreur dans la réaction de Wassermann dues à l'antigène. — M. Durupt a exécuté systématiquement des réactions de Wassermann au sérum frais et au sérum chauffé avec trois antigènes différents : l'antigène Pasteur qui contient du cœur, l'antigène cœur de veau de Bordet et Ruelens et l'antigène foie d'hérédo. Ces trois antigènes soigneusement dosés et contrôlés présentaient à un degré égal les qualités que l'on doit exiger d'un bon antigène : fixation énergique du complément même à une très faible dose en présence d'un sérum syphilitique, et absence de fixation même avec une très forte dose d'antigène en présence d'un sérum sain.

1. L'antigène Pasteur et l'antigène cœur de veau ne donnent que 2 p. 100 de réactions dissociées sans règle apparente;

2. Les réactions positives avec l'un des antigènes cœur ou avec les deux sont toutes positives avec l'antigène foie d'hérédo;

3. L'antigène foie d'hérédo donne 15 p. 100 de réactions nettement positives et 10 p. 100 de réactions faiblement positives en plus des autres antigènes.

Comment interpréter ces résultats? Les antigènes sont-ils des groupes de fonctions antigéniques diverses dont une seule nous est connue? Et les réactions positives en plus sont-elles dues à des fixations illégitimes? Faut-il reconnaître, au contraire, à l'antigène foie d'hérédo une plus grande spécificité? C'est ce que ne peut déterminer qu'une sévère enquête clinique.

Variations physiologiques du taux de l'urée sanguine dans le courant de la journée. — MM. Biscons et Rouzaud (de Vichy). Pratiquant comparativement les dosages le matin à jeun et dans le courant de la journée, plusieurs heures après le repas, les auteurs montrent que le taux moyen de l'urée, qui est le matin de 0g35 p. 1.000, passe dans l'après-midi à 0g46 p. 1.000. Pour être comparables, les dosages cliniques doivent donc être systématiquement faits le matin à jeun.

Les dysmorphoses facio-craniennes considérées comme syndrome du dysfonctionnement des glandes endocrines chez l'enfant. — M. Pierre Robin. Le mauvais fonctionnement des glandes endocrines, suivant l'époque de son apparition au cours de développement, peut altérer la forme et le volume des os de la face et du crâne et des si importantes cavités qui y sont creusées.

A ces perturbations correspondent des altérations de l'esthétique et des troubles fonctionnels se manifestant par une rupture d'équilibre biologique de la vie végétative et psychique dont l'importance reste en rapport avec la gravité des lésions qui les déterminent, donnant toujours à l'enfant un aspect plus ou moins maladif.

A tous ces accidents, ainsi qu'aux troubles endocriniens primitifs, s'ajoutent de nouveaux troubles endocriniens dus à l'altération du fonctionnement des glandes thyroïde et hypophysaire qui subissent le contre-coup direct des dysmorphoses facio-craniennes qu'elles ont contribué à provoquer.

Aussi, en dehors du traitement opothérapique qui ne peut, évidemment, être que très utile, est-il nécessaire, dès la constatation des dysmorphoses facio-craniennes chez l'enfant, d'entreprendre leur traitement fonctionnel qui, tout en corrigeant l'esthétique habituellement défectueuse de la face, rétablit l'équilibre fonctionnel général et constitue un véritable traitement causal du mauvais fonctionnement des glandes thyroïde et hypophyse qui subissent le contre-coup des dysmorphoses facio-craniennes.

Taux comparé de l'urée et de la cholestérine dans le sang total et dans le sérum. Rapport avec le taux de viscosité. — MM. Biscons et Rouzaud (de Vichy). Les dosages de l'urée dans le sang total et le sérum montrent des différences sensibles de la teneur comparée des deux liquides. Ces différences sont parallèles aux modifications de la viscosité. A viscosité normale correspond une teneur en urée sensiblement égale du sang total et du sérum ; que la viscosité diminue, et le sang total contiendra plus d'urée que le sérum ; au contraire, si la viscosité augmente, l'urée sera diminuée dans le sang total, augmentée dans le sérum. La teneur en cholestérine subit des modifications de même sens.

Procédé pour rendre un lapin exclusivement tuberculeux pulmonaire. — M. E.-A. Bossan montre que, en injectant dans la veine marginale d'un lapin des bacilles tuberculeux émulsionnés dans 1 centimètre cube d'huile, cette huile, circulant très lentement au niveau des capillaires pulmonaires, y abandonne tous ses bacilles. C'est une véritable filtration.

L'auteur insiste sur l'avantage de ce procédé qui permet de suivre l'évolution d'une tuberculose purement pulmonaire dont on connaît ainsi le début exact, et par conséquent d'apprécier l'étendue et l'importance des lésions suivant leur âge ou la virulence des bacilles injectés ainsi que les diverses modalités d'infection du poumon, la durée de l'incubation.

A propos des « cellules à graisse » de l'alvéole pulmonaire. — M. Faure-Frainet. Les petites cellules nucléées de l'épithélium alvéolaire du poumon sont caractérisées, au point de vue microchimique, par la présence dans leur cytoplasma de très nombreuses inclusions lipoïdes en grande partie constituées par de la cholestérine. Des recherches faites avec A. Mayer et Guieysse montrent que cette cellule granuleuse est capable de se multiplier et de se transformer en macrophage.

Il est curieux de constater que la cellule granuleuse est morphologiquement et physiologiquement très différente des cellules épithéliales des canaux bronchiques.

NOTES DE PRATIQUE

PETIT DÉTAIL DE TECHNIQUE DES INJECTIONS INTRA-VEINEUSES : LE RELÈVEMENT DES VAISSEAUX SUR L'AIGUILLE.

M. le professeur Sabrazès indique le procédé suivant. La veine piquée, on pénètre dans sa lumière, et, en relevant légèrement l'aiguille maintenue parallèle au plan piqué, on soulève un peu la paroi veineuse; on dégage ainsi l'aiguille si, par hasard, elle avait transfixé la paroi postérieure du vaisseau; de plus, de cette façon, l'injection se trouve considérablement facilitée, le vaisseau se trouvant tendu dans tous les sens (1).

(1) Sabrazès. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 14 déc. 1919, nº 36.

LIVRES NOUVEAUX

Traumatismes cranio-cérébraux (1), par H. DURET.

Ce considérable ouvrage est le complément, tout ensemble clinique et anatomo-pathologique, des recherches expérimentales sur les traumatismes cérébraux de M. Duret et qui sont classiques aujourd'hui. Après avoir étudié longuement le mécanisme des fractures du crâne, en dehors de celles que conditionnent les blessures par armes à feu, M. Duret analyse, avec force observations à l'appui, les éléments sémiologiques des grands syndromes encéphaliques auxquels donnent lieu les traumatismes du crâne.

Tout d'abord la commotion cérébrale dont l'expérience de la guerre nous a montré la fréquence et l'intérêt mais qui était loin d'être ignorée de nos devanciers. L'ébranlement commotionnel de l'encéphale a pour effet de déterminer « l'arrêt ou l'affaiblissement des fonctions bulbo-médullaires de l'encéphale ». Ainsi le trouble des fonctions bulbaires se traduit par des manifestations d'ordre respiratoire, circulatoire, thermique, vaso-moteur. Le plus haut degré de ces phénomènes est marqué par l'arrêt complet des fonctions vitales, parfois définitif.

Les commotions fortes ou graves s'accusent par un ensemble symptomatique analysé très complètement par l'auteur, surtout à la période d'état de la commotion. Les fonctions supérieures du cerveau sont inhibées, le coma plus ou moins complet ; d'autres fois, ce sont les centres moteurs ou psychomoteurs dont l'atteinte se traduit par des paralysies, de l'aphasie, des convulsions, des « contractures primaires » ; dans certains faits enfin, c'est surtout l'appareil cérébelleux qui semble avoir subi l'ébranlement commotionnel lequel se marque par les troubles profonds de l'équilibration et de la coordination motrice que nous connaissons bien. Abordant le chapitre de la pathogénie de la commotion de l'encéphale, M. Duret conclut que celle-ci est liée à des phénomènes *physio-mécaniques* : mouvement des parties solides et de l'encéphale, mouvements du liquide céphalo-rachidien, d'une part, et à des phénomènes *physio-pathologiques* : troubles dynamiques, lésions cellulaires, troubles vasculaires, d'autre part.

Conformément à la thèse soutenue par Dupuytren, M. Duret sépare complètement la commotion de la *contusion*. Celle-ci, en effet, les faits de guerre nous l'ont montré également, se traduit par des lésions encéphaliques et des phénomènes cliniques différents.

Contrairement à la commotion vraie, la contusion de l'encéphale s'accompagne de lésions des méninges : éclatements, déchirures, hémorragies, œdèmes, de modifications profondes du parenchyme cérébral : foyers de ramollissement, hémorragies, dilacérations. Le tableau clinique des contusions encéphaliques ne peut être, on le conçoit, que très complexe et très varié en raison de la topographie même des altérations anatomiques. On devra donc rechercher avec soin, dans les cas de ce genre, les *symptômes localisateurs* homolatéraux, hétérolatéraux ou multiples. Les principaux consistent en hémiplégies, monoplégies, convulsions, contractures.

Ce qui fait le grand intérêt de la contusion encéphalique et ce qui rend son étude si attachante ce sont les conséquences *tardives* des altérations contusionnelles que nous avons rappelées. Non seulement les foyers nécrotiques ou hémorragiques peuvent s'infecter et donner lieu à des abcès ou à des méningites localisées ou généralisées, mais encore ils peuvent être l'origine de « kystes intracérébraux, de géodes et même de cavités porencéphaliques », d'après M. Duret.

Les traumatismes cranio-cérébraux peuvent engendrer parfois des manifestations d'un autre ordre et qu'il faut différencier avec soin des précédentes en raison du traitement qu'elles comportent. Nous voulons parler des accidents encéphaliques liés à la *compression*, que celle-ci dépende de l'extension d'un foyer hémorragique ou de l'hypertension du liquide céphalo-rachidien.

A leur premier degré, ces compressions demeurent souvent latentes ou frustes. Dans ce dernier cas, elles se marquent par des céphalées, une légère torpeur cérébrale, de la stase papillaire, une turgescence des veines de la face et du cou. Plus accusées elles provoquent des phénomènes d'agitation psycho-motrice, du délire, parfois de la confusion mentale, de la somnolence. Enfin les compressions fortes donnent naissance à des troubles bulbaires avec ralentissement du pouls et de la respiration, élévation de la tension artérielle et abaissement temporaire de la température.

D'après M. Duret les épanchements sanguins traumatiques de l'encéphale ou des méninges ne se traduisent pas seulement par des symptômes de compression, mais déterminent des *phénomènes d'intoxication* liés à la résorption de la collection hématique. Un certain type de fièvre, la « fièvre hématolytique », coïnciderait avec l'acmé de l'hématolyse intracranienne.

La fréquence et l'importance du facteur hypertension dans les traumatismes craniens n'est donc pas seule à commander au chirurgien de se montrer hardi et actif si l'on songe que, dans de nombreux cas, l'infection et l'intoxication hématique sont en cause. La rachicentèse constitue un merveilleux moyen pour lutter efficacement contre l'hypertension céphalo-rachidienne et la trépanation décompressive pratiquée à temps permet de s'opposer aux complications mécaniques dont, trop souvent, s'entourent les foyers hémorragiques d'origine traumatique.

J. LHERMITTE.

(1) Un vol. 1.503 p., 320 fig. Prix : 82 fr. 50. — Paris F. Alcan.

Traité des brûlures. Etude clinique et thérapeutique (1). (Contribution à l'étude des blessures de guerre.) Par le docteur Henri DE ROTHSCHILD, médecin aide-major de première classe, chargé de mission aux armées. Préface et étude histo-pathogénique, par le professeur Maurice LETULLE, membre de l'Académie de médecine.

On connaît les merveilleux résultats que le docteur Barthe de Sandfort et le docteur Henri de Rothschild ont obtenus par l'emploi de l'ambrine dans le traitement des brûlures.

C'est le résultat d'une expérience de trois ans à l'hôpital d'Issy-les-Moulineaux que le docteur Henri de Rothschild nous expose aujourd'hui dans un magistral traité présenté avec un luxe d'impression et de figures en couleur qui en rendent la lecture facile autant qu'attrayante.

Une étude histo-pathogénique du professeur Letulle termine l'ouvrage et lui sert en quelque sorte de conclusion, confirmant tout ce que la clinique nous a déjà appris sur l'action de l'ambrine.

L. GAYARD.

Les lésions des nerfs. Traitement et restauration (2), par Mme ATHANASSIO BENISTY.

Le précédent ouvrage de l'auteur sur les formes cliniques des lésions des nerfs appelait le volume qui vient de paraître et en est l'heureux complément.

Dans ce tome sont étudiées les lésions macro et microscopiques des nerfs, la topographie des localisations intranerveuses, les symptômes auxquels on reconnaît la restauration de la continuité du nerf.

La deuxième partie de l'ouvrage s'occupe du traitement chirurgical et physiothérapique des blessures des nerfs. La mé-

(1) Un beau volume in-4 carré de 436 pages avec 54 figures dans le texte et 54 planches dont 53 en couleurs hors texte. — Prix : 50 francs (sans majoration). — Paris, O. Doin et fils, édit.

(2) Paris Masson, 1919.

thode nouvelle de greffe de Nageotte et Sencert se trouve longuement et très en détail exposée. Il faut une expérience un peu ancienne pour permettre d'apprécier les résultats fonctionnels de ces opérations.

La fin de l'ouvrage est consacrée à l'orthopédie nerveuse indispensable.

F. LÉVY.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE SERVICE MÉDICAL DE NUIT

M. Emile Massard vient, au nom de la deuxième commission du Conseil municipal de Paris, d'écrire un très intéressant rapport sur l'organisation, par la préfecture de police, d'un service de médecins et de pharmaciens pendant la nuit. Nous sommes heureux de pouvoir en reproduire les grandes lignes.

Le service de nuit a été créé en 1875, par M. Léon Renault, préfet de police, il fut organisé tout d'abord par notre regretté confrère le docteur Passant, alors médecin en chef adjoint du dispensaire de salubrité. Son fonctionnement n'allait toutefois pas sans soulever des critiques que le professeur Thoinot formula notamment en 1912.

La réorganisation que propose M. E. Massard comprend :

1° La création d'un corps de 30 médecins relevant directement du préfet de police et assurant une garde effective et permanente. Cinq médecins suppléants seraient prévus pour les remplacements.

2° La division de Paris en cinq secteurs (ce qui apparaît suffisant, la moyenne des visites étant de 25 à 30 par nuit pour Paris).

Le transport en automobile serait assuré par une voiture munie d'une boîte de secours, mise en route par la direction de la police municipale qui recevrait téléphoniquement les demandes des postes de police et pourrait au cas où un secteur serait surchargé recourir au médecin d'un autre secteur resté inoccupé.

3° Dans le système actuel les médecins reçoivent 10 francs par visite. Dans le projet de M. Massard une indemnité fixe et annuelle de 3.000 francs serait attribuée à chaque médecin pour soixante gardes à prendre par an. Les suppléants recevraient une indemnité de 50 francs par garde effective.

Le service des accouchements continuerait sans aucune modification à être assuré par les sages-femmes inscrites au service.

L'administration aurait à recouvrer, comme par le passé, sur la clientèle *non indigente*, le prix des consultations. Ce prix sera porté de 10 à 15 francs.

M. Massard voudrait voir enfin organiser un service de garde par les pharmaciens dans chaque quartier, en attendant il propose de s'entendre avec l'Assistance publique pour que l'interne en pharmacie de garde délivre des médicaments la nuit, à titre remboursable.

LA QUESTION DES SURSIS

M. Barthe, député, signale à M. le ministre de la Guerre que, durant la guerre, au moment du conseil de revision, soit par oubli, soit par la faute des autorités, un certain nombre d'étudiants ont omis d'invoquer le bénéfice du sursis pour fin d'études, et demande quelles mesures peuvent être prises afin de permettre à ces jeunes gens de terminer leurs études. (*Question du 23 décembre 1919.*)

Réponse. — Des mesures sont à l'étude en vue de permettre aux étudiants de la classe 1920 d'achever l'année scolaire en cours avant d'être incorporés.

M. Fernand Engerand, député, appelle l'attention de M. le ministre de la Guerre sur la situation des étudiants de la classe 1920, reconnus bons pour le service, qui, par un sentiment patriotique, n'ont pas voulu réclamer en 1918 de sursis d'études, et demande au ministre d'autoriser pour eux ces demandes de sursis, étant donné l'impossibilité où ils se verraient de se présenter aux concours des grandes écoles au cas où l'incorporation aurait lieu en avril. (*Question du 23 décembre 1919.*)

Réponse. — Des mesures sont à l'étude en vue de permettre aux étudiants de la classe 1920 d'achever l'année scolaire en cours avant d'être incorporés. (*J. O.*, 13 janv. 1920.)

Le Traitement hydrominéral dans les albuminuries, par le docteur J.-J. SÉRANE, médecin consultant à Saint-Nectaire. Paris, Maloine.

Le Lait condensé, par le docteur P. LASSABLIÈRE. In-8 broché. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Maloine.

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.



Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 15 francs par an.
Étudiants étrangers, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 6 fr. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 16 janvier. — MM. Lévy (Fernand), 17; Weil (M.-P.) et Giroux, 18.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Lecture des copies.* — *Anatomie.* — Séance du 16 janvier. — MM. Gornouec, 10; Nora, 14; Labarraque, 8; Potez et Gervais, 12; Fruchaud, 14.

Séance du 18 janvier. — MM. Cerné, 10; Chandebois, 9; Cuvigny et Ferrier (Louis), 11; Comet et Weismann, 12; Aurousseau, 14; Roland, 10; Ebrard et de Massary, 11.

Pathologie. — Séance du 15 janvier. — MM. Denoël, 9; Plait, 10; Boulanger-Pilet, 13; Vernaut, 9; Festal, 8; Kesseler, 7; Aris et Barbier, 12; Périsson, 11.

Séance du 17 janvier. — MM. Fouet, 13; Chéreau, 7; Huas, 10; Dauptain, 12; Lechaux, 11; Aubin, 12; Laplane, 13.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 14 janvier. — Question donnée : « Symptômes et diagnostic de la pleurésie séro-fibrineuse. »

MM. Monbarin, 13; Poreaux, 3; Petit, 13; Reboul, 15; Ménière et Retel, 13; Oberthür, 14; Radoulovitch, 12; Meurdrac, 14; Menguy, 9; Ravina, 19; Oblin, 17; Périgord, 12; Martiny, 13; Picaud, 12; Masson, 16; Moreau, 12; Poulin, 17; Panis, 14; Mathieu (Pierre), 17.

Séance du 16 janvier. — Question donnée : « Symptômes et diagnostic du cancer du sein. »

MM. Martineau, 13; Montassut, 10; Pissavy, 16; Moutard, 14; Meillère, 17; Ménégaux, 14; Mourret, 15; Medwedowsky, 14; Mouls, 15; Méloir, 12; Olry, 17; Perdu, 13.

CONCOURS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — *Epreuve clinique.* — Séance du 15 janvier. — MM. Lépagnole, 15 + 8 = 23; Trocmé, 18 + 10 = 28.

Séance du 16 janvier. — MM. Hébert, 17 + 7 = 24; Savatier, 16 + 7 = 23.

HOPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Le concours pour la nomination à deux places de médecin des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. Joseph Chalier et Rebattu.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Une chaire de clinique obstétricale de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à partir de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour produire leurs titres. (*J. O.*, 15 janv. 1920.)

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LYON. — La chaire d'anatomie de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à partir de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour produire leurs titres. (*J. O.*, 15 janv. 1920.)

ÉCOLES DE MÉDECINE. — LIMOGES. — Sont prorogés dans leurs fonctions, à partir du 1er novembre 1919, MM. les professeurs suppléants Marcland (pathologie et clinique médicales), jusqu'au 31 octobre 1921; Filhoulaud (pathologie et clinique chirurgicales et clinique obstétricale), jusqu'au 31 octobre 1920.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Un arrêté ministériel réorganise le corps de l'inspection générale des services administratifs. Notons que, parmi les inspecteurs généraux ou inspecteurs, devront figurer au moins deux docteurs en médecine d'une compétence technique en matière d'hygiène publique et de service sanitaire.

— Par décret en date du 17 janvier rendu sur la proposition du ministre de l'Intérieur :

M. Tuffier, chirurgien des hôpitaux de Paris, membre de l'Académie de médecine, président de la conférence de chirurgie interalliée, ancien inspecteur général du service de santé aux armées, est chargé de l'organisation technique de tous les établissements hospitaliers appelés à coopérer à l'application de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919. Il est investi en cette qualité d'une mission permanente d'inspection

technique en vue d'établir la coordination entre les divers services.

M. Tuffier rendra compte directement au ministre de ses missions.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. le médecin inspecteur Alvernhe.

Au grade d'officier. — M. le médecin en chef de la marine Audiat ; M. le médecin principal des troupes coloniales Legendre ; MM. les docteurs Faure, directeur de l'hôpital Lariboisière ; Laurens (Georges) (de Paris) ; Lavergne (de Biarritz) ; M. le médecin principal Doucet, MM. les médecins-majors de première classe Foley, Merciolle, Tourtarel et Fournié, M. le docteur Morin (de Paris).

Au grade de chevalier. — M. Vallette, directeur de l'Assistance publique et de l'hygiène au ministère de l'Intérieur ; MM. les docteurs Bensaude, Desmoulins (Albert), Funck-Brentano, Labelle, Reblaud, Louis Weiller, Zuccarelli (de Paris), Küss (Georges) (d'Angicourt), Dresch (de Foix), d'Astros (de Marseille), Carrez (de Saint-Lô), Greiner (de Strasbourg), Mouisset (de Lyon), Sévène (de Mont-Louis), Courneux (de Toulouse), Mouret, inspecteur de l'Assistance publique du Rhône ; MM. Pélissier et Le Breton-Oliveau, médecins de première classe de la marine ; M. le docteur Stepinski, médecin inspecteur en chef des transports maritimes et de la marine marchande ; MM. Michel, président du Syndicat général de la droguerie française, et Willème, secrétaire général de la Fédération des Associations de journalistes professionnels.

Morlot (Armand-Albert), médecin aide-major de première classe, chef d'équipe chirurgicale à l'auto chirurgicale 22 : médecin ayant toujours donné des preuves de conscience et de dévouement. A contracté une très grave affection en se dépensant sans compter au chevet de ses malades. (*J. O.*, 8 janv. 1920.)

Rollet (Pierre), médecin aide-major à l'ambulance auto-chirurgicale n° 1 : médecin qui a toujours donné les plus belles preuves de conscience et de dévouement. A contracté une très grave affection en se dépensant sans compter au chevet de ses malades dans les ambulances du front. (*J. O.*, 8 janv. 1920.)

(A titre posthume.) — MM. les docteurs :

De Rechapt (Camille-Jean-Léon-Pascal), matricule 931, médecin aide-major de deuxième classe : médecin aide-major qui a fait preuve au début de la campagne d'un dévouement au-dessus de tout éloge. Le 21 août 1914, ne voulant pas abandonner le poste de secours établi en avant du village de Voyer bombardé, a été blessé mortellement et est resté sur le champ de bataille. A été cité. (*J. O.*, 7 janv. 1920.)

Mugel (Paul-Jean), matricule 14374, médecin aide-major de deuxième classe : médecin militaire coutumier des actes de courage. Mort victime de son dévouement à tous les blessés. Le 19 décembre 1916, est sorti du poste bombardé pour courir au secours d'un sergent territorial qui n'appartenait pas à son unité. A été frappé mortellement à ce moment. (*J. O.*, 7 janv. 1920.)

Chenu (Marie-Armand-Robert), médecin aide-major de première classe : jeune médecin ayant la plus belle conception du devoir, d'une calme bravoure ; s'est prodigué sans compter pendant le violent bombardement d'un village qui causait des pertes à son unité ; dédaignant le danger, portant ses soins aux blessés dans les endroits les plus dangereux. Mortellement blessé à son poste de secours. A été cité. (*J. O.*, 7 janv. 1920.)

Rossignot (Louis-Marie), médecin aide-major de première classe : excellent médecin, très brave et très dévoué. Deux citations antérieures et une blessure. Tué à son poste de secours à Bauzemont (Lorraine), le 17 août 1918. Croix de guerre avec palme. (*J. O.*, 8 janv. 1920.)

Berthomieu (Joseph-Noël), médecin aide-major de deuxième classe : médecin brave et courageux. Tombé glorieusement, le 23 juin 1916, devant Verdun, au moment où il donnait ses soins à un blessé. Croix de guerre avec palme. (*J. O.*, 9 janv. 1920.)

Choqueney (Jean-Cécilien), médecin aide-major de deuxième classe : médecin aide-major ayant en toutes circonstances fait preuve d'un dévouement absolu et d'un grand mépris du danger. A été tué à son poste, le 25 septembre 1916. Croix de guerre avec palme. (*J. O.*, 9 janv. 1920.)

HOPITAL DE SAINT-DENIS. — Un concours sera ouvert sous peu pour la nomination d'un directeur économe à l'hôpital mixte de Saint-Denis (Seine).

Les appointements de début sont fixés à 900 francs par mois avec le logement, le chauffage et l'éclairage.

Prière d'adresser les demandes de participation à ce concours, avec des références, à M. le Président de la Commission administrative de l'hôpital mixte de Saint-Denis, avant le 31 janvier.

CONGRÈS DE MONACO POUR L'EXPANSION DES STATIONS THERMO-MINÉRALES, CLIMATIQUES ET BALNÉAIRES DES NATIONS ALLIÉES. — Nous rappelons que le but de ce Congrès est de favoriser le développement des stations hydrominérales, maritimes, climatiques et touristiques des nations alliées et d'attirer et retenir chez elles les nombreux étrangers qui fréquentaient avant la guerre les stations de cure ou de tourisme du centre de l'Europe.

Le Congrès de Monaco groupera, à cet effet, en session extraordinaire les six Congrès suivants :

1° Congrès d'hydrologie et de géologie ;
2° Congrès d'hygiène et climatologie ;
3° Congrès de thalassothérapie ;
4° Congrès des villes d'eaux, bains de mer et stations climatiques ;
5° Congrès de l'alpinisme ;
6° Congrès du tourisme.

Ces congrès s'ouvriront à la date du 15 avril 1920.

Un pressant appel est adressé à tous ceux qui s'intéressent à un titre quelconque au but poursuivi, but auquel, dans les circonstances présentes, s'attache pour la France en particulier, si riche en stations thermales, maritimes et climatiques et en régions touristiques, un intérêt national qui n'échappera à personne.

Une brochure indiquant d'une façon plus détaillée, pour chacun des Congrès, le but poursuivi, les questions qui y seront traitées et la composition de son Comité d'organisation, sera envoyée en même temps qu'un bulletin d'adhésion à tous ceux qui en feront la demande adressée à M. l'Administrateur des Congrès à l'Institut d'océanographie, 195, rue Saint-Jacques, Paris (Ve).

ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR DE L'HISTOLOGIE. — M. Prenant, professeur, commencera le lundi 26 janvier, à cinq heures, et continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, une série de leçons sur divers aspects de l'histologie :

L'histophysiologie et l'histologie expérimentale, 2 leçons ;
L'histologie comparée, 1 leçon ;
L'histochimie, 6 leçons ;
L'histophysique, 5 leçons.

Le cours aura lieu à l'amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine.

CONFÉRENCE SUR L'HÉPATISME. — M. Roger Glénard (de Vichy) fera, dans le service de M. Caussade (amphithéâtre Dupuytren à l'Hôtel-Dieu), le jeudi 29 janvier 1920, à dix heures et demie, une conférence avec projections sur l'hépatisme.

RENSEIGNEMENTS

549. — **VENTE A DES PRIX TRÈS AVANTAGEUX** de stocks de gaze à pansements molle et apprêtée, toile d'aviation et coton hydrophile. — S'adresser 9, rue de la Croix-Saint-Simon, Paris (XXe), les mardis, jeudis, samedis d'une heure à quatre heures, ou écrire à Mme Marie.

A PROPOS DE LA PATHOGÉNIE DE LA

MALADIE DE MADELUNG

(RADIUS BREVIOR)

Par FERNAND MASMONTEIL,
Interne des hôpitaux de Paris, Aide d'anatomie des hôpitaux.

J'ai observé un blessé de guerre qui présentait, à la suite d'une perte de substance du radius, une déformation du poignet absolument semblable à celle de la maladie de Madelung; cette déformation se corrigeait par quelques manœuvres; on pouvait, alternativement, la faire apparaître ou disparaître; aussi cette observation, bien qu'isolée, me semble précieuse pour éclairer la pathogénie de cette affection, car elle possède la valeur d'une véritable expérience.

D..., vingt-trois ans, blessé le 4 octobre 1918. Fracture par balle du tiers moyen du radius gauche avec perte de substance d'environ 3 centimètres.

Entré à l'hôpital B... en février, cicatrisé et présentant une pseudarthrose du radius gauche.

La main est en pronation et en flexion forcée; si on la redresse, on reproduit l'attitude typique de la maladie de Madelung : subluxation palmaire de la main, très nette à l'examen



FIG. 1. — *Subluxation palmaire de la main.* — La face dorsale de la main est sur un plan antérieur à celui de la face dorsale de l'avant-bras.

de profil (fig. 1); déviation de la main en dehors, très marquée à l'examen de face (fig. 2) et saillie de la tête du cubitus très

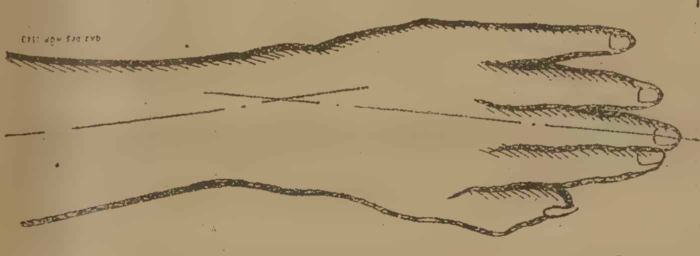


FIG. 2. — *Main en valgus avec saillie de la tête cubitale.*

accusée, ainsi qu'une ascension de l'apophyse styloïde du radius; au niveau des doigts, la première phalange est en hypertension.

Cette attitude au premier abord aurait pu faire penser à une paralysie radiale. Mais tous les mouvements des doigts sont conservés.

Les mouvements du poignet sont troublés. L'extension est nulle, la flexion, par contre, très étendue; l'adduction très limitée, l'abduction dépasse la normale; quant à la rotation, elle est, aussi, très limitée.

C'est donc le tableau de la maladie de Madelung. Mais appuyons fortement au niveau de la pseudarthrose sur la pointe du fragment inférieur qui fait une forte saillie dorsale, ce fragment se redresse, et, fait intéressant, la subluxation palmaire du carpe s'atténue et l'extension de la main devient possible. Il n'est pas douteux que, par cette manœuvre, on change l'orientation de la surface articulaire radio-carpienne : elle regardait en bas et très en avant; elle regarde encore en bas, mais à peine en avant. Dès que la pression sur la pointe du fragment inférieur cessait, la subluxation antérieure reparaissait aussitôt. Si on tirait fortement sur la main, on corrigeait l'axe de la main et on atténuait la saillie de la tête cubitale.

Il existait donc, chez ce malade, comme la radiographie, du reste, l'a confirmé : 1° une subluxation supérieure au niveau de l'articulation radio-cubitale inférieure; la cavité sigmoïde du radius avait quitté la tête du cubitus et se trouvait au-dessus d'elle; cette luxation se traduisait par l'ascension de l'apophyse styloïde du radius et la déviation externe de

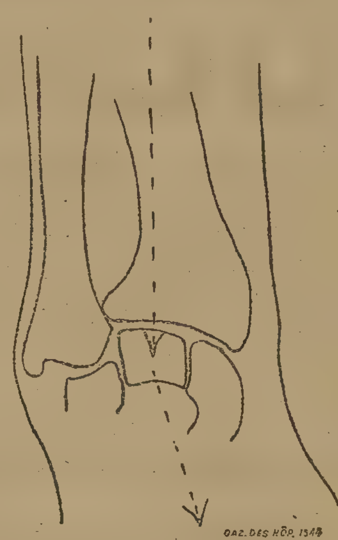


FIG. 3. — *Radio de face.* — Subluxation en haut du radius au niveau de l'articulation radio-cubitale inférieure, produisant l'ascension de la styloïde radiale, la déviation de la main en valgus et la saillie de la tête cubitale.

l'axe de la main (fig. 3); 2° un changement d'orientation de l'interligne radio-carpien; la surface articulaire, au lieu de regarder en bas et en avant, regarde



FIG. 4. — *Radio de profil.* — Obliquité exagérée de l'interligne radio-carpien. Le carpe, en hypertension, se trouve placé sur un plan antérieur à celui de l'avant-bras, comme la direction des deux flèches le souligne, simulant ainsi une subluxation palmaire du carpe.

directement en avant, elle est presque verticale. Les rapports du carpe et du radius sont normaux; le massif carpien est intact (fig. 4).

Ce double déplacement s'explique par la contraction de tous les muscles antibrachiaux insérés à la main, mais plus particulièrement par la contraction du long supinateur qui agit directement sur le fragment inférieur du radius ; l'os, par suite de sa perte de substance, ne possède plus ses points d'appui ; il ne peut résister à cette action musculaire et se laisse entraîner en subluxation supérieure ; le deuxième déplacement est produit par l'action prédominante des muscles fléchisseurs qui, secondés par la pesanteur, font basculer en avant la surface articulaire du radius.

La similitude entre cette observation et l'affection décrite sous le nom de maladie de Madelung nous semble absolue.

M. Gasne, en effet, qui en a donné plusieurs études, dont une récente monographie très documentée (1), dit qu'elle se caractérise au point de vue *anatomo-pathologique* par : 1° « une incurvation du radius ayant pour résultat la déviation de l'orientation de la surface articulaire de cet os et par suite du carpe » ; cette incurvation du radius peut porter sur la diaphyse ou uniquement sur l'épiphyse ; 2° « une luxation de l'extrémité inférieure du cubitus en sens inverse de l'incurvation radiale. »

Au *point de vue clinique* par : 1° « l'énorme saillie de la tête cubitale, et 2° le déplacement de la main en avant du plan passant par l'axe de l'avant-bras ».

N'est-ce pas exactement ce que présente notre blessé ?

1° La subluxation en haut du radius, au niveau de son articulation distale, n'est-ce pas « la luxation de l'extrémité inférieure du cubitus en sens inverse de l'incurvation radiale ».

Car, enfin, pourquoi considérer la tête du cubitus comme l'os migrateur plutôt que l'extrémité inférieure du radius.

Il n'y a là qu'une différence de terminologie discutée, d'ailleurs, par Gasne.

2° Le changement d'orientation de l'interligne radio-carpien, produit par l'angulation postérieure du fragment inférieur, n'est-ce pas la même chose que « l'incurvation du radius ayant pour résultat la déviation de l'orientation de la surface articulaire de cet os » (2).

Le trouble fonctionnel n'est-il pas identique dans les deux cas ? Extension nulle et flexion exagérée de la main par suite de l'obliquité de l'interligne radio-carpien ; rotation antibrachiale limitée par suite de la luxation radio-cubitale en haut.

Le tableau clinique n'est-il pas le même non plus avec ses deux éléments principaux : saillie de la tête cubitale et subluxation palmaire du carpe ?

Par conséquent, mêmes lésions anatomo-pathologiques, mêmes troubles physio-pathologiques, même tableau clinique.

La seule différence réside dans l'évolution : l'une une marche progressive et lente, l'autre a une apparition rapide. Mais est-ce là une raison suffisante pour séparer les deux syndromes ?

Nous ne le croyons pas, car si on accepte, au contraire, l'opinion qu'un traumatisme puisse reproduire la maladie de Madelung, la pathogénie de la maladie de Madelung, du syndrome de Madelung, pour être plus juste, s'éclaire du même coup.

Le fait de faire disparaître et réapparaître la subluxation palmaire du carpe par des pressions sur l'angulation dorsale vérifie bien l'opinion de M. Delbet que la subluxation est en rapport avec l'incurvation radiale (1) ; car, en effet, que fait-on par ces pressions sinon tour à tour d'atténuer et de laisser subsister l'angulation, la courbure radiale ?

De même, l'atténuation de la saillie de la tête cubitale par la traction sur la main démontre bien qu'elle est la conséquence de l'ascension du radius, et partant de la subluxation radio-cubitale.

La perte de substance traumatique suffit pour déclancher l'apparition du syndrome de Madelung, ne peut-on pas en conclure que le raccourcissement radial est la base même, le point de départ de ce syndrome ?

Par suite d'un arrêt de développement du radius cet os ne pourrait suivre le cubitus dans sa poussée, il serait obligé de se luxer à l'une de ses extrémités, et, comme je l'ai indiqué dans ma thèse, la luxation se ferait au niveau de l'articulation radio-cubitale inférieure, annoncée par la gêne de la rotation antibrachiale et par la saillie de la tête cubitale : voilà le premier temps.

Puis les muscles fléchisseurs comprimant davantage la partie antérieure du cartilage d'accroissement, la partie postérieure se développerait plus rapidement produisant une nouvelle orientation de l'interligne articulaire, annoncée par la suppression des mouvements d'extension de la main et la subluxation palmaire de la main : voilà le deuxième temps caractérisé par l'*incurvation épiphysaire*.

Dans les formes graves où le raccourcissement du radius est très prononcé, la cavité sigmoïde du radius, n'emboîtant plus la tête cubitale, se luxerait habituellement en avant sous l'influence des muscles fléchisseurs, exceptionnellement en arrière (cas de Kirmisson, Gaudier, Witt-Stetten) produisant une incurvation *diaphysaire* du radius.

En plus, dans ces formes graves, on note une déviation de la main en valgus ; toutefois, cette déformation est plus accusée encore, si les lésions prédominent sur la partie externe du cartilage ; elles se traduisent alors par un changement de direction de l'interligne articulaire (sur les vues radiographiques de face) qui, d'oblique en bas et en dehors, devient presque transversal.

Telle serait donc la marche habituelle de l'affection avec ses deux phases : raccourcissement du radius élément primitif ; incurvation radiale élément secondaire.

L'élément important serait donc le raccourcissement de la tige osseuse : *radius brevior* ; on le retrouve sur toutes les radiographies publiées où il

(1) GASNE. Déformations rachitiques tardives du poignet. Subluxation de Madelung et radius curvus, *Revue d'orthop.*, janv. 1906 ; — La maladie de Madelung, *Revue d'orthop.*, 1912.

(2) GASNE. Loc. cit., p. 436.

(1) DELBET. *Leçons de clinique chirurgicale*, Paris 1899.

constitue le signe primordial, notamment sur celles de M. Lenormant parues dans la *Revue d'orthopédie* (1).

L'autre élément toujours moins apparent, l'incurvation radiale, serait sous sa dépendance et n'apparaîtrait qu'après lui : *radius curvus*.

Un seul cas parmi tous ceux dont j'ai retrouvé l'observation échappe à cette règle, c'est celui de M. Leriche (2). Du côté opposé à un Madelung typique, il signale l'incurvation radiale sans luxation de la tête cubitale, il y aurait donc ici radius curvus sans radius brevior. Cette exception à la règle précédente ne me semble, du reste, pas gênante; le cartilage n'a arrêté son évolution qu'au niveau de sa partie antérieure par contraction prédominante des muscles fléchisseurs, et la pathogénie est alors la même que celle de certain genu recurvatum.

De cette façon, les troubles observés au niveau du poignet seraient des troubles de dystrophie radiale et pourraient se classer en plusieurs groupes:

1° Radius brevior simple, caractérisé par la saillie exagérée de la tête cubitale;

2° Radius brevior et radius curvus associés donnant, en plus de la saillie de la tête cubitale, la subluxation palmaire du carpe, c'est le véritable syndrome de Madelung;

3° Le radius curvus pur caractérisé par la subluxation palmaire du carpe (cas de Leriche et ceux suspects de Duplay).

Notre opinion se rapproche de celle de Mauclaire (3), Jacoulet (4), Burnier et Neveux (5) qui considèrent la luxation cubitale comme le premier degré de l'affection; elle en diffère toutefois en ce que, si la luxation radio-cubitale constitue la première étape, elle n'est, pour nous, que la conséquence de l'arrêt de développement du radius qui reste le facteur initial.

A cette conception dystrophique, on peut apporter comme argument le fait de son apparition à l'adolescence, période de l'activité du cartilage d'accroissement.

Une seule réserve peut être faite. Peut-être ne s'agit-il pas toujours de raccourcissement du radius et peut-il y avoir des cas d'hyperallongement du cubitus? Le fait de l'incurvation radiale toutefois plaide plutôt en faveur de l'altération du radius, de même que l'existence de la luxation radio-cubitale inférieure, puisque les lésions cubitales s'accompagnent, en général, de déplacements au niveau de l'articulation radio-cubitale supérieure.

La maladie de Madelung disparaît donc comme entité; elle n'est plus qu'un syndrome réalisé, tantôt par le traumatisme (fractures du radius, décollement épiphysaire), tantôt par l'ostéomyélite, tantôt par la tuberculose [rhumatisme tuberculeux de Poncet et Leriche (1)], tantôt par le rachitisme si mal connu dans son essence, tantôt par une lésion médullaire dans les cas bilatéraux, tantôt par une anomalie de développement héréditaire (lésions congénitales familiales).

Mais, dans tous ces cas, on retrouverait pour les réunir le même tableau clinique : saillie de la tête cubitale et subluxation palmaire de la main; le même trouble physiologique, rotation limitée et extension nulle, et les mêmes lésions anatomiques, raccourcissement et incurvation du radius.

Tout récemment encore, j'ai fait de nouvelles expériences sur le cadavre, à la scie de Gigli; j'ai réséqué un fragment de la diaphyse radiale sur une longueur de 15 millimètres. La main s'est mise en valgus avec saillie exagérée de la tête cubitale. Puis, j'ai attiré en arrière la pointe du fragment inférieur, en produisant une forte angulation du radius à sommet postérieur; la main se plaçait en subluxation palmaire, son plan dorsal se trouvant rejeté en avant par rapport à celui de l'avant-bras. Je créai ainsi de toutes pièces un syndrome de Madelung.

Au point de vue pratique, de ces expériences et de cette observation, il faut retenir que, pour pratiquer une opération radicale dans cette affection, le chirurgien devra rétablir l'égalité de longueur des deux os de l'avant-bras, en raccourcissant le cubitus. M. Delbet a révélé l'importance des lésions radiales et a fort justement proposé l'ostéotomie du radius pour rétablir l'orientation de l'interligne radio-carpien; il nous semble qu'il faille compléter cette intervention par la résection partielle de la diaphyse cubitale pour corriger la subluxation de l'articulation radio-cubitale inférieure.

(1) Lenormant. *Revue d'orthop.*, 1907.
(2) Leriche. *Revue d'orthop.*, 1er nov. 1909.
(3) Mauclaire. *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, 29 juillet 1908.
(4) Jacoulet. *Revue d'orthop.*, 1910.
(5) Burnier et Neveux. *Arch. gén. de chir.*, 1909.

(1) Poncet et Leriche. *Gaz. des hôpit.*, fév. 1909.

PSYCHIATRIE & RESPONSABILITÉ ATTÉNUÉE

Par R. BENON,
Médecin chef du Centre de psychiatrie de la XIe Région,
Baur (Nantes).

Le témoignage médical d'ordre psychiatrique : sa nature, son étendue, sa forme, sa valeur. Responsabilité en fait (responsabilité pratique et actuelle), responsabilité en droit (responsabilité essentielle et métaphysique). Discussion des causes d'atténuation de la responsabilité : hérédité, troubles de l'émotivité, perversité, syphilis, alcoolisme, etc.

En justice, l'expert spécialiste des maladies mentales, comme tous les médecins experts, est essentiellement un témoin, un témoin dont les conclusions ont une importance considérable puisqu'elles peuvent entraîner un non-lieu pour l'inculpé, mais ce n'est qu'un témoin. Cette notion élémentaire est fréquemment oubliée ou mal comprise: il en résulte, en matière de responsabilité pénale ou civile, de véritables erreurs. Il doit être entendu, dès le début, qu'il s'agit ici de responsabilité « en fait » et non pas de responsabilité « en droit ». La partie métaphysique et mystique du concept responsabilité doit être définitivement écartée; la raison et la base de l'action judiciaire sont simplement la nécessité pour

la société ou la nation de se garantir. Le problème est d'ordre pratique : la solution proposée ne vaut que pour une époque donnée. De plus hautes visées sont vaines et dangereuses.

Depuis la guerre, nous avons été appelé à rédiger environ 400 rapports près le Conseil de guerre de la XIe région ; nous voudrions essayer d'apporter un peu de clarté dans les questions qui touchent à la responsabilité, et, si possible, de préciser quelques points vraiment complexes. Avant d'aborder cette discussion, nous dirons comment nous concevons le témoignage médical dans les cas d'expertises d'ordre psychiatrique.

A. **Etude du témoignage médical.** — Le témoignage du psychiatre expert en justice présente à l'analyse un certain nombre de caractères ou de qualités propres.

Et d'abord quelle est la nature exacte de ce témoignage ? Quelle sorte de conclusions ou de réponses peuvent attendre, d'un médecin psychopathologiste, le magistrat instructeur qui a confié une expertise à ce praticien ou le président de tribunal qui l'interroge lors des débats ? Le spécialiste des maladies mentales — c'est là sa fonction vraie en justice — recherche patiemment, minutieusement, chez le sujet soumis à son examen, les signes d'affections psychiques ou nerveuses ; il observe, il étudie les manifestations idéatives, sensations et représentations, les phénomènes émotionnels simples, les états passionnels, les réactions familiales et sociales. Il ne néglige pas les symptômes physiques généraux ou locaux, qui l'instruisent quelquefois sur l'étiologie de la maladie, mais qui restent toujours accessoires, il faut bien l'admettre (on pourrait se demander pourquoi il est nécessaire de le rappeler). Il prend connaissance du dossier constitué, mais c'est moins pour y puiser les éléments indispensables de la cause que pour voir par lui-même si certaines pièces ne contiennent pas des détails ou ne révèlent pas des circonstances de fait, susceptibles de l'éclairer dans son étude médicale personnelle. Il se livre essentiellement à un travail d'investigations cliniques et diagnostiques. En un mot, il constate la maladie ou il ne la constate pas. Dans le doute doit-il conclure à un état qui n'est ni la maladie ni la santé ? Nous pensons qu'en pareil cas la conduite à tenir par l'expert doit être l'abstention. Ou bien le magistrat désignera de nouveaux experts pour l'examen mental, ou bien il déclarera suffisantes les conclusions du médecin et prononcera son jugement. En tout cas, seul un esprit à tendances métaphysiques et finalistes, comme Grasset, devait concevoir et utiliser dans le présent la notion de la demi-folie pour les demi-responsables.

Ainsi compris le témoignage médical offre une étendue bien limitée. On voit nettement que l'œuvre du spécialiste diffère des tâches de la défense, de l'accusation et, enfin, du tribunal lui-même. Etabli dans cette fonction restreinte, mais capitale, l'expert veillera à ne prononcer aucune parole, à n'écrire aucune phrase susceptible d'être interprétée dans un sens favorable ou non, par les parties en présence. Impartial vis-à-vis de l'affaire, tout en l'exposant dans ses détails, lesquels peuvent être nécessaires à l'unité du rapport médical, il n'indisposera ni l'avocat ni le rapporteur. Enfin n'ayant pas manifesté de tendance à exprimer un jugement sur l'affaire, il ne verra pas le président du tribunal lui poser des questions embarrassantes qui ne relèvent pas de sa compétence. C'est dire que le domaine propre du spécialiste, en matière d'expertises mentales, est celui des troubles psychiques ou de la psychopathologie. Tous les faits qui touchent à la psychologie normale du sujet ne sont pas du ressort de l'expert, à moins, et cela va de soi, qu'ils ne se rattachent directement à l'état mental pathologique constaté. Cette étude de la délimitation du témoignage médical contribue à montrer le rôle important que peut jouer le président du tribunal dans la direction des débats. Elle met en évidence ce fait que nous avons exprimé plusieurs fois, à savoir que dans une expertise mentale le point de vue « moral » n'est pas médical. Le psychiatre expert recherche, analyse, classe les troubles de l'intelligence, de l'émotivité ou de l'activité, mais il n'a pas, ou si l'on veut, il n'a guère, à se préoccuper du niveau moral de l'inculpé ; il reste indifférent vis-à-vis de la conduite habituelle de celui-ci, vis-à-vis de ses doctrines ou conceptions politiques et religieuses. Si l'expert ne se borne pas à faire des constatations, il ne tardera pas à formuler des jugements ou à exprimer des opinions que personne ne sollicite de lui. En somme, il est un observateur et non un moraliste. Sans doute s'il est questionné spécialement par le président sur le point de vue moral, il peut répondre, mais alors il témoigne en homme, non en médecin ; n'importe quelle notabilité qualifiée de la ville pourrait remplacer cet homme de l'art ou de science.

La forme du témoignage psychiatrique est intéressante à considérer et à étudier. Le spécialiste s'efforcera, surtout dans la partie de son rapport réservée à la discussion médico-légale, de n'employer qu'une terminologie accessible à chacun. S'il se voit dans l'obligation de recourir à des mots nouveaux ou anciens, qui ne sont pas d'un usage courant, ou dont le sens prête à confusion, il devra les expliquer, les commenter dans un langage net et concis. Il ne doit laisser dans son texte aucune obscurité pas plus qu'y introduire des fantaisies verbales. Une terminologie embrouillée, compliquée, éblouissante, peut avoir des allures ou des apparences scientifiques ; elle est fausse et particulièrement déplacée dans un prétoire de justice en matière de témoignage médical. La clarté, la simplicité et la précision sont les qualités de forme qu'il importe de chercher à acquérir.

La valeur du témoignage médical d'ordre psychiatrique est subordonnée aux constatations faites par l'expert. En présence d'une maladie mentale bien caractérisée, la responsabilité de l'inculpé est obligatoirement nulle et si le patient apparaît comme dangereux soit pour les autres, soit pour lui-même, il fera l'objet immédiatement d'un placement dans un établissement d'aliénés pour y être traité et maintenu. La question est tout autre si la psychopathie ou la psychonévropathie n'est pas établie et démontrée avec net-

teté. La valeur du témoignage médical spécial doit être alors considérée comme relative et même tout à fait relative. L'expert n'exprime plus devant le tribunal qu'une simple opinion ; il se livre à des conjectures, justes ou fausses ; il n'apporte aucun élément de certitude. N'étant plus compétent dans le vaste domaine où il a eu le tort de s'engager à l'aventure, il ne saurait trouver la vérité ; sa science, s'il n'y prend garde, le desservirait plutôt. Mais nous touchons aux questions de responsabilité atténuée que nous avons maintenant l'intention d'étudier, en les examinant les unes après les autres.

B. **Discussion des questions de responsabilité atténuée.** — Nous allons discuter les raisons diverses pour lesquelles le psychiatre expert est, en général, amené à conclure à la responsabilité atténuée. Parmi ces raisons, voici celles qui sont le plus fréquemment invoquées : l'hérédité, les troubles constitutionnels du caractère, les états passionnels, la perversité, la débilité intellectuelle congénitale, la notion d'un accès délirant antérieur, les stigmates de dégénérescence physique, les intoxications (spécialement l'alcoolisme chronique), les infections (en particulier la syphilis), l'épilepsie, etc.

a. L'inculpé qui porte une lourde HÉRÉDITÉ, démentielle ou vésanique, est assuré en l'état actuel de la psychiatrie, de voir sa responsabilité largement diminuée par l'expert. Avec le concours de cette tendance médicale, le défenseur peut insister à loisir sur les antécédents de son client ; son impression sur les juges sera certaine ; il emportera souvent leur conviction. Ainsi s'est faite, petit à petit, une éducation singulière des magistrats, des avocats et des prévenus. Désormais, sur ce point spécial de l'hérédité, la note médicale est attendue, avec ou sans curiosité, et le jugement s'établit en conséquence. Nous considérons cette pratique comme erronée, sinon comme désastreuse. Nous demandons pourquoi un individu qui a joui de la plénitude de ses facultés intellectuelles jusqu'au moment du délit ou du crime et qui a accompli son acte en toute connaissance de cause, doit être, du point de vue médical, l'objet d'une atténuation de sa responsabilité parce qu'il compte dans sa famille un ou plusieurs cas d'aliénation mentale. On dit qu'il est électivement prédisposé à contracter une démence ou une psychose, quoique cela ne soit point démontré absolument. Mais comment, pratiquement, cette prédisposition, simple conjecture étiologique, peut-elle atténuer la responsabilité de l'inculpé ? Il est avéré que les motifs et les mobiles de l'acte n'ont aucun caractère psychopathologique ; cependant, étant donnée la fragilité cérébrale supposée du sujet, l'expert va conclure à la diminution de la responsabilité. Est-ce là de la médecine ? J'affirme que, dans le temps présent, l'étude des antécédents héréditaires, si on la désire complète, détaillée, lointaine et sûre, serait mieux exécutée par les soins du magistrat instructeur que par nous, les médecins experts. Nous pourrions aussi, seuls ou en collaboration avec la justice, faire des enquêtes minutieuses sur l'hérédité des inculpés ; ce serait long, mais nous arriverions également à des précisions. Le résultat serait que pour la grande majorité des individus il existe chez les ascendants plus ou moins distants quelques tares nerveuses ou mentales. L'hérédité spéciale a son intérêt scientifique. Dans les cours de justice, elle est négligeable ; elle ne diminue point la responsabilité de fait d'un inculpé pratiquement sain d'esprit au moment de l'acte.

b. Les TROUBLES CONSTITUTIONNELS DE L'ÉMOTIVITÉ (sans délire), qui sont à la base de ce qu'on appelle la déséquilibration ou la dégénérescence mentale de Magnan, sont une cause fréquente d'atténuation de la responsabilité par le médecin expert. Rappelons que le mot dégénérescence mentale est pris ici dans le sens clinique et non dans le sens étiologique. La question que pose ces troubles est délicate à trancher. S'il s'agit de troubles de l'émotivité congénitaux, très profonds, très graves, durables, avec alternatives d'exaltation et de dépression, nous concluons à l'irresponsabilité et au traitement dans un asile d'aliénés. Si au contraire les troubles sont légers ou moyens, même s'ils s'accompagnent de crises nerveuses à base d'énervement, c'est-à-dire d'hystérie, nous concluons à la responsabilité et cela sans atténuation. Nous estimons que les instables, les excentriques, les vagabonds, etc., qui vivent de la vie sociale commune et qui paraissent normaux au point de vue intellectuel, sont, pratiquement et médicalement parlant, dans le cas de répondre de tous leurs actes. Si leur responsabilité doit être atténuée, elle doit l'être du point de vue juridique, par exemple, pour des motifs d'ordre moral, mais non pour des raisons d'ordre psychopathologique. C'est dire par conséquent que l'expert n'a pas à formuler d'opinion dans ce sens.

c. Les ÉTATS PASSIONNELS qui se développent avec une fréquence et une intensité particulière chez les sujets présentant des troubles constitutionnels de l'émotivité — de sorte que ce chapitre se relie directement au précédent — les états passionnels doivent-ils entraîner une atténuation de la responsabilité ? L'étude de ces états passionnels est très intéressante pour l'expert, mais complexe souvent ; elle relève en fait de la psychologie normale et non point de la psychopathologie ou de la psychiatrie. Pratiquement il est inopportun et dangereux quelquefois, socialement parlant, que le médecin expert spécialiste déclare diminuée la responsabilité d'un individu qui a agi sous l'action d'une passion, comme l'amour, la jalousie, la haine, l'avarice, l'envie, etc. Le psychiatre curieux qui a étudié minutieusement le dossier, qui s'est entretenu longuement et à plusieurs reprises avec le sujet, qui a parfois reçu de lui certaines confidences, ne peut pas ne point avoir une opinion sur le fait et sur le degré de culpabilité de l'inculpé. Mais cela est-il de la médecine ? Et que vaut cette opinion ? Le magistrat instructeur a demandé un rapport au médecin spécialiste et non à l'homme qu'est ce médecin.

d. L'état de PERVERSITÉ de l'inculpé, par suite des inclinations médicales actuelles, tend de plus en plus à lui être favorable. En effet, les experts rattachent cette perversité à des perturbations natives de

l'émotivité, et, naturellement, ils sont amenés à envisager et exprimer la diminution de la responsabilité. Ils parlent même d'un certain degré de « dégénérescence mentale »; cela suffit pour que leurs conclusions apparaissent aux magistrats comme bien établies. Qui ne voit le vice de ces tendances médicales? Que la perversité soit en relation avec des troubles spécialisés du caractère, qu'il soit difficile dans certains cas de dire où finit la perversité et où commencent les perversions instinctives (expression mauvaise et courante), cela n'est pas douteux. Si le fait d'atténuer la responsabilité pour perversité se généralisait, si l'expert, progressivement, se laissait aller à faire du pervers un malade, les résultats ne tarderaient pas à se manifester : petit à petit les prisons se videraient aux dépens des établissements hospitaliers d'aliénés. Les maisons dites de « correction », on le sait bien, remplissent peu et mal leur but. En revanche, l'asile de malades mentaux n'est pas organisé pour recevoir les pervers dont l'activité est dangereuse et impossible à utiliser à l'asile. L'assistance des aliénés et la protection générale de la société sont appelées à se transformer, à s'amender du fait d'adaptations nouvelles; le désordre présent engendrera une action précise; mais, en l'état actuel des choses et pratiquement, il importe de ne pas confondre maladie et perversité. Dans certaines affaires purement criminelles, la conclusion par l'expert à la responsabilité atténuée finira par être sévèrement jugée : on l'a vu récemment.

e. La DÉBILITÉ INTELLECTUELLE CONGÉNITALE est une cause fréquente de diminution de la responsabilité. Pour formuler le diagnostic de faiblesse mentale constitutionnelle, sur quels symptômes pathognomoniques se baser? Lorsque l'état psychomorbide, très accusé, confine à l'imbécillité, le cas est facile et il entraîne l'irresponsabilité. Si le niveau intellectuel est plus élevé, quel sera le criterium d'appréciation? Nous avons vu les médecins exprimer les tendances les plus excessives. L'autorité militaire a justement supprimé de la statistique médicale de 1913 le terme de débilité mentale, à cause des abus constatés. Personnellement nous pensons que l'observation directe est insuffisante dans presque tous les cas pour établir et fixer le diagnostic de débilité psychique native, à moins que cette observation soit quotidienne et dure plusieurs mois. Etant données les difficultés cliniques rencontrées, ce diagnostic ne sera posé d'une manière ferme qu'à la suite d'enquêtes prés de la famille ou de tiers autorisés. Nous estimons aujourd'hui qu'un diagnostic de débilité intellectuelle congénitale qui n'est pas confirmé par l'observation indirecte est faux dans la très grande généralité des cas. C'est que les caractères scientifiques de cette débilité mentale constitutionnelle ne sont pas aisés à déterminer : les écoles discutent et discuteront un moment. Pratiquement, il est possible de trouver un terrain d'entente : le sujet né débile mental a toujours eu une intelligence manifestement au-dessous de la moyenne; s'il a fréquenté l'école, il n'a appris que très difficilement et très insuffisamment à lire, écrire et compter; il est incapable, seul, de se diriger et de subvenir à ses besoins ; il ne peut guère travailler que sous la direction d'une personne de sa famille ou d'un protecteur patient et dévoué, etc. A notre avis, c'est seulement chez de pareils sujets qu'il importe de parler de débilité mentale constitutionnelle, laquelle entraîne l'irresponsabilité et non pas l'atténuation de la responsabilité. Autrement le diagnostic de débilité mentale est pure fantaisie clinique ou simplement ignorance. Si nous ajoutons que certains psychiatres commencent à employer ce terme dans un sens uniquement étiologique, on se rendra compte des difficultés d'arriver à la clarté en terminologie psychiatrique. Il résulte de cette discussion que l'atténuation de la responsabilité pour « débilité mentale » est avant tout une erreur, et celle-ci est due à l'incompréhension par l'expert d'un terme qu'il importe essentiellement de définir du point de vue pratique.

f. Le fait d'un ACCÈS DÉLIRANT survenu chez l'inculpé lors d'une époque antérieure à l'acte incriminé doit-il être invoqué en vue de la diminution de la responsabilité pénale ou civile? Il n'est peut-être pas inutile de préciser qu'il s'agit d'un accès terminé par une guérison. S'il n'en était pas ainsi, au moment où l'acte est commis, il y aurait, chez le sujet, simple rémission ou rémittence de la maladie mentale, et l'expert conclurait à la non-responsabilité. Nous envisageons donc le cas d'un individu revenu, après une psychopathie aiguë, à l'état cérébral dit normal, par exemple celui d'un alcoolique dont le syndrome hallucinatoire, délirant, anxieux, s'est terminé favorablement, ou encore celui d'un intermittent guéri d'un accès maniaque, etc. Cet individu accomplit un délit ou un crime, dans une période exempte de troubles psychiques. Est-ce rationnel d'atténuer sa responsabilité du fait d'une maladie mentale antérieure? L'examen établit que, au moment de l'acte, le sujet jouissait de la plénitude de ses facultés; pour quels motifs d'ordre médical spécial considérer sa responsabilité comme diminuée? On objecte : c'est un prédisposé aux maladies psychiques; la récidive est imminente, etc. Le jour où il sera malade, il sera hospitalisé dans un asile d'aliénés. C'est humain de tenir compte d'un état antérieur psychopathologique. Mais est-ce là la fonction de l'expert? Elle serait un peu simple puisqu'à la portée de chacun.

g. Les STIGMATES PHYSIQUES DE DÉGÉNÉRESCENCE contribuent curieusement, pour une part importante, à l'atténuation de la responsabilité. Dans les rapports médicaux spéciaux, ils cheminent d'ordinaire, côte à côte, avec la « dégénérescence » mentale, mais celle-ci est vaguement décrite, tandis que les signes somatiques sont si détaillés et si riches qu'ils apparaissent comme occupant la place prépondérante. L'expert conclut, d'une manière générale, que « l'inculpé est un dégénéré ». On se rend compte, tellement les altérations psychiques sont imprécises, qu'il a établi son diagnostic bien plus d'après les symptômes physiques que d'après l'état mental. Quand on lit ces rapports et qu'on voit la psychiatrie réduite à si peu de chose par ceux qui en sont les représentants, on éprouve un sentiment pénible.

La vérité, dans cette question encore, est qu'il ne faut attacher qu'une importance tout à fait secondaire aux stigmates de dégénérescence physique. Ces signes coexistent sans doute assez souvent avec les troubles dysthymiques ou dysphréniques d'ordre congénital, mais ils peuvent aussi se présenter chez un sujet considéré pratiquement comme normal au point de vue mental ou émotionnel : on les trouve chez les manuels comme chez les intellectuels. Ils peuvent, enfin, manquer chez un débile psychique ou chez un dysthymique constitutionnels avérés. L'heure n'est pas venue encore où les signes organiques et les réactions biologiques primeront les phénomènes névro et psychopathiques.

h. Enfin l'ALCOOLISME, la SYPHILIS, l'ÉPILEPSIE, etc., constatés déterminent aussi le psychiatre expert à conclure à la responsabilité atténuée. Si l'intoxication éthylique, la spécificité, le mal comitial s'accompagnent de syndromes délirants ou démentiels, c'est l'irresponsabilité pour le patient. Si les troubles mentaux font défaut, si le sujet alcoolisé n'offre à l'examen que des cauchemars, de la gastrite, des étourdissements, des crampes, des fourmillements dans les extrémités, du tremblement des mains, de la douleur à la pression des masses musculaires et pas de délire ; si le syphilitique présente une réaction de Bordet-Wassermann positive sur le sang et le liquide céphalo-rachidien, et même de la lymphocytose et de l'hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien, sans troubles mentaux ; si l'épileptique, en dehors de ses crises, jouit de la plénitude de ses facultés psychiques, et s'il n'a pas présenté au moment de l'acte un équivalent réel, bien caractérisé, alors il faut quand même, dans tous ces cas, apporter un témoignage de responsabilité atténuée ? Pourquoi, médicalement et pratiquement parlant, considérer comme diminuée la responsabilité d'un individu qui n'a pas de troubles cérébraux ? Parce qu'il est, dira-t-on encore, en imminence de pareils troubles. Mais à quelle date pourrez-vous en fixer l'apparition ? Et s'ils n'apparaissent pas ? Ne sera-t-il pas temps, lorsque la maladie mentale se développera, de faire traiter le sujet dans un établissement d'aliénés ?

Conclusions. — Nos conclusions seront brèves. Le psychiatre expert, comme tout médecin expert, est un témoin spécial ; il observe, il constate ; il a un rôle bien limité qui n'est ni celui de la défense, ni celui de l'accusation, ni celui du juge. Il est, en vérité, indifférent au point de vue moral de l'affaire en cause : il fait, en justice, de la psychologie pathologique et non de la psychologie normale. Il parle un langage clair, simple ; il ne cherche pas à éblouir ceux qui l'écoutent par des métaphores étincelantes ou des néologismes fastueux. Son témoignage ne vaut qu'autant qu'il existe des troubles mentaux réels, nettement caractérisés. Les causes habituelles d'atténuation de la responsabilité pénale et civile ne sont pas d'ordre médical à proprement parler. Il ne faut pas confondre la responsabilité en fait et la responsabilité en droit, c'est-à-dire la responsabilité pratique et la responsabilité mystico-métaphysique. C'est d'un bon naturel d'atténuer la responsabilité chez la plupart des inculpés soumis à l'expertise médicale spéciale, mais est-ce bien là la fonction vraie de l'expert ? Nous posons la question. Pour nous, actuellement, elle est résolue (1).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 17 JANVIER 1920)

Suture de l'uretère. — A propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Marion, M. PROUST rappelle avoir proposé, dans un travail avec M. Bucquet, le dédoublement du bout supérieur dans les sutures de l'uretère. Il ajoute que, en principe, il est opposé à la sonde à demeure.

M. DUVAL a fait une suture de l'uretère bout à bout et en a obtenu un bon résultat immédiat. Mais, chez cette malade, le rein est perdu et il faudra en venir à la néphrectomie.

M. LENORMANT donne des renseignements sur une de ses malades dont a parlé M. Marion ; il s'agissait d'une fistule vésico-vaginale d'origine obstétricale. Il a fait, chez cette malade, deux opérations : dans la première, il a cherché à fermer une fistule haute par voie transpéritonéale, il a eu un échec ; dans une seconde intervention il a fermé par le vagin.

Dans un autre cas, il s'agissait d'une section d'un uretère au cours de l'ablation d'un kyste du ligament large. M. Lenormand réimplanta l'uretère dans la vessie ; bon résultat. M. Chevassu, qui a vu ensuite cette malade, a constaté que le rein, de ce côté, fonctionnait insuffisamment. Il faut, dans ces faits, tenir compte de l'état antérieur de l'uretère. S'il était malade, le rein est sûrement compromis. Mais il est certain aussi que le seul fait de modifier l'implantation de l'uretère, agit sur le rein correspondant.

M. ROUTIER rapporte le fait suivant. Une femme, après un accouchement, présente une fistule urétéro-vaginale. M. Routier pratique l'implantation de l'uretère dans la vessie. Malgré le conseil donné à cette femme d'éviter une seconde grossesse, elle devient enceinte de nouveau. M. Pinard pratiqua une césarienne et obtint un enfant vivant, mais la malade mourut, et, à l'autopsie, on constata que l'uretère implanté dans la vessie est complètement bouché et que le rein est très atrophié. Cette obstruction de l'uretère et cette atrophie du rein se sont produites sans que la malade ait présenté le moindre symptôme.

M. BRUN (d'Angers) cite le cas d'une urétéro-cystostomie à la suite de laquelle, trois mois après l'opération, le rein du côté correspondant ne donnait que 12 grammes d'urée, tandis que l'autre rein donnait 15 grammes. Toutefois, chez cette malade, le résultat est resté bon et a été constaté tel douze ans après l'intervention. M. Brun estime qu'il y a toujours intérêt pour ces malades à pratiquer l'opération, soit la suture, soit l'implantation dans la vessie, suivant les cas.

M. BAZY fait observer que, dans ce cas, la différence de la quantité d'urée est bien minime. Il est même probable qu'elle existait antérieurement.

M. TUFFIER estime qu'il faut tenir compte de l'état de l'orifice de l'uretère dans la vessie. Il ne semble pas y avoir de raison pour que cet orifice s'atrophie.

M. DELBET cite le cas d'une malade atteinte d'une fistule urétéro-vaginale qui a refusé toute intervention. Trois ans après elle ne perdait plus rien, le rein avait complètement disparu sans que cette malade ait jamais présenté le moindre

(1) Voir R. BENON. L'aliénation mentale n'est pas de la médecine. La loi sur les aliénés, *Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale*, 1916, t. II, p. 204 (responsabilité et dégénérescence mentale).

accident. Il faut donc admettre la possibilité d'une atrophie complète du rein sans aucun symptôme.

Plaies abdominales de guerre. — M. Quénu fait un rapport sur un certain nombre d'observations de plaies abdominales de guerre adressées par MM. Houzel, Capelo, Constantini et Vigo. Les statistiques présentées par ces auteurs sont très satisfaisantes.

Parmi ces observations de plaies de guerre, signalons celle d'une femme de vingt-sept ans qui se trouvait à la Maternité lorsqu'y tomba un obus de canon à longue portée qui, comme on sait, fit plusieurs victimes parmi les femmes et les enfants. Cette jeune femme fut transportée à Cochin deux heures après la blessure; elle présentait des plaies multiples à la face, aux membres, à l'abdomen; des parcelles de plâtre avaient pénétré plus ou moins profondément dans la peau. M. Houzel, qui reçut cette malade, débrida la plaie, constata un éclatement de la rate, pratiqua la splénectomie. Le troisième jour, il se fit une escarre dans la région lombaire, un vaste abcès au fond duquel on trouva un éclat d'obus; il y avait eu aussi des plaies de l'intestin qui furent suturées. La malade guérit.

M. Capelo, sur 17 observations de plaies viscérales de l'abdomen, a eu 12 guérisons et 5 morts. M. Duponchel, pour des plaies de même genre, a eu 47 p. 100 de guérisons. Encore, dans ce nombre, y a-t-il eu des blessés qui n'ont pu être opérés que cinquante heures après la blessure.

Nous ne pouvons résumer ces dernières observations qui font honneur aux chirurgiens qui les ont relevées.

Le traitement des fibromes par la radiothérapie ou la radiumthérapie. — M. Chiffoliau fait connaître les résultats de sa pratique personnelle :

Six femmes atteintes de fibromes, après avoir été traitées par la radiothérapie, sont venues demander l'opération. Chez plusieurs, il a bien semblé que certains fibromes avaient diminué de volume après le traitement. Chez d'autres, surtout dans les cas où le fibrome était accompagné d'un kyste, la tumeur semble, au contraire, avoir sensiblement augmenté de volume. En somme, résultats variables, mais jamais complètement favorables. Il semble que ces malades perdent un temps précieux en recourant à la radiothérapie au lieu de se faire opérer, l'hystérectomie paraissant être, jusqu'ici, le meilleur traitement à opposer aux fibromes utérins.

M. Tuffier, dans un certain nombre de cas, n'a constaté aucune modification à la suite du traitement par la radiothérapie; dans d'autres cas, il a constaté une certaine diminution des fibromes, mais c'est surtout lorsque la radiothérapie a supprimé les règles que les résultats sur l'évolution du fibrome sont appréciables. Cette suppression des règles peut n'être que momentanée, mais lorsqu'il y a une transformation épithéliale du fibrome ou la coexistence d'un fibrome et d'un cancer, alors l'évolution de ce dernier peut être extrêmement rapide. Il ne faut donc tenter la radiothérapie contre le fibrome que lorsqu'on est bien certain d'avoir affaire à un fibrome pur.

Chez les jeunes femmes, en particulier, la radiothérapie est contre-indiquée. L'opération de choix, chez elles, serait la myomectomie.

M. Fredet a eu 4 p. 100 de mortalité après l'hystérectomie pour fibromes.

Plusieurs de ces décès ont été dus à des ictères chloroformiques ou à des complications indépendantes du fibrome lui-même. La radiothérapie peut donner quelques résultats favorables sur les fibromes mêmes, mais elle devient dangereuse si le fibrome se complique de kystes, de salpingite, d'appendicite. Il ne faudrait donc y recourir qu'à bon escient.

M. Faure estime que la protestation de M. Delbet vient à son heure. Le traitement des fibromes subit une crise. Nous savons que l'hystérectomie donne 95 guérisons pour 100 fibromes. Que donne la radiothérapie ou la radiumthérapie? Un certain nombre de malades, soumises à la radiothérapie, ont présenté des accidents assez sérieux. Une malade, n'ayant subi que deux applications de rayons X, a présenté une grande aggravation des accidents. M. Faure pratiqua l'hystérectomie vaginale. Il s'agissait d'un cancer qui a récidivé avec une extrême rapidité.

M. Faure signale un cas de radiodermite, un certain nombre d'échecs absolus. Toutefois, dans la majorité des cas, il y a une amélioration notable. La suppression des règles produite par la radiothérapie entraîne généralement la diminution du fibrome.

Sur les gros fibromes, la radiothérapie n'agit pas. Le résultat le plus constant de la radiothérapie et surtout du radium c'est de provoquer la ménopause artificielle. C'est donc par son action sur les ovaires que cette médication agit et peut agir secondairement sur l'utérus fibromateux.

M. Faure estime que les applications de radium méritent toute l'attention des praticiens, et il est vraiment regrettable que, faute de radium, ces applications ne soient pas possibles dans nos hôpitaux. Mais, en ville, M. Faure a obtenu, avec Chéron, des résultats vraiment merveilleux; entre autres sur une jeune fille qui souffrait atrocement et avait des hémorragies perpétuelles. Une seule application de radium a suffi pour faire disparaître tous ces accidents.

Aussi M. Faure préfère-t-il avoir recours à la radiumthérapie plutôt qu'à la radiothérapie. Mais avant de recourir au radium il faut être bien sûr qu'il s'agit d'un fibrome simple. La malade doit donc consulter le chirurgien avant d'aller trouver le radiographe. Parmi les malades atteintes de fibromes il en est qui doivent être opérées. L'heure est grave, dit en terminant M. Faure. Le traitement des fibromes doit être soumis de nouveau à une étude sérieuse et les applications de radium méritent toute l'attention des chirurgiens.

M. Hartmann pense que la coïncidence du cancer avec le fibrome est plus fréquente qu'on ne croit. Sur 682 fibromes qu'il a observés, il a rencontré 7 fois du cancer. Un symptôme important, dans ces cas, est l'amaigrissement.

M. Hartmann préfère le radium aux rayons de Rœntgen. Mais il ne faut pas songer à soumettre tous les cas de fibromes aux rayons X. Ce serait aller contre les règles de la clinique.

Le matériel de suture pour les opérations sur l'estomac. — M. Gosset se demande à quels fils il faut donner la préférence. M. Delbet incrimine la soie comme cause possible d'ulcère consécutif; Cunéo, Tuffier emploient le fil de lin et le catgut. Walther se sert toujours du catgut pour les sutures internes et de soie pour les sutures externes. Ricard, Hartmann sont restés fidèles à la soie.

M. Gosset a fait, chez un malade, une gastro-entérostomie avec la soie; après cinq ou six mois, ce malade a présenté les symptômes d'un ulcère. Réintervention de M. Gosset qui ne trouve rien; il ouvre alors l'estomac pour voir l'état de la bouche; il y trouve un fil de soie pendant; il l'enlève et tous les accidents disparaissent.

M. Gosset cite d'autres observations dans lesquelles les fils de soie ont donné lieu à des accidents plus ou moins graves. Il y aurait donc lieu de faire tout au moins les sutures muco-muqueuses avec du catgut et les sutures séro-séreuses avec la soie, ou mieux encore de faire toutes les sutures avec du catgut chromé double o, en un mot d'abandonner les fils non résorbables.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Séance du 9 janvier 1919)

L'épilepsie n'est pas héréditaire. — D'accord avec certains auteurs modernes et se basant sur ses statistiques personnelles, M. P. Hartenberg estime que l'épilepsie idiopathique n'est nullement une affection héréditaire, constituant une tare familiale, fatale et incurable. Il n'a trouvé que trois

fois, sur 80 cas, l'épilepsie chez les ascendants. Il en conclut que l'épilepsie est une maladie occasionnelle, acquise, du système nerveux, ne possédant pas le caractère de fatalité qu'on lui attribue faussement. D'où il s'ensuit, pour M. Hartenberg, d'importantes conséquences pratiques :

1° Il n'y a plus lieu de cacher l'épileptique et sa famille ne doit plus subir une prévention injustifiée.

2° Le malade ne doit plus être considéré comme incurable, mais on doit s'efforcer de le traiter et de le guérir.

3° Les vieux préjugés sur l'épilepsie doivent être abolis, et il serait à la fois utile et juste que l'épileptique soit réhabilité.

M. Tollemer admet aussi que les ascendants de l'épileptique le sont rarement, et que l'épileptique peut avoir une valeur sociale ; mais, en ce qui concerne ses descendants, souvent, ils ne sont pas normaux, non pas peut-être épileptiques, mais atteints de troubles nerveux divers, chose importante à considérer au point de vue mariage et descendance.

M. Laignel-Lavastine partage, avec MM. Pierre Marie, Babinski, Comby, etc., l'avis de M. Hartenberg sur la rareté de l'hérédité similaire chez les épileptiques. La raison en est que l'épilepsie, loin d'être une maladie, n'est même pas une affection, mais seulement un syndrome. Elle dépend de facteurs multiples, parmi lesquels prédominent les infections de la première enfance frappant de préférence des cerveaux sensibilisés, entre autres, par l'hérédo-alcoolisme et l'hérédo-syphilis.

M. Blind est du même avis que M. Laignel-Lavastine et demande s'il est juste qu'en Scandinavie le mariage soit légalement interdit aux épileptiques.

M. Aubry demande des précisions sur la toxicité urinaire des épileptiques et si l'épilepsie n'est pas une affection à bacilles ou à bactéries.

M. Druelle pense que la syphilis se retrouve souvent dans les ascendants des épileptiques, mais qu'il faut souvent la dépister par une enquête très sérieuse.

M. Hartenberg pense avec M. Laignel-Lavastine que l'épilepsie n'est qu'un syndrome et que le terme d'épilepsie idiopathique n'a qu'une valeur conventionnelle, mais que ce terme a son utilité, puisqu'il y a, en dehors des épilepsies idiopathiques (individus normaux en dehors de leurs crises, sans autre signe de maladie), des épilepsies symptomatiques (individus qui, en même temps que leurs accidents comitiaux, présentent d'autres lésions ou maladies : blessés du crâne, syphilitiques, artérioscléreux, dégénérés, etc.), et c'est par cette confusion des deux catégories que les statistiques anciennes sur l'hérédité des épileptiques se montrent si pessimistes. La question de la toxicité des urines est encore très obscure et il est impossible d'avoir une opinion à ce sujet. L'hérédo-syphilis crée l'épilepsie moins souvent qu'on ne le croit. En tous cas, le traitement spécifique ne guérit que très rarement ces accidents.

Cancer d'estomac et hypersécrétion continue. — M. L. Pron (d'Alger) apporte deux observations de catarrhe acide fort de l'estomac, coïncidant avec une tumeur, non en période de préparation (ulcéro-cancer) mais complètement évoluée et palpable à la main.

FORMULAIRE

POUR MASQUER LE GOUT DE LA QUININE

Le professeur Sabrazès (de Bordeaux) indique dans la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales* la formule suivante :

Sulfate de quinine	1 gr.
Sirop de quinquina	20 gr.
Sirop diacode	20 gr.
Eau distillée de fleur d'oranger	100 gr.

JURISPRUDENCE

LES ORDONNANCES FICTIVES & LA LOI DU 12 JUILLET 1916 SUR LES SUBSTANCES VÉNÉNEUSES

Le tribunal correctionnel de la Seine rendait le 25 février 1919 un jugement condamnant aux peines portées à l'article 3 de la loi du 12 juillet 1916 un morphinomane et un médecin qui lui avait délivré, moyennant une large rétribution, des ordonnances de complaisance. La poursuite voyant là l'emploi d'ordonnances fictives impliquait le docteur X., rédacteur des ordonnances, lequel fut condamné, par défaut il est vrai, à 13 mois d'emprisonnement et 1.000 francs d'amende.

L'inculpé soutint devant le tribunal que les ordonnances à l'aide desquelles il s'était fait délivrer de la morphine étaient des ordonnances véritables, rédigées par un médecin et n'étaient pas les ordonnances fictives visées par l'article 3 de la loi du 12 juillet 1916.

Mais le tribunal de repousser cette prétention par les motifs suivants :

Attendu qu'A... s'est fait remettre par le docteur X., les 8 et 12 octobre 1917, deux ordonnances prescrivant 57 centigrammes de morphine ; qu'à l'aide desdites ordonnances, A... s'est fait remettre, par le pharmacien Z., ces quantités de substances vénéneuses ;

Attendu que le prévenu ne nie pas qu'il s'agissait uniquement de satisfaire à ses habitudes de morphinomane, d'accord avec le docteur X., mais prétend que le fait qui lui est reproché ne tombe pas sous le coup de l'article 3 de la loi du 13 juillet 1916, qui vise expressément les ordonnances fictives, et soutient que le terme *fictives*, employé par la loi, ne s'applique pas à une ordonnance délivrée par un médecin ;

Mais attendu que cette interprétation du terme *fictif* doit être rejetée ;

Que *fictif* n'est pas l'équivalent de *faux ;* qu'il faut l'entendre dans le sens opposé au terme *sincère ;* qu'ainsi une ordonnance qui, comme dans l'espèce, dérive d'une collusion entre le médecin et le client et qui n'est délivrée que pour aider à la violation des dispositions légales tendant à protéger la santé publique, alors que le médecin n'agit plus en tant qu'homme de l'art et pour soigner un malade, n'est pas une ordonnance sincère et doit être réputée fictive...

Le jugement que nous rapportons est frappé d'appel. Malgré que le médecin, qui n'a pas craint de ternir sa réputation, ne soit pas digne d'indulgence, il ne pouvait cependant pas être condamné.

Le législateur a considéré un nouveau délit, celui de *falsification* d'ordonnance (voir Rapport Catalogne au Sénat), prévu et puni par l'article 3 de la loi du 12 juillet 1916. La loi entend par ordonnances fictives des ordonnances rédigées et écrites par les morphinomanes et signées par eux du nom d'un médecin : c'est donc un faux destiné à obtenir la substance vénéneuse. Or le tribunal a estimé, que fictif n'est pas l'équivalent de faux, mais qu'il est le contraire de sincère. Mais si on en juge par le dictionnaire, fictif veut dire ce qui est imaginaire, ce qui est feint, ce qui n'a rien de réel. On sait ce qu'est un dividende fictif ! Et en droit le mot faux se comprend dans le sens d'altéré, falsifié, supposé. Or une ordonnance écrite en entier par un médecin ne peut constituer un faux, un acte fictif. Ce n'est pas une ordonnance fausse. La distinction faite par le tribunal n'est certainement pas conforme à l'intention de législateur, et rien de semblable n'existe dans les commentaires faits de la loi de 1916. Les commentateurs, les législateurs ont compris que les ordonnances fictives étaient les fausses ordonnances rédigées par les personnes désireuses de se procurer de la morphine, par exemple. (Cf. Trib. correct. Seine, 11e chambre, 13-1-1920.)

Nous ne pouvons donc pas approuver la décision des premiers juges.

R.-MARCEL PETIT.

Manuel médical. Formulaire thérapeutique, par le docteur Ernest LIOTARD (de Nice). — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES & DIAGNOSTIC DU PNEUMOTHORAX [1]

2. *Pneumothorax interlobaire.* — Consécutif à une vomique; on trouve du gargouillement au niveau d'une matité suspendue, réalisant aussi des signes pseudocavitaires. Le diagnostic se pose avec un abcès du poumon, une gangrène pulmonaire, un infarctus infecté, une dilatation bronchique. On se basera sur les caractères de l'expectoration, l'évolution de la maladie et la radiographie.

3. Le *pneumothorax médiastinal* pouvant amener des compressions d'organes avec syndromes médiastinaux variés. Diagnostic d'exception.

4. Le *pneumothorax diaphragmatique ou de la base* est marqué par une névralgie phrénique ou intercostale intense; les vibrations sont abolies en bas et conservées en haut. Le diagnostic se pose avec un kyste hydatique du foie ou du poumon, mais surtout avec l'abcès sous-phrénique ou *pyopneumothorax sous-phrénique*. Cette collection péritonéale enkystée se développe entre le foie et la voûte diaphragmatique, et en sa faveur on peut invoquer : la situation très basse des signes physiques, la netteté de la courbe convexe du tympanisme, le déplacement excessif du cœur, l'existence d'une voussure dans l'hypocondre ou le creux épigastrique, l'existence dans les antécédents d'un ulcus gastrique ou duodénal. Enfin, au cours d'une ponction, on notera le mode d'écoulement du liquide qui jaillit au moment de l'inspiration dans les abcès sous-phréniques (signe de Pfuhl). La radioscopie tranchera le diagnostic dans les cas hésitants, surtout quand l'abcès sous-phrénique ou le kyste hydatique du foie se seront ouverts par vomique.

5. Le *pneumothorax enkysté pariétal*, plus fréquent qu'on ne pense et difficile à diagnostiquer.

Diagnostic de la variété anatomique. — Il se pose surtout à propos des pneumothorax généralisés; 3 cas :

1. Le *pneumothorax ouvert*, que nous avons pris comme type de description.

2. Le *pneumothorax fermé* peut succéder au précédent, par cicatrisation secondaire. Les gaz ne se renouvellent plus et ceux qui sont inclus diminuent peu à peu et sont remplacés par un exsudat liquide; finalement cette pleurésie à épanchement guérit aussi par résorption, à moins qu'elle ne prenne un type d'évolution chronique traînante et ne provoque la mort par cachexie tuberculeuse, granulie ou infection.

3. Le *pneumothorax à soupape*. C'est le pneumothorax suffocant, mal toléré. Haute intensité et progression menaçante de la dyspnée. Début dramatique par asphyxie, cyanose intense; la pression des gaz s'élève de plus en plus dans la plèvre et refoule les viscères voisins. Nous rappellerons aussi l'ampliation considérable de l'hémithorax, la haute tonalité du son de percussion, le déplacement des organes, la mesure manométrique de la tension intrapleurale. La mort est fréquente dans ce cas.

Diagnostic étiologique. — Il est classique d'opposer au pneumothorax par *fermentation* (dû à l'exhalation gazeuse de l'épanchement ou à une pleurésie putride ou fétide (anaérobies), les *pneumothorax par effraction*. Ces derniers sont de beaucoup les plus nombreux.

On les divise en pneumothorax chirurgical et pneumothorax médical.

I. Pneumothorax médical. — Il est lié généralement à une lésion pulmonaire, rarement à celle d'un autre organe. En principe c'est à la tuberculose qu'on doit toujours penser d'abord (90 p. 100 des cas).

1. *Pneumothorax tuberculeux.* — Il peut être *précoce*, généralisé, surtout fréquent au cours des tuberculoses à marche rapide; ou bien *tardif*, plus rare, et, dans ce cas, partiel. On se basera sur les antécédents, l'état général du malade, les signes pulmonaires, la radioscopie, l'examen des crachats. Evolution normale vers l'hydropneumothorax qui peut guérir ou se transforme en pyopneumothorax. A ce propos, discuter le pneumothorax *curateur* (Woillez, Béhier, Potain) appelé par d'autres providentiel. Il semble avoir une influence favorable sur les lésions pulmonaires qu'il met au repos. L'expectoration et la toux s'atténuent, les forces reprennent, mais le malade n'en conserve pas moins un hydropneumothorax avec tous les aléas qu'il comporte. On a cependant basé sur ces faits tout un traitement curateur de la tuberculose pulmonaire : injection de gaz inertes tels que l'azote, dans le cas de lésions pulmonaires unilatérales et peu avancées. Les adhérences pleurales à la base empêchent souvent la mise en pratique de ce pneumothorax artificiel.

2. *Pneumothorax non tuberculeux.* — Il peut relever d'une lésion pulmonaire, pleurale, pariétale ou de voisinage.

a. Parmi les *affections pulmonaires* c'est à l'emphysème pulmonaire qu'il faut surtout penser; il peut provoquer un pneumothorax au cours de l'asthme, de la coqueluche, etc. Il faut distinguer le pneumothorax qui survient au cours d'emphysème latent et qui est d'un pronostic bénin, et celui qui survient chez les grands emphysémateux : c'est un pneumothorax pur, généralisé, à marche rapide, provoquant fréquemment la mort par asystolie.

La gangrène pulmonaire agit surtout dans les cas où elle affecte la surface du poumon (gangrène corticale); elle détermine un pyopneumothorax putride, soit par fermentation, soit par rupture et vomique.

Enfin, nous signalerons le pneumothorax vraiment exceptionnel consécutif à la pneumonie ou à la broncho-pneumonie, ou à la suite de la dilatation des bronches.

b. Au cours des *affections pleurales*, c'est la pleurésie purulente à pneumocoques qui est la cause la plus fréquente du pneumothorax après la tuberculose. Cette pleurésie purulente tend, comme tout abcès, à s'ouvrir en dehors ou dans les bronches par ulcération pulmonaire. D'où constitution d'un pyopneumothorax d'emblée, à la suite d'une vomique. L'évolution est subordonnée à la nature du liquide et des microbes infectants.

c. Nous signalerons seulement les pneumothorax secondaires à des *abcès péripleuraux* relevant d'abcès des côtes, du sternum qui, évoluant vers la profondeur, peuvent aboutir à la formation d'une pleurésie purulente et d'une vomique ultérieure; ou bien secondaires à des *affections médiastinales* (cancer de l'œsophage, abcès ganglionnaire) ou plus rarement encore à des *affections abdominales* (abcès ou kystes du foie, abcès périnéphrétiques).

On a pu aussi signaler le pneumothorax survenant chez la *parturiente* au cours des efforts de l'accouchement.

II. Pneumothorax chirurgical. — Leur diagnostic étiologique s'impose. Ce sont ceux qui sont d'origine *traumatique*, à la suite d'une plaie de poitrine; ou bien d'origine *opératoire* au cours d'une pleurotomie, ou encore *accidentel* (au cours d'une thoracentèse avec l'aspirateur Potain mal utilisé).

Diagnostic de la nature de l'épanchement. — Le diagnostic de la nature et de la quantité de l'épanchement se fait par l'examen physique et par la ponction exploratrice. En faveur d'un pyopneumothorax signaler la fièvre, les phénomènes généraux, la circulation collatérale.

Au contraire, en cas d'hydropneumothorax, il n'y a pas de phénomènes infectieux. Le liquide est parfois un peu trouble, mais il est riche en lymphocytes. Rechercher les bacilles de Koch.

En faveur d'un hémothorax il y a la notion de traumatisme, l'expectoration hémoptoïque, les signes d'anémie et d'hémorragie interne. Mais, même dans les cas d'hydropneumothorax et d'hémopneumothorax, on devra suivre de temps à autre la nature de l'épanchement et l'on pourra, dans certains cas, dépister la transformation purulente du liquide épanché.

Le *pronostic* dépend de la cause du pneumothorax, de l'âge et de l'état général du malade, du bon fonctionnement du cœur et de l'état du poumon du côté opposé.

(1) Fin. — Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 1, p. 15; n° 2, p. 31, et n° 5, p. 79.

Le Directeur-gérant Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 8. — JEUDI 22 JANV. 1920. 93e ANNÉE. JEUDI 22 JANV. 1920. — N° 8.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 15 francs par an.
Étudiants étrangers, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 6 fr. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 19 janvier. — MM. Voisin (R.), 17; Philibert, 16; Troisier, 17.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Lecture des copies.* — *Anatomie.* — Séance du 19 janvier. — MM. Reinhold, 13; Chavang, 10; Tisné, 13; Pollet, 11; Debray, 10; Derville, 11.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 18 janvier. — Question donnée : « Complication de la blennorragie chez l'homme. »

MM. Ricard, 14; Monot, 16; Muffat, 11; Noguerès, 10; Puech, 11; Oüy, 10; Prévot, 13; Ricci, 14; Mounier, 9; Py, 12 1/2; Plichon, 14; Parisot et Lallemant, 17; Joffroy, 13; Laporte, 14; Joanny, 16; Lévy (Paul), 14; Lepennetier, 16; Kenzinger, 15; Leloup, 14.

Séance du 19 janvier. — Question donnée : « Ponction lombaire. »

MM. Lehmann (Henri), 16; Lévy (Jean), 14; Lévy (Amédée), 11; Lifschitz et Leblanc, 13; Jonesco, 16; Jeudon, 14; Lacassie, 13; Kohn (Victor), 12; Lefèvre (Georges), 11; Jarrige-Lemas, 14; Landrieu, 12; Lévy (Maurice), 18; Leyrat, 10; Leplat (Gabriel), 16; Lonjumeau, 18; Marot, 11.

Anatomie. — Séance du 17 janvier. — Question donnée : « Vertèbres cervicales, atlas et axis exceptés. »

MM. Dechambres, 13; Deberdt, 15; Dalsace, 18; Doizy, 14; Durand (Marcel), 13; Derrien, 12; Coffin, 15; Codet, 17; Dubois, 12; Dollfus, 15 1/2; Desprairies, 18; Durville, 11; Dhers, 16; Coudrain, 9; Delavenne, 10; Duhamel et Chadourne, 14 1/2; Dufourcq-Lagelouse, 12.

Séance du 19 janvier. — Question donnée : « Diaphragme sans la physiologie. »

MM. Corby, 14; Durand (Paul), 15; Chabrol, 9; Dupont (Michel), 10; Chemilleau, 9; Corbasson, 8; Chauveau, 13; Denis (Maurice), 10; Degisors et Dufay, 13; Djourovitch, 15; Devouge, 13; Davoigneau, 8; Chayeux, 11; Dupont (E.), 10; Collot, 11; Dupont (Maximilien), 15; Delacloche, 12; Epagneul, 15; Descharmes, 17.

CONCOURS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — *Epreuve clinique.* — Séance du 16 janvier. — MM. Hébert, 17 + 7 = 24; Savatier, 16 + 7 = 23.

FACULTÉ DE MÉDECINE. — LYON. — MM. les professeurs Mouriquand et Policard commenceront, le lundi 26 janvier 1920, à seize heures, une série de conférences sur « les glandes et syndromes endocrins », complétée par des leçons chirurgicales de M. Leriche.

Ces conférences inaugurent un enseignement complémentaire sur les questions médicales à l'ordre du jour.

LA COMMÉMORATION DE NOS MORTS. — Rappelons qu'une cérémonie solennelle aura lieu au Panthéon, dimanche prochain. En outre, des services religieux à la mémoire des membres du Service de santé morts au champ d'honneur seront célébrés :

Le vendredi 23 janvier, à dix heures et demie, en la basilique de Notre-Dame, sous la présidence de Mgr Amette, cardinal archevêque de Paris. Prédicateur : M. Thellier de Poncheville.

Le samedi 24 janvier, à quatorze heures, au temple de l'Oratoire, sous la présidence de M. le pasteur Couve, président de l'Union consistoriale des églises réformées de Paris et de la Seine. Orateur : M. le pasteur Roberty.

Le lundi 26 janvier, à quatorze heures, au temple de la rue de la Victoire, sous la présidence de M. Dreyfus, grand rabbin de Paris. Orateur : M. le rabbin Liber.

On peut se procurer des cartes à l'A. G., 8, rue de Surène.

LA CRÉATION DU MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — M. Millerand en organisant son cabinet vient de créer un nouveau ministère, le ministère de l'hygiène, de l'assurance et de la prévoyance sociales.

Ce ministère est formé par les services de l'hygiène et de l'Assistance publique enlevés au ministère de l'intérieur, et par les services de la mutualité et des assurances enlevés au ministère du travail.

Le premier titulaire de ce portefeuille est M. J.-L. Breton, ingénieur chimiste, spécialisé à la Chambre dans les questions d'hygiène sociale, rapporteur du projet de loi tendant à la suppression de la céruse dans la peinture en bâtiment, M. J.-L. Breton a été sous-secrétaire d'Etat au ministère des Inventions.

GUERRE. — M. le docteur Wicart est nommé médecin spécialiste pour l'oto-laryngologie, au ministère de la Guerre.

MINISTÈRE DE LA JUSTICE. — Par un arrêté en date du 10 janvier, le garde des Sceaux vient de nommer membres titulaires ou suppléants des tribunaux départementaux des pensions militaires :

MM. les docteurs Casse, *titulaire*; Vaissade et Thomas, *suppléants*, à Aix.
Garnier *t.*; Rémy-Roux et Bonnet, *ss.*, à Avignon.
Voirin *t.*; Jolly et Gelly, *ss.*, à Bar-le-Duc.
Halmagrand, *t.*; Geffrier et Touche, *ss.*, à Orléans.
Massiou, *t.*; Jasseron et Maupetit, *ss.*, à Oran.

Loewy, *t.*; Schwartz et Clément, *ss.*, à Paris, 1re section.
Dervieux, *t.*; Laignel-Lavastine et Gautier, *ss.*, à Paris, 2e section.
Duvoir, *t.*; Lutaud et Legrain, *ss.*, à Paris, 3e section.
Ribierre, *t.*; Berger et Stépinski, *ss.*, à Paris, 4e section.
Fredet, *t.*; Savariaud et Truelle, *ss.*, à Paris, 5e section.
Lassalle, *t.*; Pons et Devèze, *ss.*, à Perpignan.
Herbinet, *t.*; Derome et Rebière, *ss.*, à Pontoise.
Fargier, *t.*; Dupin et Fargoire, *ss.*, à Privas.
Alirot, *t.*; Coiffier et Sutel, *ss.*, au Puy.
Simonneau, *t.*; Lautier et Joubaire, *ss.*, à Rennes.
Vallée, *t.*; Bellicaud et Cauchois, *ss.*, à Rouen.
Berthier, *t.*; Rioú et Mandy, *ss.*, à Saint-Etienne.
Le Clerc, *t.*; Rauline et Lavoix, *ss.*, à Saint-Lô.
Prunet, *t.*; Benezech et Salzac, *ss.*, à Tarbes.
Chevé, *t.*; Faix et Guillaume, *ss.*, à Tours.
Laumet, *t.*; Voix et Paris, *ss.*, à Troyes.
Calvet, *t.*; Buisson et Magnanon, *ss.*, à Valence.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES ÉTUDIANTS. — Cette assemblée vient de se tenir au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique à la Faculté de médecine. Elle a émis les vœux suivants : 1° que les pouvoirs publics s'intéressent sans retard à la question du logement de l'étudiant ; 2° que, vu les difficultés pour les jeunes gens de situation modeste de se diriger actuellement vers les études supérieures, le régime actuel des bourses soit largement étendu ; 3° qu'aucune augmentation des droits universitaires n'ait lieu tant que les mobilisés se trouveront encore dans les Facultés.

DES AUTOMOBILES POUR LES MÉDECINS DES RÉGIONS LIBÉRÉES. — Sur la demande de l'Union des syndicats médicaux de France, le ministère des Régions libérées vient de donner l'ordre de mettre à la disposition des médecins des départements sinistrés un premier lot de 100 automobiles légères.

CITATIONS A L'ORDRE DE L'ARMÉE. — MM. les docteurs :

Léorat (Gervais-Calixte-Gaston), matricule 10454, sous-aide-major au 121e bataillon de chasseurs à pied : médecin ayant donné les preuves d'un courage et d'une énergie exceptionnels au cours des opérations du bataillon en particulier au chemin des Dames (juin 1917) et au combat du 20 mai 1915. Le 12 juin 1918, allant reconnaître un emplacement de poste de secours avancé, sur une position récemment conquise, a été grièvement blessé en traversant une zone violemment bombardée et constamment battue par les mitrailleuses. Déjà titulaire de deux citations. (*J. O.*, 5 déc. 1919.)

Meslin (René-Fernand-Arthur), médecin-major de deuxième classe, médecin chef du G. B. D. (129e D. I.) : dirige avec un zèle et une compétence parfaits le groupe de brancardiers de sa division. Plein d'énergie et d'entrain. Toujours prêt à marcher. A pu assurer une liaison serrée avec les unités de première ligne par des reconnaissances périlleuses. A pu, grâce à son activité et malgré un bombardement violent, faire rapidement de nombreuses évacuations au cours des journées du 11 au 12 juin. (*J. O.*, 5 déc. 1919.)

Maupin (Emile-Louis-Maurice), médecin aide-major de première classe au 359e régiment d'infanterie : médecin d'une haute conscience et d'une bravoure admirable. Le 11 juin 1918, a marché à l'attaque avec son bataillon et a prodigué en plein champ ses soins aux blessés, sous un violent feu d'artillerie et de mitrailleuses. Est tombé glorieusement dans l'accomplissement héroïque de ses fonctions. (*J. O.*, 5 déc. 1919.)

Barbette (Louis-Gustave), pharmacien-major de deuxième classe au 120e bataillon de chasseurs : le 11 juin 1918, son bataillon exécutant une attaque, a sollicité l'honneur de partir avec les compagnies d'assaut. Au cours de la progression, serrant au plus près sur les premières vagues, s'est prodigué sans compter pour effectuer les premiers pansements aux blessés. Après la réussite de l'opération, le médecin auxiliaire du bataillon ayant été frappé mortellement, s'est substitué à lui et a continué à parcourir le champ de bataille malgré le bombardement et les rafales de mitrailleuses ennemies pour rechercher les blessés et leur donner les premiers soins. Pendant les jours suivants, resté seul représentant du Service de santé, a dirigé de jour et de nuit le service de recherche et d'évacuation des blessés et des morts. Homme accompli, d'un courage, d'un dévouement et d'une élévation de caractère rares. Déjà plusieurs fois cité à l'ordre pour ses remarquables qualités. (*J. O.*, 5 déc. 1919.)

Mouret (Paul-Jules-Gaston-Louis-Marius), médecin sous-aide-major au 120e bataillon de chasseurs à pied : médecin d'un courage et d'un dévouement sans limites, maintes fois cité pour sa belle conduite au feu. A affirmé de nouveau ses belles qualités, le 11 juin 1918, au cours d'une attaque, en se prodiguant sans compter, suivant au plus près les premières vagues d'assaut et parcourant sans arrêt le champ de bataille, malgré le bombardement incessant et les rafales de mitrailleuses, pour prodiguer les premiers soins aux blessés. Blessé au commencement du combat, a continué à assurer son service. A été mortellement frappé peu après sur la première ligne, auprès d'un blessé auquel il effectuait un pansement. (*J. O.*, 5 déc. 1919.)

Chancogne (Georges-Gaston-Pierre), médecin aide-major de première classe au 125e régiment d'infanterie : médecin d'un dévouement et d'une bravoure remarquables. Tombé glorieusement à son poste de secours, le 13 juin 1913, pendant un violent bombardement. Déjà cité. (*J. O.*, 5 déc. 1919.)

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE. (HÔPITAL BROCA.) — *Cours complémentaire pratique d'histologie, histologie pathologique, hématologie et bactériologie appliquées à la gynécologie.* — M. le docteur Ch. Champy, agrégé, chef de laboratoire, fera un cours complémentaire pratique d'histologie normale et pathologique, d'hématologie et de bactériologie. Ce cours commencera le 23 janvier 1920, à neuf heures du matin. Il comprendra douze séances, du 23 janvier au 7 février.

Le droit à verser est de 100 francs.

ÉCOLE DE PSYCHOLOGIE (vingtième année), 49, rue Saint-André-des-Arts. — COURS DE 1920 (les cours sont publics). — La quinzième séance de réouverture des cours aura lieu le samedi 24 janvier à cinq heures, sous la présidence de M. le professeur Daniel Berthelot, membre de l'Institut.

Les leçons seront faites par le docteur Bérillon, sur les Maladies du caractère, et par M. le docteur Paul Farez, sur les Modalités de la psychothérapie.

M. le docteur Bérillon : 1° La psycho-pathologie du caractère. Les aphronies. 2° L'hypnotisme et l'orthopédie mentale. Les jeudis à cinq heures, à partir du 29 janvier. — M. le docteur Paul Farez : Les entretiens psychothérapiques. La dialectique. Les samedis à cinq heures, à partir du 24 janvier. — M. le docteur Monchy : La musique et la guerre. Les samedis à quinze heures, à partir du 24 janvier. — M. Guilhermet, avocat à la cour : Le milieu criminel. Les samedis à quatorze heures, à partir du 31 janvier. — M. G. Quinque, directeur de l'Etablissement médico-pédagogique de Créteil : Les enfants anormaux. La pédagogie des arriérés. Les jeudis à dix-sept heures et demie, à partir du 29 janvier. — M. H. Gosset : Rôle de l'entraînement physique et des sports dans l'éducation. Les jeudis à seize heures, à partir du 29 janvier. — M. le docteur Artault de Vevey : Philosophie et physiologie de l'amour. Les jeudis à quinze heures, à partir du 29 janvier. — Mlle Lucie Bérillon, professeur au lycée Molière : La psychologie dans l'éducation. Les jeudis à seize heures et demie, à partir du 29 janvier. — M. le docteur Coste de Lagrave : Les méthodes d'autosuggestion. Les jeudis à quatorze heures et demie, à partir du 29 janvier. — M. le docteur Philippet : Applications cliniques de l'hypnotisme (avec démonstrations cliniques). Les jeudis à dix heures du matin.

SOMMAIRE

(Les articles en *caractères italiques* sont ceux qui sont analysés, les autres ne sont qu'annoncés.)

ANALYSES DÉJA PARUES

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES NOMINATIONS AU GRADE DE MÉDECIN AIDE-MAJOR DE DEUXIÈME CLASSE A TITRE DÉFINITIF

La question suivante a été posée au ministre de la Guerre au sujet de l'application de la circulaire n° 16.990 K. du 11 décembre 1919.

Les étudiants en médecine, titulaires de huit à seize inscriptions de doctorat, au 31 décembre 1919, et ceux, titulaires à la même date de sept inscriptions de doctorat, qui ont été nommés, au concours, internes des hôpitaux dans une ville de Faculté et ont rempli pendant un an les fonctions d'interne, sont-ils dans les conditions pour être proposés pour le grade d'aide-major de deuxième classe à titre définitif?

La réponse du ministre a été négative. Ces étudiants ne pourront être nommés au grade d'aide-major de deuxième classe à titre définitif que lorsqu'ils seront pourvus du diplôme de docteur en médecine, et à condition que ce diplôme ait été obtenu dans un délai de quatre ans à dater de la cessation des hostilités, délai qui sera prorogé, pour les étudiants nommés au concours internes des hôpitaux dans les villes de Faculté, d'une durée égale au temps pendant lequel ils ont rempli et continueront à exercer les fonctions d'interne. (*J. O.*, 17 janv. 1920, p. 906.)

Le Mal des aviateurs, ses causes et ses remèdes, par les docteurs R. CRUCHET, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, médecin des hôpitaux, et R. MOULINIER, médecin de la marine, ex-professeur à l'Ecole de santé de la marine de Bordeaux. Un vol. in-16 de 96 pages (Actualités médicales). — Prix : 3 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

MÉDECINE GÉNÉRALE

Sous la direction de M. L. BABONNEIX

MÉDECIN DES HÔPITAUX DE PARIS

INFECTIONS

Tuberculose.

La réaction des sucres sur la sécrétion bronchique et relativement à la guérison et à la prophylaxie de la tuberculose. (G. Francesco. *Revista de hygiene y de tubercul.*, janv. 1919, p. 7-8.) — L'auteur se montre partisan enthousiaste de la méthode de Lo Monaco, qu'il considère comme l'unique moyen que possède l'hygiène sociale pour arrêter les progrès de la maladie. Cette efficacité est due à ce que, à fortes doses, le sucre diminue la sécrétion bronchique par une vaso-constriction immédiate, constituant, par suite, l' « unique et souverain remède pour l'inhibition de la sécrétion bronchique », et aussi à ce qu'il hyperhémie les tissus lésés, les rendant peu aptes au développement du bacille de Koch.

L. BABONNEIX.

Nomenclature clinique et classification des tuberculoses. (Madrid. *Revista de hygiene y de tubercul.*, janv. 1919, p. 4-7.) — L'auteur insiste sur l'importance que présenterait une classification, universellement adoptée, de la tuberculose et de ses principales formes cliniques. Il admet celle de Turban, avec les quelques modifications que lui a apportées l'Association nord-américaine pour l'étude de la tuberculose.

L. BABONNEIX.

Chimie et bactériologie du crachat tuberculeux. (Mary. *Revista de hygiene y de tubercul.*, 1919, p. 29-30.) — Le poumon doit être considéré comme un organe d'élimination, comme un « rein aéré ». C'est ainsi que, dans certains cas, les crachats des tuberculeux peuvent contenir des cristaux d'oxalate de chaux, fait qui montre que l'excrétion pulmonaire peut, comme l'excrétion urinaire, être influencée par les troubles viscéraux et les modifications pathologiques du métabolisme. L'auteur examine ensuite les résultats bactériologiques qu'il a obtenus, et remarque que l'albumino-réaction, chez les tuberculeux, survit souvent à la lésion pulmonaire, c'est-à-dire qu'on peut la trouver alors que le patient est depuis longtemps guéri.

L. BABONNEIX.

La tuberculose expérimentale aux grandes altitudes. (N. Morales. *XVe Congrès intern. d'hyg. et de démogr.*) — La tuberculose est très bénigne chez les sujets qui arrivent à la Paz, et très grave pour ceux de ses habitants qui l'y contractent. Pourquoi cette différence? Afin de résoudre la question, l'auteur a inoculé un certain nombre de cobayes vivant à la Paz avec des bacilles tuberculeux de diverses origines. Quels qu'aient été la souche du bacille et le mode d'inoculation, les résultats ont été négatifs. Cela tient-il à ce que les cultures ont vieilli, à ce que l'hyperglobulie des altitudes a déterminé une augmentation de résistance de l'organisme, ou à ce fait que les cultures ont été déracinées, qu'en arrivant dans un pays nouveau, obligées de vivre sous un climat étranger, en contact avec un milieu nosologique auquel elles ne sont pas adaptées, elles ont perdu rapidement leurs propriétés primitives. La troisième de ces hypothèses était déjà théoriquement la plus vraisemblable, mais l'expérimentation vient la confirmer. Elles prouvent que le bacille tuberculeux indigène, agissant sur des organismes neufs, est beaucoup plus virulent que le bacille importé qui, par le fait même de sa « transplantation », a perdu sa virulence et qui ne se reproduit plus.

L. BABONNEIX.

Traitement de la tuberculose par l'huile de chaulmoogra. (J. Hernandez. *Revista de hyg. y de tubercul.*, n° 125, Valence, 31 oct. 1918.) — Se fondant, d'une part, sur les affinités qu'ont, l'un pour l'autre, les bacilles de Koch et de Hansen, de l'autre, sur les bons résultats que donne, dans la lèpre, l'huile de chaulmoogra, l'auteur a eu l'idée d'essayer cette substance dans le traitement de la tuberculose pulmonaire : 6 cas ont ainsi été traités. Dans le premier, dès la première injection, il se produisit une certaine amélioration, mais celle-ci ne fut nullement renforcée, bien au contraire, par 2 nouvelles injections ; la maladie continua son cours et, en 6 mois, se termina par la mort. Second : amélioration légère, mais non durable ; le patient refusa de se soumettre à de nouvelles injections. Troisième : grande amélioration. Quatrième : amélioration momentanée. Cinquième : amélioration notable et persistante. Sixième : amélioration certaine, mais non guérison. De ces cas, l'auteur conclut que l'huile de chaulmoogra tue le bacille de Koch, fait confirmé par ses expériences ; que les sujets traités par les injections de cette huile n'ont subi, de ce chef, aucune détérioration ; qu'au contraire on a noté, dans tous les cas, une amélioration de l'état général, et, surtout, une augmentation de l'appétit, une disparition ou une diminution de la fièvre, et, dans certains d'entre eux, une disparition des bacilles dans les crachats. Dernière remarque : les petites injections de 1-2 cc., séparées par un large intervalle, ne paraissent pas agir mieux que les grandes de 5-6 cc.

L. BABONNEIX.

Cf. — Formes cliniques de la tuberculose pulmonaire. — Boinet. *Marseille méd.*, 1er et 15 oct. 1919, nos 19 et 20.

Tuberculose pulmonaire consécutive aux plaies de poitrine par projectiles de guerre. — Boinet. *Marseille méd.*, 15 oct. 1919.

La vaccination antituberculeuse du docteur Ferran. — A. Pulido. *El Siglo med.*, 13 sept. 1919, n° 3431, p. 761-764 ; — 20 sept. 1919, n° 3432, p. 784-789 ; — 4 oct. 1919, n° 3434, p. 833-836 ; — 11 oct. 1919, n° 3435, p. 859-862.

Le pneumothorax artificiel. — Gamero y Cerderas. *El Siglo med.*, Madrid, 13 sept. 1919, n° 3431, p. 764-768.

Quelques traitements de la tuberculose. — J. Laumonier. *Gaz. des hôpit.*, 1919, n° 23, p. 361.

Syphilis.

Quand doit-on analyser le liquide céphalo-rachidien d'un syphilitique ? (P. Ravaut. *Presse médicale*, 2 octobre 1919, p. 573-575.) — On a dit très justement que l'analyse du liquide rachidien constitue une véritable biopsie.

A la suite de ses travaux sur le cytodiagnostic avec MM. Widal et Sicard, Ravaut a systématiquement étudié le liquide cérébro-spinal des syphilitiques en insistant sur l'importance de cet examen. Il a pu démontrer :

1° L'existence et la fréquence des réactions méningées latentes de la période secondaire, qui traduisent le passage fugace de la septicémie syphilitique dans le système cérébro-spinal.

2° L'existence plus rare de réactions à la période tertiaire qui, elles, traduisent l'atteinte du système nerveux par le spirochète.

Ravaut distingue deux étapes dans l'évolution de la plupart des syphilis nerveuses : *a.* une première phase préclinique, mise en évidence par la ponction lombaire ; *b.* une seconde phase, clinique, où l'examen du malade montre l'existence d'une syphilis nerveuse.

Il ne paraît pas possible par une analyse du liquide rachidien, faite à intervalles réguliers, de dépister dès leur apparition les lésions méningo-vasculaires.

Il faut ponctionner le sujet spécifique qui présente des manifestations nerveuses quelconques. Bien plus, on doit au moins ponctionner une fois tout syphilitique entre la quatrième et la dixième année de sa maladie. Y a-t-il lymphocytose, le diagnostic de méningite en évolution s'imposera.

F. LÉVY.

Syphilis de l'estomac. (BENSAUDE et RIVET. *Presse méd.*, 25 oct. 1919, p. 621-623.) — C'est une affection moins rare qu'on ne le croit d'ordinaire.

Les auteurs décrivent cinq formes de la syphilis gastrique acquise :

1° *Ulcère syphilitique* qui est la reproduction trait pour trait de l'ulcère rond de Cruveilhier. Il se caractérise comme lui par des douleurs xypho-rachidiennes et des gastrorragies. Il faut donc y penser toujours en présence d'un syndrome d'ulcère.

2° *Tumeur syphilitique à type de pseudocancer* où l'on trouve les douleurs, les troubles dyspeptiques, les hématémèses marc de café avec une tumeur gastrique. Il existe du reste des hybrides de syphilis et de cancer.

3° *Linite syphilitique* qui est pylorique ou généralisée à tout l'organe.

4° *Sténoses syphilitiques* pyloriques ou médiogastriques.

Pour en pouvoir faire le diagnostic, il faut y penser toujours. Il sera donc bon de rechercher les antécédents spécifiques ou la coexistence d'autres manifestations syphilitiques en évolution. On recourra à la réaction de Wassermann. On notera s'il y a discordance des éléments de diagnostic habituel.

Dans tous les cas suspects l'épreuve thérapeutique sera de rigueur. L'iodure et le mercure administrés par voie anale sont fort bien tolérés.

F. LÉVY.

Otopathies et surdités d'origine syphilitique. (MASIP. *Revista de Sciencias medicas de Barcelona*, janv. 1919.) — En plus des formes d'otopathies qu'il est classique d'attribuer à la syphilis, il faut avoir toujours l'attention fixée sur les formes que l'on considère comme banales, suppurations mastoïdiennes, lesquelles respectent, soit la caisse, soit l'antre, et ne s'accompagnent que de peu de réactions ; plus encore, surdités de type pseudocatarrhal, avec audition de bruits subjectifs particulièrement intenses, et diminution de la conductibilité osseuse. Le diagnostic n'est possible, d'habitude, que par l'étude des antécédents, de l'état actuel, et, souvent, du liquide céphalo-rachidien.

L. BABONNEIX.

Tumeurs syphilitiques de l'estomac et de l'intestin. (L. BARD. *Arch. des mal. de l'app. dig. et de la nutrit.*, n° 1, janv. 1919.) — De telles tumeurs sont souvent prises pour des cancers. Contrairement à Fournier qui niait l'existence de symptômes spéciaux à la syphilis gastrique, le professeur Bard pense que, dans quelques cas, certains caractères de la tumeur doivent faire penser à la syphilis ; ce sont l'extrême mobilité, l'absence de douleur à la palpation et la conservation d'un bon état général, malgré des signes souvent intenses de stase gastrique. Bien entendu, il faut entendre par bon état général uniquement l'absence de cachexie, de l'amaigrissement plus ou moins considérable pouvant résulter de la sous-alimentation, que peuvent imposer la maladie et plus souvent encore les régimes suivis par le malade.

Quand on trouvera réunis ces caractères, on sera en droit d'affirmer, avec la certitude relative que comportent toujours les diagnostics les plus sûrs, qu'on est probablement en présence d'une lésion scléro-gommeuse. Toutefois si ces caractères permettent d'écarter le diagnostic de tumeur maligne, ils laissent souvent indécis le diagnostic des tumeurs syphilitiques d'avec les tumeurs tuberculeuses ; cependant, cela ne saurait empêcher de considérer comme légitime de tenter, en pareil cas, un traitement spécifique avant toute tentative chirurgicale, puisqu'on n'a pas à redouter les dangers que l'attente pourrait faire courir en cas de lésion néoplasique.

P. PRUVOST.

Cf. — Le traitement de la syphilis par les courants de haute fréquence. — HURTADO. *El Siglo med.*, 4 oct. 1919, n° 3434, p. 837-839.

La syphilis héréditaire tardive. — H. BRIZ. *El Siglo med.*, 19 juillet 1919, n° 3423, p. 574-576.

Paludisme.

Culture de l'hématozoaire du paludisme. (CHAMBELLAND, *Presse Médicale*, 20 décembre 1919.) — L'auteur rappelle les travaux antérieurs de Bass, puis de Thomson et Mac Leblau qui ont réussi, sur milieux sucrés, le premier à conserver vivant l'hématozoaire pendant 30 à 40 heures, les deux autres à observer l'évolution des formes annulaires du falciparum vers les formes segmentées.

M. Chambelland a repris ces études et modifié le procédé de Bass. Il prélève 10 centimètres cubes de sang, le centrifuge lentement et décante à la pipette pour ne garder que le culot d'hématies. On ajoute une quantité de sérum physiologique citraté égale à celle du sérum décanté. On verse enfin dans le tube environ un tiers de centimètre cube d'une solution stérilisée de dextrose à 50 p. 100. On porte à l'étuve à 37 degrés.

Le prélèvement pour examen doit se faire à environ un millimètre de profondeur dans la couche des globules rouges. On étale et on colore. Le repiquage des cultures qui doit se faire tous les deux jours a pour principe de retirer les hématies mortes pour les remplacer par des hématies saines sur lesquelles se fixeront les hématozoaires. Le plasmodium vivax et le plasmodium malariæ sont trop fragiles pour se développer dans les milieux dextrosés.

Seul le falciparum s'y acclimate. L'auteur a pu le conserver vivant six jours. Bien plus, ce procédé lui a permis de cultiver le parasite chez des paludéens apyrétiques où l'examen sur lame s'était montré négatif.

Deux heures après l'ensemencement, les corps annulaires sont à l'intérieur des globules rouges. Vers la 10e heure, le protoplasma du parasite prend l'aspect en croissant. Les formes de segmentation (corps en rosace chétifs et mal venus) ne se montrent qu'à la 40e heure. Entre 40 et 60 heures, il y a un moment fugace où les mérozoïtes sont libres dans le liquide de culture. Il leur faut alors pour vivre des hématies fraîches à parasiter. L'hématozoaire qu'on peut arriver à développer dans les milieux artificiels a une vitalité diminuée.

En dehors de falciparum, Chambelland a pu réussir quelques maigres et éphémères cultures de plasmodium vivax.

F. LÉVY.

Cf. — Les injections d'adrénaline pour le diagnostic du paludisme latent. — DAZZI. *Il Policlinico*, 30 nov. 1919, p. 1414-1417.

Fièvre aphteuse.

Essais de chimiothérapie dans la fièvre aphteuse. (S. DESSY. *Rev. Sud-Amer.*, 1919. Note préliminaire). — Ayant jadis essayé avec quelque succès de traiter la fièvre aphteuse par les sels d'antimoine, l'auteur a eu l'idée d'employer des produits plus actifs, et, se rappelant que le virus aphteux se trouve constamment dans le sérum sanguin et dans les hématies, connaissant, d'autre part, les étroites affinités des virus filtrants pour les protéines, dont il est impossible de les séparer, il a cherché une substance capable de se combiner rapidement avec les protéines du sérum, et d'entrer ainsi en contact intime avec le virus. Il a donc imaginé un produit, dont il ne donne pas, pour le moment, la composition exacte, mais qui est à base d'iode, mélangé à des sels capables de favoriser son action. Avec ce « liquide antiaphteux », injecté directement dans les veines, il a fait sur les animaux des expériences qui lui ont donné des résultats favorables.

L. BABONNEIX.

Varicelle.

La varicelle et la variole bénigne. (Baltazar Hermandez Bris. *El Siglo Medico*, 1er mars 1919.) — Dans un asile où il venait d'y avoir un cas de variole, on revaccina tout le monde. La vaccine prit chez tous, y compris chez les enfants qui venaient d'avoir la varicelle. Seule une petite fille de sept mois qui n'avait pas été vaccinée fit une varicelle bénigne, puis, le vingtième jour, alors qu'elle semblait déjà guérie, présenta une éruption confluente et généralisée de vésiculo-pustules, sans fièvre, sans malaise. En certaines régions, les vésicules opalines voisinaient les vésicules desséchées, et quelques-unes étaient parfaitement ombiliquées. S'agissait-il de rechute de varicelle, de variole on de varioloïde? L. Babonneix.

Variole.

Nouveaux remèdes de la variole. (Noguera. *El Monitor sanitario*, fév. 1919.)— Ce sont le *xylol*, antiseptique dépourvu de toxicité, que l'on donne par la voie gastrique, à la dose de 2 à 3 gr. par jour (Œtoes) qui, d'après le prof. Tessier, dissipe l'odeur fétide exhalée par les varioleux à la période de suppuration, et évite la formation de cicatrices indélébiles; le *nucléinate de soude*, donné par la voie hypodermique, à la dose de 1 à 2 gr. *pro die*; la *térébenthine*, surtout dans les formes hémorragiques (Penna, de Buenos-Aires); l'*urotropine*, à la dose de 0g20 à 0g25 par jour (Reig); le *sulfure de calcium*, ou plutôt, l'*acétate d'ammoniaque*, administré par la voie gastrique, et dont l'on renforce l'action par des applications locales d'alcool camphré; la *glycérine iodée* (Rockill) comme topique; ou la teinture d'iode (Cabanes), avec laquelle, deux fois par jour, on touche les pustules; l'*huile gaïacolée* à 1/80 préparée avec de l'huile d'olives, et dont les applications seront répétées toutes les quatre heures (Ridge).

L. Babonneix.

Dysenterie.

La dysenterie tropicale en Espagne. (F. Martinez. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, n° 8, 1918, p. 430-443.) — L'auteur a eu, plusieurs fois, l'occasion de voir des sujets qui n'avaient jamais quitté l'Espagne, et qui, cependant, étaient atteints d'une diarrhée rappelant celle qui caractérise les formes tropicales de la dysenterie amibienne, et cédant rapidement au chlorhydrate d'émétine. Ces cas, comme celui d'un malade chez lequel une fistule hépatique consécutive à un abcès opéré produisait une suppuration inépuisable, et qui guérit en quelques jours, grâce au même médicament, avaient donné à penser à M. Martinez que, dans ces diarrhées, l'*Entamœba histolytica* était souvent en cause. Et de fait, depuis 1915, il a pu, à plusieurs reprises, déceler ce germe dans les selles des malades, qu'il s'agisse de dysenteries graves, ou de simples catarrhes intestinaux. Il a pu, aussi, l'inoculer au chat, et reproduire ainsi l'affection causale, procédé technique simple, infaillible, et à recommander quand on n'a pas à sa disposition un laboratoire bien outillé. Le chlorhydrate d'émétine doit être utilisé, dès que le diagnostic est fait. On injecte aussitôt une première dose de 4 cg., puis les 15e, 30e et 45e jours, la même dose, de façon à éviter les rechutes. En cas d'abcès du foie, faire une ponction évacuatrice suivie de l'introduction de 6 cg. d'émétine dans 20 cc. d'eau. L. Babonneix.

INTOXICATIONS

Accidents appendiculaires consécutifs à l'intoxication par les gaz chlorés. (F. Moutier. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, n° 9, 1918, p. 493-504.) — L'auteur a eu l'occasion de constater, chez certains blessés soumis à l'action des obus générateurs de gaz chlorés, l'existence d'accidents appendiculaires. Ainsi ces gaz, que l'on savait déjà capables d'altérer les voies digestives supérieures, et de donner des lésions buccales, des troubles œsophagiens, des phénomènes de gastrite pouvant aller jusqu'à l'ulcération, peuvent aussi produire des réactions appendiculaires. Ces réactions sont généralement bénignes, superficielles. Leur début est rapide; les nausées n'y manquent point, mais le vomissement reste rare et discret. A la période d'état, la température demeure peu élevée, le pouls s'accélère peu ; la langue est blanche et non rôtie. Au palper, défense locale. La réaction épiploïque est faible ou nulle, la constipation, habituelle. L'évolution est très courte, et, sous l'influence de quelques compresses chaudes ou de glace, la résolution s'obtient, plus lentement chez ceux qui ont, antérieurement, souffert de l'appendice. La pathogénie de ces accidents n'est pas encore établie, et l'on peut hésiter entre plusieurs hypothèses: déglutition de produits toxiques; infections secondaires ; lésions congestives ou ulcératives dues à l'ingestion des gaz ; ulcus secondaire à une brûlure cutanée.

L. Babonneix.

Morphinomanie.

Cf. — Importance du choix de la méthode dans le traitement de la morphinomanie. — C. Juarros. *El Siglo med.*, Madrid, 6 sept. 1919, n° 3430, p. 739-740.

ANAPHYLAXIE

Phénomènes de type anaphylactique dans la pathogénie de certaines crises comitiales. (Pagniez et Lieutaud. *Presse méd.*, 10 nov. 1919, p. 693-694.) — L'origine anaphylactique des phénomènes de l'épilepsie est une idée ancienne.

Pour Pagniez, ce sont des études thérapeutiques d'ordre antianaphylactique lui ayant permis de traiter avec succès certaines migraines considérées comme troubles anaphylactiques qui l'ont porté à considérer du même point de vue l'épilepsie. On sait en effet la parenté de la migraine et de l'épilepsie.

Les auteurs ont observé chez certains épileptiques, à l'occasion de l'addition au repas d'une certaine quantité d'un aliment donné, des modifications sanguines du type de la crise hémoclasique signalée dans les phénomènes anaphylactiques d'ordre alimentaire. A la suite de cette crise sanguine survient un accès comitial.

Il semble que crise hémoclasique et crise comitiale soient d'ordre anaphylactique alimentaire et déclanchés par ingestion d'un aliment nocif vis-à-vis duquel le sujet serait en état d'anaphylaxie. En effet l'ingestion, trois quarts d'heure avant le repas, d'une dose minime de ce même aliment, a une action antianaphylactique. On n'observe plus ni accidents vasculo-sanguins ni paroxysmes convulsifs. F. Lévy.

Conception anaphylactique de l'asthme essentiel d'après les travaux américains. (A. Legris. *Revue méd. de l'Est*, n° 13, 1er déc. 1919.) — Il est indispensable de bien mettre en valeur la notion du terrain dans la production de l'asthme vrai, car les mêmes substances qui donnent lieu à l'asthme vrai peuvent aussi occasionner des crises de pseudoasthme. C'est ainsi que, pour Ch. Walker, la cause de l'asthme réside dans une sensibilisation spéciale des malades à l'égard d'une ou de plusieurs protéines, qu'elles soient animales, végétales ou microbiennes, et quel que soit leur mode de pénétration dans l'individu. D'où deux déductions étiologiques et thérapeutiques, en présence d'un asthmatique.

1° Déterminer la protéine par laquelle il est sensibilisé, ceci à l'aide d'une antiréaction. Une incision sert de témoin, l'autre reçoit la protéine incriminée en même temps qu'une goutte d'une solution décinormale de soude, destinée à en faciliter l'absorption. Une demi-heure après, on lave pour enlever les produits; lorsque la réaction est positive, on voit autour de l'incision une légère saillie blanche, analogue à une plaque d'urticaire. Toute protéine donnant une telle réaction (il en existe souvent plusieurs par malade) serait capable de provoquer une crise d'asthme, qu'on la trouve dans les poussières inhalées ou dans les aliments ingérés (muscles d'animaux, blancs d'œufs, etc.). Par cette méthode, un certain nombre de sujets étaient sensibilisés par des toxines bacté-


CARICA PAPAYA

riennes provenant surtout de streptocoque hémolysant et de staphylocoques blancs ou dorés; d'autres, par divers pollens, en particulier ceux des graminées et de certaines fleurs comme les absinthes (de ce point de vue les plantes peu visibles, sans parfum, sans éclat, dont la fécondation se fait par l'intermédiaire du vent, seraient plus nocives que les fleurs colorées et odorantes qui sont fécondées par les insectes).

2° De ces connaissances étiologiques, de la détermination de la protéine incriminée dérivent des méthodes thérapeutiques nouvelles, en particulier la vaccinothérapie par des vaccins préparés à l'aide des différentes protéines ainsi déterminées et inoculés à doses désensibilisantes. En cas de sensibilisation par des protéines alimentaires, se contenter de supprimer, au moins pendant un mois, les aliments incriminés (céréales, blé surtout, pain, pomme de terre, œufs, poisson). S'il s'agit de sensibilisation par toxines microbiennes, utiliser les vaccins. C'est ainsi que 75 p. 100 d'asthmatiques furent guéris et 21 p. 100 améliorés. Quand la sensibilisation a été produite par des pollens ou des poussières végétales, il faut les solubiliser dans l'alcool et les injecter à doses progressivement croissantes : ceci concerne en particulier le traitement de l'asthme des foins.

Ce qu'on doit retenir, « c'est la nécessité de déterminer pour chaque malade la cause de son affection pour lui appliquer le traitement approprié ».

P. PRUVOST.

Anaphylaxie alimentaire et crises d'asthme. (V. CORDIER. *Arch. des mal. de l'app. dig. et de la nutrit.*, n° 5, oct. 1919.) — L'auteur rapporte une observation fort instructive qui peut être résumée de la façon suivante : crises d'asthme survenues brusquement à la suite d'une série de repas copieux et riches en albumines variées ; amélioration par la diète et un régime sans albumines ; nouvelles crises provoquées « expérimentalement » par l'injection de peptones ; guérison par la vaccination antianaphylactique (lavement peptoné) ; rechute quelque temps après, échec de l'antianaphylaxie, et des méthodes habituelles, amélioration passagère par l'autohémothérapie.

Du point de vue symptomatologique, à côté des crises d'asthme qui ont dominé la scène, on constata des sueurs abondantes un peu analogues à celle de l'intoxication alimentaire, de l'angoisse qui n'était pas seulement celle de l'asthme, une diarrhée légère mais fétide. Il n'y a pas eu d'urticaire.

Les éléments de la crise hémoclasique se sont présentés suivant la marche observée par M. Widal et ses élèves. Mais à mesure que l'affection se développait, les stigmates anaphylactiques perdaient de leur netteté soit du point de vue de la crise hémoclasique, soit du point de vue des résultats thérapeutiques.

A ce sujet il convient de noter que les accès d'asthme furent d'abord évités par le régime dépourvu d'albumines animales, puis, après une nouvelle reprise à la suite d'écarts de régime, ce traitement fut insuffisant, on eut recours à la méthode antianaphylactique. L'injection de peptone (2 cachets de 1 gr.) à quatre heures et à sept heures avant le repas ne fut suivi d'aucun succès. Par contre, l'essai de l'alimentation rectale en peptones donna les meilleurs résultats (2 lavements de 10 gr. de peptone dissoute dans du lait et additionnés de quelques gouttes de laudanum, pris au moment des repas, deux heures avant l'acte de digestion intestinale), puisque le malade put dans la suite s'alimenter de façon normale, sans déclencher de nouvelles crises (une contre-expérience fut faite à l'insu du malade ; après avoir supprimé la peptone du lavement, la crise éclata dans la nuit). L'antianaphylaxie commençait ainsi à s'établir de façon définitive et non plus transitoire, lorsque le malade oublia de se traiter pendant vingt jours. Les crises recommencèrent et nécessitèrent alors l'autohémothérapie, les lavements n'ayant plus une efficacité suffisante.

L'évolution est également intéressante à noter, elle fut celle de la plupart des affections d'origine anaphylactique. « Pendant une première période les phénomènes suivent une marche stéréotypée ; peu à peu les angles s'émoussent ; la maladie s'installe et n'existe plus en tant que phénomène. » Ici pareillement le réflexe anaphylactique perdit de sa rigueur et l'asthme du malade devint un asthme ordinaire. « Il en est peut-être ainsi pour bien des asthmes essentiels, en apparence inexplicables, dont la première phase d'évolution a passé inaperçue ; peu à peu le déclanchement du choc anaphylactique est devenu plus facile, soumis à des causes banales, et la pérennisation de la crise hémoclasique ne permet plus de la retrouver au cours des accès éloignés. »

P. PRUVOST.

Cf. — *Anaphylaxie et antianaphylaxie.* — BESREDKA, 1917, Masson, éditeur.

Migraine et anaphylaxie. — PAGNIEZ, PASTEUR-VALLERY-RADOT et NAST. *Presse méd.*, 3 avril 1919.

Id. — LAUMONIER. *Gaz. des hôpit.*, 1919, n° 39, p. 605.

Principes de l'évolution des maladies infectieuses. — J. DANYSZ, 1918, Baillière, éditeur.

Traitement de certaines affections chroniques par la bactériothérapie. — Alfred RICHARD. *Th. de Paris*, 1919, librairie littéraire et médicale, 7, rue Casimir-Delavigne.

L'anaphylaxie alimentaire. — Guy LAROCHE, RICHET et SAINT-GIRONS. *Paris méd.*, 1914, p. 493.

MALADIES DE LA NUTRITION

Cancer.

Magnésie et cancer. (DUBARD [de Dijon]. *La Bourgogne médicale*, 15 juillet 1919, p. 19-31.) — Fixés histologiquement sur le cancer, nous sommes ignorants des causes premières qui déclanchent le processus. Nous sommes un peu plus documentés sur le mécanisme du développement anarchique des cellules qui constituent la néoplasie.

Pour Boveri, il s'agirait d'un déséquilibre des cinèses du noyau d'une cellule en voie de développement ; par suite d'une déficience chromosomique, il y aurait prolifération sans frein. Dans ces conditions le cancer pourrait naître de la présence de toute cause capable de conditionner le déficit initial : actions physiologiques ou physico-chimiques.

Mais la prolifération anarchique sans frein n'évolue que parce qu'il y a absence de réactions de défense de l'organisme.

Sans suivre l'auteur dans la question de savoir si le cancer est spontanément curable, au moins ce qu'il appelle le cancer histologique des plaies de guerre, il faut signaler les expériences intéressantes de Bataillon qu'il rappelle.

Dans les polyspermies et les mitoses pluripolaires, on observe l'action antagoniste de certains sels.

1° Action déséquilibrante, anarchique, des sels monovalents Na⁴, NaBr, NaCl.

2° Action d'ordination des sels bivalents Ca, Mg sur les éléments en évolution désordonnée.

Dubard a vu des membres de familles où le cancer semblait héréditaire échapper à la maladie une fois transplantés dans un sol dolomitique. Plus un sol est pauvre en éléments dolomitiques, plus grand est le nombre des cancéreux. Le neurasthénique déprimé, le vieillard appauvri en réserves magnésiennes sont de bons terrains pour le cancer.

Il rappelle l'action heureuse de la magnésie sur les papillomes malins du chien et sur les verrues de l'homme.

Le magnésium est un sel fondamental de l'organisme au même titre que Ca, Na. Il se retrouve dans le tissu nerveux, en particulier dans la substance grise. Son élimination secondaire en rapport avec l'activité physiologique et cérébrale a aussi des relations avec l'acide phosphorique éliminé.

Dubard a vu chez les cancéreux au début « des pertes exagérées en dolomies ».

Il faut six, huit mois, un an de traitement pour améliorer l'état général.

A la magnésie blanche, additionnée de traces de fluorure de sodium, d'oxydes de manganèse (2 à 3 cuillerées par jour), l'auteur associe l'acide phosphorique médicinal à la dose de xxx gouttes à chacun des deux principaux repas. Cette médication active dans les néoplasmes habituels est totalement inefficace dans les cancers aigus.

Comment agit le magnésium ?

Y a-t-il action indirecte sur le système nerveux ? La présence de cholestérine et de lécithines dans les tumeurs semblent indiquer un appauvrissement de la masse nerveuse en éléments phosphorés actifs.

« La magnésie, squelette minéral des éléments nerveux, agirait en aidant à la fixation du phosphore dans les centres nerveux. » Ceci est de l'hypothèse, mais il y a les faits et l'expérience vieille de seize ans dont se prévaut l'auteur.

F. LÉVY.

Obésité.

Cf. — Bartholinite des obèses. — SICILI. *El Siglo med.*, 2 août 1919, n° 3426, p. 648-649.

Obésité et oxalurie. — MORATO et VILLANUEVA. *El Siglo med.*, 21 juin 1919, n° 3419, p. 493-494.

Diabète insipide.

Cf. — Contribution à l'étude de la pathogénie hypophysaire du diabète insipide. Le rôle du liquide céphalo-rachidien. — MARANON et GUTIERREZ. *El Siglo med.*, Madrid, 27 sept. 1919, n° 3433, p. 809-810.

MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

Estomac.

Une épreuve thérapeutique simplifiant le diagnostic différentiel des maladies de l'estomac et du foie. (LEVEN. *Presse médicale*, 15 nov. 1919, p. 684-685.) — On sait combien le diagnostic différentiel est délicat.

La diététique indiquée a un double rôle à la fois de diagnostic et d'indication pour le traitement.

Réussit-elle, on pourra éliminer l'affection hépatique (lithiase ou cholécystique), la gastropathie avec lésion. On se tiendra à un traitement purement médical.

Si elle échoue, c'est qu'il y a une lésion organique à rechercher dans le carrefour hépatico-vésiculo-duodéno-pylorique.

Voici les principes de cette épreuve thérapeutique :

1° Repos au lit pendant une semaine avec applications chaudes humides sur l'abdomen.

2° Pendant trois jours : diététique sévère, le premier jour 1.500 grammes d'infusion ; le deuxième jour, 850 grammes de lait et 750 grammes de tisane ; le troisième jour, 1.500 grammes de lait.

3° A partir du quatrième et cinquième jour : alimentation choisie et deux médicaments, le bromure de sodium et le carbonate de bismuth.

La durée de cette épreuve thérapeutique est de trois semaines.

F. LÉVY.

Hypersécrétion à jeun et dilatation atonique de l'estomac. (L. TIMBAL. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, n° 9, 1918, p. 481-492.) — L'hypersécrétion à jeun n'est pas, forcément, liée à un ulcus gastrique ; elle peut aussi être provoquée par la simple dilatation atonique de l'estomac ; c'est, alors, une conséquence directe du trouble moteur, comme le prouvent, d'une part, le fait qu'elle est toujours associée à un certain degré de stase, de l'autre, celui qu'elle disparaît lorsque diminue le retard dans l'évacuation de l'estomac. Dans l'ulcus, au contraire, l'hypersécrétion est toujours pure au début, et l'acide lactique fait complètement défaut. La thérapeutique doit viser, avant tout, à améliorer les fonctions motrices, sans se préoccuper de l'hypersécrétion.

L. BABONNEIX.

A propos de la détermination de l'acidité du suc gastrique. (P. BAUFLE. *Paris médical*, 29 nov. 1919, p. 428-430.) — Dans le dosage de l'acidité du suc gastrique (acidité totale, acide chlorhydrique libre ou combiné), l'auteur indique une grosse cause d'erreur.

Le suc gastrique n'est pas analysé pur, mais il est mélangé au repas d'épreuve. On exprime l'acidité en rapportant les chiffres trouvés à 1.000 centimètres cubes de ce mélange en proportions variables.

L'erreur se répétant dans les mêmes conditions serait négligeable si, à la soixantième minute, il y avait un rapport constant entre la quantité de suc gastrique et la quantité de repas restant dans l'estomac. Le rapport de ces deux éléments est variable.

On peut tourner la difficulté en ajoutant au repas d'épreuve un produit dosable ne modifiant pas la sécrétion gastrique et n'étant pas absorbé par la muqueuse (phosphate de soude ou sulfate ferrique).

Il suffira alors d'une simple multiplication pour modifier les chiffres d'acidité trouvés à l'analyse et les rapporter au suc gastrique pur.

Bien d'autres objections seraient à faire sur l'analyse du suc gastrique que l'auteur n'aborde pas dans son travail. Il signale cependant « la quantité parfois importante de salive déglutie qui est considérée comme du suc sécrété ».

F. LÉVY.

Cf. — Les recto-colites graves. — ANTOINE (Ed.). *Th. de Paris*, 1920, in-18, 166 pages ; Niort, imprim. G. Clouzot. Très important travail sur lequel nous aurons l'occasion de revenir.

Les entérites chroniques consécutives aux dysenteries. — CARLES (de Bordeaux). *Journ. méd. franç.*, août 1919, n° 8.

L'entérite à « Giardia (Lamblia) intestinalis ». — A. CADE et HOLLANDE. *Arch. des mal. de l'app. dig. et de la nutrit.*, juillet 1919, n° 4.

Considérations sur l'étiologie de l'entérite muco-membraneuse. — ALCON. *El Siglo med.*, 16 août 1919, n° 3427, p. 674-676.

Insuffisance rénale et troubles gastro-intestinaux. — MATTEI (Ch.). *Marseille méd.*, 15 nov. 1919, nos 21 et 22.

De l'appendicite grippale. — GOBRECHT (Louis). *Th. de Paris*, 1920.

Intestins.

Les kystes gazeux de l'intestin et du péritoine. (LETULLE, *Presse méd.*, 20 déc. 1919, p. 781-782.) — Cette affection chronique de l'abdomen a fait le sujet d'une récente revue générale de Chastenet de Géry dans la *Gazette des hôpitaux* (1920, n° 78, p. 1229).

Elle se traduit par la présence de formations kystiques gazeuses de volume variable, développées dans les feuillets péritonéaux et dans l'épaisseur des parois du tractus gastro-intestinal.

Leur point de départ est un obstacle à l'écoulement de la lymphe, une lymphangite chronique oblitérante. Le contenu gazeux n'est pas pathogène. La paroi est formée de tissu fibreux, dense, sclérosé, pauvre en vaisseaux. Le processus lymphangitique s'accompagne de péritonite scléreuse chronique et de lésions intestinales. Les kystes gazeux ne sont qu'une complication de la lymphangite chronique oblitérante.

Il est à remarquer qu'ils peuvent amener des phénomènes d'obstruction intestinale nécessitant une intervention. Celle-ci est vraiment curatrice puisque les kystes se résorbent et disparaissent après la simple laparotomie.

F. LÉVY.

Cf. — Les kystes gazeux de l'abdomen. CRISTOL et PORTE. *Presse méd.*, 29 nov. 1919, p. 726-727.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 15 francs par an.
Étudiants étrangers, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 6 fr. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 21 janvier. — MM. Tinel, 16; Vallery-Radot, 18; Renaud, 19.

— Concours de l'internat. — *Lecture des copies.* — *Pathologie.* — Séance du 21 janvier. — MM. Minvielle (Martin), 13; Raiga, 10; Bartel et Marie, 11; Caillet, 6; Marty, 9; Chatellier, 8; Deschamps, Ill et Mlle Labeaume, 12.

— Concours de l'externat. — *Pathologie.* — Séance du 21 janvier. — Question donnée : « Symptômes de la grossesse au sixième mois. »

MM. Laplanche, 14; Job, 16; Le Goff, 14; Lamare, 13; Lotte, 18; Louvel, 17; Longchampt, 16; Lerond, 17; Lacomme, 9; Lamy, 13; Lefèvre (Jean) et Lendormy, 14; Lechaux, 11; Laffitte, 14; Jardin, 10; Lemoine (Jean), 8; Lamache, 11; Lévy (Max), 14.

Anatomie. — Séance du 20 janvier. — Question donnée : « Articulation scapulo-humérale sans la physiologie. »

MM. Ducheix, 11; Carvaillo, 12; Chèze, 7; Dh'our, 13; Daviot, 8; Destouches (Jacques), 16; Chabaud (Jean), 14; Crocy et Drujon, 11; Dumas, 18; Depouilly, 15 1/2; Ducourtioux, 19; Desoubry, 17; Christophe, 16; Deconinck, 15; David, 12; Bocquet, 11; Bouttier, 15; Beaussier, 12; Blu, 6.

Séance du 22 janvier. — Question donnée : « Parois osseuses de l'orbite. »

MM. Boltanski, 9; Bordas, 15; Allaire, 14; Burgeat, 16; Blum (Amédée), 15; Béclère, 16 1/2; Bonnecaze, 18; Camino, 11; Banzet, 16 1/2; Barbellion, 11; Bonnemaison, 9; Callégari et Bonté, 14; Baranger (André), 17; Bitterlin (Jean) et Bremier, 8; Arbeltier, 10; Brosio, 9.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — M Cassaët, professeur de pathologie et thérapeutique générales, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique médicale, en remplacement de M. Pitres, admis à la retraite.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Le jury du concours des médecins adjoints des asiles d'aliénés est composé de M. le docteur Monod, inspecteur général des services administratifs, président.

Membres : MM. les professeurs Jean Lépine (de Lyon), Pfersdorff (de Strasbourg); MM. les docteurs Demaye (de La Roche-sur-Yon), Tissot (d'Auch), Chocreaux (de Lommelet), Colin (de Villejuif).

Suppléants : MM. les docteurs Culard (de Limoges) et Mignot (de Charenton).

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs :

Jammes (François-Joseph-Ernest), active, médecin-major de deuxième classe au 107e régiment d'infanterie : médecin animé du plus haut esprit du devoir professionnel. Au cours des journées des 1er, 2 et 3 juin 1918, s'est prodigué avec le plus complet mépris du danger pour organiser le poste de secours réglementaire et assurer l'évacuation rapide des blessés dans un village violemment bombardé. A été très grièvement blessé le 3 juin. Une citation. Croix de guerre.

(A titre posthume).

M. Le Petit (Fernand), médecin-major de deuxième classe : après l'occupation des tranchées conquises sur l'ennemi, est venu faire son devoir sous un violent feu d'artillerie. Tué à l'ennemi, le 10 janvier 1915. A été cité. (*J. O.*, 27 nov. 1919.)

Fargeot (Antoine), médecin aide-major : le 6 mai 1916, se trouvant dans un poste de secours exposé à un bombardement violent, n'a cessé d'encourager son personnel avec gaieté et entrain jusqu'au moment où trois obus, arrivant presque simultanément sur sa sape, l'ont enseveli et tué. Au feu depuis le début de la campagne. Médecin d'un dévouement rare et d'un courage absolu. A été cité. (*J. O.*, 26 déc. 1919.)

Funck-Brentano (Louis), médecin aide-major de deuxième classe : médecin d'un dévouement et d'un entrain remarquables, donnant aux soldats et aux blessés l'exemple cons-

tant de la bonne humeur et de la bravoure. Animé des sentiments les plus élevés, se prodiguant sans aucun souci du danger pour relever et soigner les blessés sous le feu le plus violent. Glorieusement tué, le 2 septembre 1916, à son poste de secours dans les tranchées de première ligne. (*J. O.*, 26 déc. 1919.)

MÉDAILLE MILITAIRE. — MM. Seligman (André), médecin auxiliaire (active) au 232e régiment d'infanterie : médecin auxiliaire d'un grand courage et d'une belle attitude au feu. A été blessé très grièvement, le 28 août 1918, à Chavigny, en se portant au secours d'un officier tombé sous la mitraille. (*J. O.*, 26 oct. 1919.)

Berthet (Albert-Jules), matricule 409, médecin sous-aide-major (réserve) au 1er bataillon du 39e régiment d'infanterie : a fait preuve en toutes circonstances d'un superbe mépris du danger et d'un sentiment très élevé de son devoir professionnel. Cinq fois cité pour sa brillante conduite. S'est à nouveau distingué par sa bravoure, le 2 octobre 1918, devant Urvillers. Très grièvement blessé dans l'accomplissement de son devoir. Croix de guerre. (*J. O.*, 16 déc. 1919.)

M. Leorat (Gervais) (réserve), médecin sous-aide-major au 141e régiment d'infanterie : médecin ayant donné les preuves d'un courage et d'une énergie exceptionnels au cours des opérations du bataillon, notamment au Chemin-des-Dames (juin 1917) et au combat du 20 mai 1918. Le 12 juin 1918, allant reconnaître un emplacement de poste de secours avancé sur une position récemment reconquise, a été très grièvement blessé en traversant une zone violemment bombardée et constamment battue par les mitrailleuses. (*J. O.*, 8 janv. 1920.)

(A titre posthume.)

Meaux-Saint-Marc (Marie), médecin auxiliaire : excellent médecin auxiliaire. Est tombé glorieusement au champ d'honneur, le 22 août 1914, à Neufchâteau (Belgique), en faisant bravement son devoir. Croix de guerre avec étoile de bronze. (*J. O.*, 31 oct. 1919.)

Castera (Louis), médecin auxiliaire : médecin auxiliaire d'un dévouement absolu dans l'accomplissement de son devoir. Grièvement atteint à son poste de secours. Est mort pour la France, le 19 février 1916. A été cité. (*J. O.*, 31 oct. 1919.)

Teillard (Félix), médecin auxiliaire : nommé depuis peu au 418e d'infanterie, a exécuté son service pénible de première ligne de manière très satisfaisante au cours des combats des 25, 26, 27, 28 et 29 février 1916. Blessé mortellement, le 2 mars 1916, alors qu'il organisait un poste de secours avancé. A été cité. (*J. O.*, 7 nov. 1919.)

Cazauvieilh (Marie) : sous-aide-major de la plus haute valeur morale et d'un courage à toute épreuve. Intoxiqué par les gaz au début d'un violent bombardement ennemi, ne cessa de se prodiguer autour des blessés de diverses armes, assurant personnellement leur transport et leur évacuation. Apprenant qu'un agent de liaison, gravement blessé, était resté en arrière de la compagnie, accompagna spontanément ses brancardiers, au milieu d'un tir de barrage d'une extrême violence et malgré l'approche de l'ennemi. A été tué en arrivant auprès du blessé le 15 juillet 1918. A été cité. (*J. O.*, 22 nov. 1919.)

Jeanjean (Pierre), médecin auxiliaire : a donné le plus bel exemple de dévouement et de courage, le 3 mars 1916, en prodiguant ses soins aux blessés sous un violent bombardement. Frappé devant son poste de secours au moment où il assurait personnellement l'évacuation d'un grand blessé. A été cité. (*J. O.*, 25 nov. 1919.)

Jaubert (Louis), matricule 3290, 14e section d'infirmiers militaires, médecin auxiliaire : médecin auxiliaire d'un dévouement sans bornes. Mort pour la France des suites de ses blessures, le 29 septembre 1915. A été cité. (*J. O.*, 9 déc. 1919.)

Ramu (Marcel), médecin auxiliaire : médecin auxiliaire très dévoué. Frappé mortellement en soignant des blessés à Seicheprey (Meurthe-et-Moselle), le 13 décembre 1914. A été cité. (*J. O.*, 27 déc. 1919.)

MÉDAILLES DES ÉPIDÉMIES. — *Médailles d'or.* — MM. les docteurs d'Astros, Arnaud et Dupuy (de Marseille), Thoulon, Jamot et Allard, des troupes coloniales, Wang-Liang (de Tchong-King).

Médailles de vermeil. — MM. les docteurs Rumeau (de Pamiers), Faidherbe, médecin-major de deuxième classe; Pezet, médecin-major de première classe.

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Radier (de Châteaubourg), Tardif (de Longué), Beurnier, médecin aide-major de première classe; Ricau, médecin-major de deuxième classe; Clapier, médecin-major de deuxième classe; Georgelin, médecin-major de deuxième classe; Brochard (de la Réunion), Martin (de Saint-Paul, Réunion), Martin (de Saint-André, Réunion), Renaudière de Vaux (de la Réunion), Mac-Auliffe (de Saint-Denis), Plumey, médecin aide-major de première classe; Bezri Mohammed, Gargour, El Khazen, Esseli Fadlallah, de Martinprey, de Brun, Sarloutte et Hamade Abd-el-Raouf (de Beyrouth), d'Antoine de Taillas, de l'armée abyssine.

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Philippe (de Tarascon), Roca, médecin sanitaire maritime, Colonna, Rouslacroix, Monge et Rabiolis (de Marseille), Debbasch (d'Aix), Marjot des Clos (de Maroué), Azaïs (de Saint-Pons), Lecat (de Saint-Benoît-d'Azy), Gossart (de Ribécourt), Poissonnier (de Beauvais), Coquereau (de Châtillon), Mlle Carbonnier, interne à l'Hôtel-Dieu de Paris; M. Solniac, Mlle Stoeber, externe des hôpitaux de Paris; M. Sollier, interne provisoire; MM. Barreau et Pollet, externes des hôpitaux de Paris; M. Compin, interne des hôpitaux de Rouen; M. le docteur Meo (de Boké).

Mentions honorables. — MM. les docteurs Margnat (de Nevers), Cornet de Boch (de Perpignan), Bonnet, médecin aide-major de première classe.

LE SERVICE MÉDICAL DES TRANSPORTS MARITIMES. — Un récent arrêté a organisé ce service. Des médecins choisis par le commissaire aux transports et à la marine marchande sont chargés, dans les différents ports où leur présence est jugée nécessaire, du contrôle du service médical des transports maritimes. Ces médecins veillent à l'exécution des prescriptions d'hygiène à bord des navires exploités par le service des transports maritimes et passent la visite médicale des officiers et des équipages de ce service, etc.

L'un des médecins prend le titre et les fonctions de médecin inspecteur en chef des transports maritimes.

— Sont nommés médecins sous-inspecteurs des transports maritimes et de la marine marchande :

A Bordeaux, M. le docteur Moulinier; à Saint-Servan, M. le docteur Henri Hervé; à Quimper, M. le docteur Tartarin; à Nantes, M. le docteur Larroque; à Marseille, M. le docteur Pernet; à Alger, M. le docteur Tacheron; à Morlaix, M. le docteur Giannetti.

LES AVANCES AUX MÉDECINS DES RÉGIONS LIBÉRÉES. — M. Tardieu, ministre des régions libérées, vient de décider de porter de 10.000 à 15.000 francs le maximum des avances qui peuvent être accordées pour la reconstitution de leur mobilier professionnel indispensable aux sinistrés appartenant aux professions libérales : médecins, pharmaciens, vétérinaires, etc.

LA COMMÉMORATION DE NOS MORTS. — La cérémonie solennelle, organisée par les associations de médecins, de pharmaciens et d'étudiants à la mémoire de tous les membres du Service de santé morts pour la France, aura lieu le dimanche 25 janvier, à deux heures, non au Panthéon comme il a été annoncé par erreur, mais dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, en présence de M. le Président de la République.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'UROLOGIE. — La prochaine séance aura lieu le lundi 9 février, à dix-sept heures, à l'hôpital Necker, amphithéâtre Laënnec.

Manuel médical. Formulaire thérapeutique, par le docteur Ernest LIOTARD (de Nice). — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

REVUE GÉNÉRALE

L'HÉMIPLÉGIE PENDANT LA GROSSESSE

Par le docteur E. DUHOT,
Chargé des fonctions d'Agrégé à la Faculté de Lille.

La dénomination d' « hémiplégies puerpérales » réunit communément les hémiplégies survenues durant la gestation, au moment de l'accouchement, pendant les suites de couches, voire même l'allaitement. D'emblée, ce groupement vaste et confus doit être divisé en deux, suivant un mode chronologique que légitiment par ailleurs les différences d'étiologie et d'évolution.

Les *hémiplégies du post partum*, si elles peuvent présenter éventuellement des causes analogues à celles qui précèdent la parturition, relèvent bien plus souvent de lésions tout à fait distinctes : embolie ou thrombose liées à l'infection puerpérale surtout, métastase d'un déciduome malin quelquefois ; et cette origine suffit à en expliquer la haute gravité. Elles ne retiendront pas notre attention, d'autant qu'elles ont été commentées dans la thèse de Lafon (Paris 1898).

Les *hémiplégies de la grossesse*, c'est-à-dire celles qui se manifestent depuis la conception jusqu'à la fin de la période d'expulsion, sont au contraire sous la dépendance de facteurs variables, dont chacun conditionne un pronostic différent. C'est à elles que nous limiterons notre examen, en prenant pour bases, avec les travaux antérieurs, les observations que nous avons personnellement publiées et qui ont été étudiées en détail dans la récente thèse de notre ami G. Leclercq (Lille 1919).

Considérations générales. — L'hémiplégie apparue au cours de la gestation comme à la suite de l'accouchement est un élément tout particulier qui vient accroître le pourcentage de cette affection chez la femme jeune encore (P. Marie). Mais elle n'en reste pas moins peu fréquente si l'on s'en rapporte à la seule littérature médicale : environ deux fois moins souvent notée que pendant les suites de couches, l'hémiplégie pendant la grossesse a pris place dans les études d'ensemble de Ménière (1828), Charpentier (1872), von Hösslin (1905), et dans de multiples publications ; cependant des recherches approfondies n'ont permis à G. Leclercq d'en réunir, avec les nôtres, que 46 observations.

Ce sont les faits de Mauriceau (2), Morgagni, Selle, Schedel, Simpson (4), Lever (2), Mendel, Hays, Dubois (2), Churchill (2), Crosse (2), Sabatier, Ahfeld, Basset, Putegnat, Beaty, Pereboom, Ollivier, Molas, Marotte, Pellegrini, Stokes, Mac Clintock, Darcy, Richaud, Ritchie, Edis, Thomas, Léonard, Immelmann, Tarnier, Pouliot, Macé et Gaillard, Lecornu, G. et E. Lévy, Fabre et Bourret, Duhot (2) [service de M. le professeur Combemale].

L'âge des malades, indiqué dans 27 observations, montre une égale répartition des cas avant et après trente ans. Sur 27 cas également, on trouve notées 7 primipares contre 20 multipares, ce qui surprend à première vue en raison de la fréquence plus grande de l'éclampsie au cours de la première grossesse : en fait les hémiplégies liées à l'albuminurie paraissent plus nombreuses chez les primipares (von Hösslin), de même que le sont dans le post partum les hémiplégies liées à l'infection puerpérale (Lafon) ; mais d'autres interventions morbides viennent modifier la proportion.

Sur 34 observations, on remarque que l'affection peut survenir dès le début de la grossesse (2 cas) ou au second mois (2 cas), mais que 23 fois elle est apparue durant les trois derniers mois ; elle s'est produite 2 fois pendant l'accouchement.

Enfin sur 30 cas où le côté atteint a été relevé, on voit l'hémiplégie siéger 13 fois à gauche, 17 fois à droite, prédominance explicable par la fréquence plus grande des embolies dans la sylvienne gauche.

A mesure que les observations se rapprochent de l'époque actuelle, les procédés d'exploration dont s'enrichit la pathologie interne y sont de plus en plus fructueusement mis en œuvre. C'est par eux que nous pourrons aborder avec quelque précision cette étude ; c'est d'eux qu'elle doit attendre dans la suite son parfait achèvement.

Etude étiologique et pathogénique. — La femme enceinte n'échappe à aucune des causes qui peuvent produire l'hémiplégie (Tarnier) : telle est la notion, d'ailleurs facile à prévoir, qui domine le débat ; il ne paraît pas exister d'hémiplégie liée à la seule grossesse. L'origine névrosique une fois éliminée, hémorragie ou ramollissement du cerveau, altération des éléments anatomiques d'ordre toxique ou infectieux, compression de la zone motrice rolandique pourront donc, suivant les cas, être invoqués.

Il n'en est pas moins vrai que les diverses causes agissent, au cours de cet état, avec une fréquence variable et suivant un mécanisme propre.

L'hémiplégie hystérique a pu être signalée dans quelques observations par Mac Clintock, Lever, Léonard, Churchill ; un fait de Stokes, cité par Charpentier, où l'hémiplégie est apparue au cours de quatre grossesses successives pour cesser après la délivrance, paraît devoir être rattaché à la même étiologie. Toutefois, alors que Windscheid croyait cette intervention extrêmement générale, nous la savons au contraire relativement rare, ainsi que l'ont démontré Tarnier et Mills et que le confirme l'étude précise des nombreux signes d'organicité actuellement mis en lumière. Ces hémiplégies organiques sont celles dont le mécanisme de production offre un intérêt véritable.

L'*hémorragie cérébrale*, pour la première fois indiquée comme facteur des hémiplégies de la grossesse par Menière, en 1848, et bientôt après par Dubois, est désormais admise par tous les auteurs comme cause de toute première importance. La preuve de sa présence existe 17 fois sur 46 observations.

L'hypertrophie du ventricule gauche et la pléthore sanguine, conséquences physiologiques de la grossesse considérées par les premiers auteurs comme capables d'expliquer l'hémorragie cérébrale, sont en réalité insuffisantes. Il y faut l'adjonction d'élé-

ments pathologiques : altérations vasculaires, dyscrasie sanguine, hypertension artérielle.

A titre de facteur mécanique, les efforts du travail ont pu, dans un cas d'hémiplégie survenue pendant la période d'expulsion chez une femme qui n'était manifestement ni albuminurique, ni cardiaque, ni syphilitique, favoriser l'apparition d'une hémorragie cérébrale (Lecornu), fait d'ailleurs vérifié anatomiquement dans un cas semblable (Schedel). Mais les malades chez qui les divers facteurs se rencontrent au maximum sont celles où existe une lésion rénale et souvent hépatique, dans les cas d'albuminurie gravidique. La fréquence des accidents hémorragiques les plus variés est d'ailleurs classique dans de telles conditions.

Les publications consultées à cet égard indiquent la fréquence de cette affection, qu'Imbert-Gourbeyre considérait même comme l'origine constante des hémiplégies de la grossesse : sur 20 observations, l'albuminurie peut être relevée 8 fois, la recherche n'étant pas indiquée comme faite dans les 12 autres cas ; et si l'on considère l'œdème et les convulsions comme ayant une valeur diagnostique analogue, on arrive sur ces 20 femmes au chiffre de 13 rénales. Les caractères de l'hémiplégie dans ces cas permettent généralement de la considérer comme liée à une hémorragie cérébrale. L'étude de notre première observation est démonstrative : albuminurie apparue lors de la première grossesse, réapparue lors de la seconde et ayant chaque fois déterminé l'avortement ; hypertension artérielle marquée pour la minima qui représente la charge permanente du système cardio-vasculaire, revenant dans la suite à la normale ; chiffre d'urée sanguine dont l'élévation relative apparaît mieux si l'on tient compte du régime d'hypoalimentation alors institué depuis de nombreuses semaines, et si on le compare au taux obtenu plus tard au cours d'un régime alimentaire normal.

Dans l'éclampsie, où les accès convulsifs viennent encore surajouter leur action, bien connue est la fréquence des hémorragies au niveau des hémisphères où l'on a pu voir le foyer présenter des dimensions considérables (Bar, Desnoux) au niveau des pédoncules, de la protubérance, du bulbe même, où l'on peut aussi noter un simple piqueté hémorragique. Mais l'hémiplégie y est plus rarement signalée, la mort survenant alors de façon foudroyante, ou après une période de coma où le diagnostic neurologique n'est pas fait.

Les altérations cérébrales incriminées, dans les cas d'albuminurie surtout, ne sont d'ailleurs pas limitées à ce processus unique. Les troubles circulatoires locaux, l'œdème cérébral localisé ont été mis en cause (Darcy) de même que pour la pathogénie de l'hémiplégie urémique en général. L'intoxication des cellules corticales a également ses défenseurs, et cette origine autotoxique séduisait déjà von Hösslin. Enfin l'on a fait appel à la possibilité de thromboses minimes (Humphrey, Poupon) ou d'embolies cellulaires (Klebs, G. et E. Lévy). Quel que soit le rôle éventuel des diverses modalités par lesquelles peut se traduire la toxémie gravidique, particulièrement dans les cas d'hémiplégie incomplète et transitoire, il est certain que le rôle de l'hémorragie est nettement prédominant surtout dans les cas où l'hémiplégie est totale et définitive.

A l'inverse de la pléthore sanguine des anciens auteurs, de la poussée congestive de Peter, l'anémie a été considérée après Jaccoud comme capable de produire ces hémiplégies (Pellegrini, Marotte, Tarnier). L'interprétation du premier cas a pour appui cinq saignées, trois applications de sangsues, une hémorragie abondante ; les deux autres malades présentaient le tableau clinique d'une anémie chlorotique profonde. Comparables aux rares cas d'hémianopsie posthémorragique, d'origine centrale, à propos desquelles on a émis l'hypothèse de coagulations sanguines dans les artères cérébrales (Chevallereau) ou d'endartérite suivie d'ischémie des circonvolutions (Terson, Carlini), ces faits exceptionnels d'hémiplégie par anémie sont sujets aux mêmes contestations. Il faut en rapprocher la théorie de l'angiospasme, analogue à celui de la migraine, provoquant une anémie cérébrale locale (Gillies).

L'*embolie* au cours des cardiopathies est au contraire hors de doute ; c'est actuellement le facteur cité en seconde ligne dans tous les traités d'obstétrique.

Simpson (1853) mit, le premier, en évidence les relations entre la lésion cardiaque et l'hémiplégie de la grossesse. A. Ollivier, en des mémoires basés sur plusieurs observations (1868), signale la présence de l'endocardite chronique comme capable de provoquer l'hémiplégie ; mais, invoquant l'hypertrophie gravidique du cœur, il explique cette hémiplégie par une hémorragie cérébrale surtout pendant le travail. Pouliot, dans sa thèse (1905), conclut que l'hémorragie cérébrale a existé chez quelques cardiaques enceintes, mais qu'elle est beaucoup moins habituelle que ne le pensait Ollivier.

En règle générale, le processus est effectivement l'embolie partie de l'oreillette gauche vers la sylvienne gauche, dont il n'est pas besoin de rappeler la fréquence au cours du rétrécissement mitral. C'est cette lésion valvulaire qui paraît constamment en jeu : sur cinq observations on la trouve quatre fois isolée, une fois associée à l'insuffisance aortique. Nul doute qu'un tel accident ne soit grandement facilité par l'augmentation du travail du cœur, ainsi que par l'intoxication gravidique (Renon, Merklen).

L'endartérite cérébrale n'est guère invoquée, hors des cas que nous avons indiqués : il est évident qu'une artérite syphilitique peut donner lieu à une hémiplégie chez une femme enceinte, mais il n'y a là aucune relation avec son état; il en est de même pour l'hémiplégie compliquant une maladie infectieuse comme dans le fait, survenu d'ailleurs après l'accouchement, que Dusciau a observé consécutivement à une scarlatine.

Enfin l'hémiplégie par compression peut se manifester à la suite d'une tumeur cérébrale, dont l'aggravation au cours de la grossesse est généralement rapide, ou d'une méningite tuberculeuse qui donne si facilement lieu à confusion pendant la gestation; mais là n'est pas le fait intéressant.

L'hémorragie méningée, arachnoïdienne, est le facteur à retenir au troisième rang de l'étiologie.

Olshausen (1891) avait découvert une hémorragie méningée à l'autopsie de deux éclamptiques; mais avant la ponction lombaire le diagnostic uniquement clinique de cette affection était à peu près impossible à affirmer : dans les cas suivis de guérison elle a dû être souvent méconnue, puisque dans ces dernières années on en peut relever déjà plusieurs observations.

Bar, le premier (1905), cite un cas d'hémorragie méningée chez une éclamptique, ayant évolué vers la régression. Puis O. Macé et Gaillard (1906) chez une secundipare enceinte de huit mois, albuminurique et hypertendue, atteinte d'hémiplégie droite, trouvent par quatre ponctions lombaires pratiquées en huit jours un liquide céphalo-rachidien successivement sanglant, moins coloré, xantho-chromique et clair : en même temps, après l'expulsion d'un fœtus mort et macéré la paralysie s'atténuait rapidement.

Fabre et Bourret (1914) observent une secundipare à terme, atteinte de double lésion mitrale et d'insuffisance aortique. Cette femme présente une hémiplégie droite incomplète; huit jours après, au lendemain de son accouchement effectué sans incident, l'aggravation des phénomènes avec réaction méningée fait décider la ponction lombaire : liquide sanglant, le lendemain moins teinté, deux jours après presque clair; guérison rapide. Pour ces auteurs, il s'agissait d'une embolie ayant obstrué un vaisseau méningé dont l'augmentation de pression aurait ultérieurement causé la rupture.

Enfin l'observation de notre seconde malade, avec les résultats de la ponction lombaire à trois reprises, ne laisse aucun doute sur l'existence d'une hémorragie méningée. La cause de cette lésion est par contre imprécisée, en l'absence d'albuminurie, de cardiopathie, de toute autre maladie viscérale ou toxi-infectieuse évidente; le résultat négatif de la recherche des signes de spécificité et de la réaction de Bordet-Wassermann plusieurs fois pratiquée ne permet pas de résoudre affirmativement la question de la syphilis malgré l'issue de la deuxième grossesse et la mort rapide du dernier enfant. Cependant le terme d'hémorragie méningée dite « spontanée » ne saurait évidemment nous satisfaire, et il doit y avoir là une infection ou une intoxication latente. Les lésions de dégénérescence graisseuse des tuniques artérielles signalées dans certains cas pendant la grossesse (Virchow), l'éventualité de poussées hypertensives sous l'influence d'une activité des surrénales dont l'hypercholestérinémie gravidique serait le témoin (Chauffard), la possibilité de modifications sanguines d'origine hépatique ou de réactions méningées d'ordre toxique (Dumontet) pourraient être prises en considération.

En somme, les hémiplégies au cours de la grossesse, déterminées par les mêmes lésions que celles qui interviennent en dehors de celles-ci, ne relèvent pas *directement* de l'état de gestation; elles ne sont même pas liées étroitement à une intoxication spéciale comme les polynévrites observées à la suite de vomissements incoercibles. Mais la grossesse exerce *indirectement* sur leur apparition une influence d'ordre mécanique, toxique, dyscrasique, provoquant ou aggravant les processus pathologiques : albuminurie gravidique et crises éclamptiques, accidents gravido-cardiaques, altérations liées à la toxémie gravidique, tel est le bilan de ses responsabilités.

Etude clinique et pronostique. — L'hémiplégie au cours de la grossesse ne comporte pas de symptomatologie et par conséquent de description spéciale; les variations de l'aspect clinique dépendent de la cause provocatrice.

Précédée de prodromes constitués essentiellement par de la céphalée, très fréquente, des fourmillements dans les membres menacés, ou bien survenant d'emblée, l'hémiplégie apparaît ordinairement de façon brusque ou au moins rapide, plus rarement de façon lente et progressive. Le plus souvent elle est tout de suite totale; partielle elle peut soit se compléter dans les jours qui suivent, soit au contraire disparaître après l'accouchement ou plus tardivement.

Au point de vue de la motilité, comme dans toute les hémiplégies le membre inférieur est moins atteint et plus tôt amélioré; les troubles des réflexes tendineux et cutanés sont constants dans les hémiplégies organiques : le signe de Babinski existait chez nos deux malades.

Au point de vue de la sensibilité, les troubles sont variables et souvent légers dans les hémiplégies organiques; ils peuvent être très étendus et marqués, avec les caractères habituels de ces manifestations, dans l'hémiplégie hystérique (cas de Vinay).

La dysarthrie allant du simple embarras de la parole à l'impossibilité d'articuler est indiquée dans la plupart des observations. L'aphasie motrice que nous avons notée est plus rare; cette association dépend uniquement du siège de la lésion initiale. L'aphasie sans hémiplégie peut d'ailleurs être la manifestation isolée de l'atteinte cérébrale comme dans les onze cas réunis par Sinclair. (*The Lancet*, 1902.)

La paralysie du moteur oculaire externe est signalée dans un cas (Lévy). L'amaurose, d'ailleurs transitoire, a été observée à deux reprises, chez des albuminuriques (Simpson, Churchill). L'état mental est rarement très touché, bien qu'on ait pu noter la perte de la mémoire, diverses formes de délire, même un état démentiel comme dans notre première observation. Les sphincters sont généralement intacts, comme au cours de l'hémiplégie ordinaire.

Le diagnostic de l'hémiplégie pendant la grossesse sera facile; la notion de son existence impliquera la recherche d'un début de gestation chez une femme jeune où l'hémiplégie surviendrait sans cause manifeste. La nature organique de l'affection une fois reconnue par les signes dont dispose la neurologie moderne, notamment l'analyse des réflexes, il faudra en venir à l'étude étiologique qui est d'importance capitale.

A cet égard, les caractères distinctifs de l'hémiplégie elle-même, relevés d'après les observations, ont peu de valeur :

L'hémiplégie par hémorragie cérébrale a un début brutal souvent marqué par un ictus avec coma apoplectique; des signes annonciateurs ont existé souvent lorsque l'albuminurie est en cause : œdèmes, troubles visuels, convulsions.

L'hémiplégie par embolie cérébrale se manifeste également avec soudaineté mais plus souvent sans

perte de connaissance; elle siège presque toujours du côté droit.

L'hémiplégie par hémorragie méningée est généralement progressive : elle peut être précédée d'aphasie et envahir successivement la face, le membre supérieur, le membre inférieur droits.

L'examen complet, utilisant les modes d'étude de la clinique et du laboratoire, donnera des indications plus précises :

La recherche de l'albumine par les procédés permettant d'éviter la confusion avec la pseudoalbumine fréquente chez les femmes enceintes, l'examen cytologique du culot de centrifugation des urines, le dépistage d'œdèmes légers et de signes de rétention chlorurée, l'étude des symptômes liés à l'azotémie et le dosage de l'urée sanguine, la mesure de la tension artérielle et notamment de la pression minimum, seront mises en œuvre pour déceler une lésion rénale, et en déterminer la nature et la gravité.

L'auscultation attentive des foyers valvulaires en tenant compte de la fréquence des souffles anorganiques pendant la grossesse, la radioscopie, la recherche des signes d'insuffisance cardiaque, particulièrement du côté des poumons où prédominent les troubles circulatoires de l'hyposystolie gravidique, renseigneront sur l'existence d'une lésion mitrale dont l'embolie pourra être le premier indice révélateur, et sur son mode de compensation.

La ponction lombaire avec étude de la pression par le simple examen ou le manomètre de Claude, récolte fractionnée du liquide céphalo-rachidien dans les trois tubes pour éviter l'erreur provenant de la piqûre d'un vaisseau, l'examen du liquide sanglant qui ne coagule pas par le repos, du liquide xanthochromique, témoin d'une hémorragie plus ancienne, du liquide clair avec ses réactions chimiques et cytologiques, pourront permettre d'affirmer une hémorragie méningée qu'un résultat négatif ne saurait par contre suffire complètement à éliminer.

Enfin la réaction de Bordet-Wassermann qui, à condition d'être pratiquée avec une absolue rigueur, continue à mériter la plus grande confiance, la recherche dans les urines des pigments biliaires par la réaction de Grimbert, et surtout des sels biliaires par la réaction de Hay, ou par la stalagmométrie qui nous a servi à apprécier avec Boëz l'insuffisance hépatique au cours de la gestation, en un mot les diverses techniques biologiques, chimiques et microscopiques appropriées à chaque cas, apporteront leur contribution à ce diagnostic étiologique.

L'intérêt qu'il présente est d'autant plus grand qu'on en peut tirer des déductions au point de vue du pronostic.

En ce qui concerne la mère, sur les 46 cas d'hémiplégies de la grossesse relevés par G. Leclercq, 5 seulement furent suivis de mort; sur 26 malades la paralysie persista 4 fois totalement et 4 fois légèrement atténuée; elle guérit 18 fois de manière presque complète ou même parfaite. Au contraire sur 26 hémiplégies du post partum réunies par Lafon, 14 cas furent mortels; 2 malades restèrent paralysées définitivement, 10 furent notablement améliorées ou guérirent. La léthalité, qui est d'environ 10 p. 100 pour le premier groupe, 54 p. 100 pour le second groupe, fait apparaître la différence d'évolution aux deux périodes.

Mais dans le cadre même des hémiplégies survenues pendant la gestation, le pronostic dépend de la lésion causale. Parmi les autopsies, d'ailleurs peu nombreuses, l'hémorragie cérébrale est presque constamment notée, rarement l'œdème cérébral; c'est la base de la classification de von Hösslin en hémiplégies hémorragiques et hémiplégies séreuses. Au point de vue de l'évolution d'après les statistiques, sur 11 cas d'hémorragie, 3 furent mortels, 3 suivis de paralysie définitive, 2 de paralysie incomplète, 1 de guérison cinq mois après l'accouchement, 2 de guérison avec récidive lors d'une grossesse ultérieure; au contraire les hémiplégies où l'on a cru pouvoir incriminer les simples troubles circulatoires ou l'œdème localisé sont celles qui guérissent complètement. L'embolie cérébrale a un pronostic moins sombre que l'hémorragie : sur 6 cas, on note 2 paralysies définitives, 2 régressions, 2 guérisons; la récidive a été également notée aux grossesses suivantes. Enfin l'hémorragie méningée est suivie d'une évolution bien plus bénigne : sur 4 cas, amélioration dans 1, guérison rapide et complète dans 3, les accidents ayant même pu ne durer que quinze jours seulement; toutefois là encore les récidives paraissent à craindre.

En ce qui concerne l'enfant, sur 26 cas l'accouchement a eu lieu 16 fois à terme, 3 fois au cours du neuvième mois, 4 fois à huit mois, 1 fois accouchement prématuré artificiel, 1 fois accouchement prématuré d'un fœtus macéré, 1 fois avortement à cinq mois et demi. Dans 4 cas, l'enfant mourut à brève échéance. Par là on voit que dans la majorité des observations l'hémiplégie ne provoque pas l'interruption de la grossesse. Le travail lui-même n'est nullement influencé par la paralysie.

Conclusions. — Cette revue rapide implique de brèves conclusions.

L'hémiplégie pendant la grossesse n'est pas le résultat d'une intervention spécifique de cet état, qui peut toutefois exercer une action réelle sur son apparition.

S'il existe encore quelques faits de pathogénie discutable, il est désormais acquis que les processus les plus importants sont, par ordre de fréquence :

Hémorragie cérébrale chez les albuminuriques;
Embolie cérébrale chez les mitrales;
Hémorragie méningée d'origine diverse.

L'emploi systématique de tous les procédés d'investigation permettra le plus souvent d'établir le rôle de l'un de ces facteurs étiologiques, commandant la symptomatologie et l'évolution.

Variable et parfois véritablement favorable, le pronostic de cette affection est une raison impérieuse d'instituer pour chacun des cas la thérapeutique causale appropriée.

BIBLIOGRAPHIE

Ahfeld. Ueber apoplexien in der Ersten Hälfte der Schwangerschaft, *Arch. f. Gyn.*, 1887, Bd XI, p. 584.

ALBBUTT. Remarks on fonctionnal hemiplegia in child-bearin women, *Brit. med. Journ.*, 1870, t. II, p. 351.
BAR. In *Pratique de l'art des accouchements* de Bar, Brindeau, Chambrelent, *passim*.
BASSET. *Une Première année à Saint-Nectaire*, Paris 1859, W. Remquet.
BENNETT. Chronic hemiplegia originating during pregnancy, *Brit. med. Journ.*, 1881, p. 261.
CHARPENTIER. *Paralysies puerpérales*, Paris 1872.
CHURCHILL. On paralysis occuring during gestation and childbed, *The Dublin quaterly Journ.*, mai 1854, p. 257-296, et *Traité des maladies des femmes* (traduction française), Paris 1886, p. 1122 sqq.
DARCY. Des Hémiplégies puerpérales, *Th. de Paris*, 1877.
DESNOUX. Hémorragie cérébrale chez une éclamptique, Soc. d'obst. de Paris, 21 janv. 1909.
DUBOIS (Paul). Observations et considérations pratiques sur la paralysie qui survient chez la femme pendant la grossesse, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, Paris 1840, t. II, p. 401-404, et *Bull. de thérap.*, 1843, t. XXV, p. 143.
DUHOT (E.) et BOEZ (L.). Méningite cérébro-spinale à méningocoques et colibacilles associés évoluant vers la mort chez une femme enceinte. Acétone dans l'urine et le liquide céphalo-rachidien, *C. R. de la Soc. de biol.*, R. B. L., 9 mai 1914, et *L'Encéphale*, déc. 1915.
DUHOT (E.) et PAQUET. Deux observations d'hémiplégie de la grossesse, *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 6, p. 89.
EDIS (W. A.). *Transl. Clin. Soc.*, London 1873, p. 196-198.
FABRE et BOURRET. Réunion obstétricale et gynécologique de Lyon, 16 mars 1914.
IMBERT-GOURBEYRE. De l'albuminurie puerpérale, *Mémoires de l'Acad. de méd.*, 1861, t. XXV, p. 179.
IMMELMANN. Acht Falle von apoplexie in der Geburt, *Innaug. dissert. Berlin*, 1889.
HÖSSLIN (VON). Die Schwangerschaft lähmungen der Mutter, *Münch. med. Woch.*, 8 mars 1904, et *Arch. f. Psych.*, 1905, Bd LX, f. 2, p. 445.
LAFON. Contribution à l'étude de l'hémiplégie puerpérale, *Th. de Paris*, 1896.
LECLERCQ (G.). Les Hémiplégies de la grossesse, *Th. de Lille*, 1919.
LÉONARD. De l'Hystérie pendant la grossesse, *Th. de Paris*, 1886
LECORNU. *Ann. méd. de Caen*, déc. 1906.
LEVER. *Guy's Hosp. reports*, t. X, ch. 5. p. 19.
LÉVY (G. et E.). Soc. des sc. méd. de Tunis, déc. 1913.
MACÉ et GAILLARD. Soc. d'obst. de Paris, 15 nov. 1906.
MARIE (P.) et LÉRI (A.). *Sémiologie nerveuse*, 1911, art. Hémiplégie, p. 365.
MAURICEAU. *Maladies des femmes*, 1740, t. I, p. 445, et *Traité des accouchements*, t. II, p. 214.
MAYGRIER (Ch.). Hémorragie cérébrale chez une éclamptique, Soc. d'obst. de Paris, 29 fév. 1908.
MÉNIÈRE. Observations et réflexions sur l'hémorragie cérébrale considérée pendant la grossesse, pendant et après l'accouchement, *Arch. de méd.*, 1828, t. XVI, p. 489; t. XVII, p. 370, et 1848, t. XII.
MOLAS. *Journ. méd. et chir. de Toulouse*, 1860, p. 370-372.
MÜLLER (S.). Puerperale hemiplegia, *Hosp. Tid.*, 1895.
OLSHAUSEN. *Sammlung Clinischer Vorträgt* (von Eclampsia), 1891, n° 39.
QUINCKE. Ueber puerperale Hemiplegie, *Deut. Zeit. f. Nerv.*, 1893, t. IV, p. 291.
RITCHIE. *Edinburgh med. Journ.*, 1871-1872.
SABATIER. *Union méd.*, 14 mai 1853.
SIMPSON. Mémoire sur les troubles du système nerveux dans l'albuminurie des femmes enceintes, *Edinburgh med. Journ.*, oct. 1847, p. 288, et *Clinique obstétricale et gynécologique* (traduction Chantreuil), 1874.
TARNIER et BUDIN. *Traité de l'art des accouchements*.
THOMAS (W. R.). *Brit. med. Journ.*, London 1877, t. II, p. 886.
VINAY. Paralysies obstétricales, *Arch. de tocol.*, 1887, p. 837; — *Traité des maladies de la grossesse et des suites de couches*, 1894; — *Lyon méd.*, 22 déc. 1895.

MALADIE DE PARKINSON
ET CACODYLATE DE SOUDE

Par H. MARÉCHAL,
Interne des hôpitaux de Paris.

Les publications récentes de MM. Sicard, Lhermitte et Quesnel sur l'heureuse action des arsenicaux dans les contractures musculaires nous ont incité à venir exposer comment nous avons employé le cacodylate dans un cas de paralysie agitante et quels ont été les résultats obtenus par ce traitement.

Il s'agit d'une femme de cinquante-deux ans qui, en 1912, à la suite d'émotions et de chagrins, vit apparaître du tremblement des mains et de la raideur des bras et des jambes. En 1917, la malade ne peut presque plus remuer, et étant devenue complètement impotente, elle est amenée le 1er juillet dernier, à l'hôpital dans le service de notre maître M. Florand.

Le diagnostic de maladie de Parkinson se pose au premier examen et la symptomatologie de cette affection se retrouve ici au complet. Citons spécialement :

« Le tremblement des mains, des pieds, des lèvres ; la rigidité musculaire très prononcée, la tête raide et immobile, le facies figé. Les bras soudés au corps ne peuvent que difficilement en être écartés. Aux membres inférieurs, très contracturés, les réflexes sont forts. La marche est impossible ; debout, la malade tombe en avant ou en arrière. La parole est lente, la voix rauque. Quelques douleurs rhumatoïdes, sensation de chaleur très prononcée, incontinence partielle des urines. Les divers organes sont en bon état. R. W. et ponction lombaire négatives. »

Les doses de cacodylate que nous avons employées ici sont celles que nous avons essayées dans la syphilis, en mai 1918 (1). Solution à 50 p. 100. La progression dans les doses injectées à cette malade, par voie intraveineuse, est indiquée dans le tableau suivant :

10 octobre	1g50
17 —	2g50
22 —	2g75
27 —	3g
1er novembre	3g25
6 —	3g50
12 —	4g
20 —	5g
26 —	6g50
	32g00

Les doses ont été bien supportées ; mais la dernière injection cependant a un peu secoué la malade. Les troubles constatés, vomissements, agitation,

(1) *Paris médical*, mai 1918.

bouche pâteuse, fièvre à 37°8, sensation d'ivresse, ont disparu en quarante-huit heures.

Résultats. — Jusqu'à 4 grammes aucun changement net, si ce n'est une évidente sensation d'euphorie, un sommeil plus régulier, une sédation légère de la contracture. Aux doses de 5 grammes, l'état de la malade s'est nettement modifié. La rigidité musculaire a diminué d'une façon très sensible, la contracture a cédé ; les mouvements des bras et des jambes étaient possibles au point que la malade pouvait se peigner et manger seule. Elle marchait dans la salle soit avec une canne, soit en poussant une chaise devant elle, car l'antépulsion persiste encore. Le tremblement a peu diminué. La tête remue sans difficulté dans tous les sens ; le facies est moins figé, la parole est plus facile, la voix beaucoup moins rauque. La malade n'urine plus sous elle qu'une fois ou deux tous les deux jours. La sensation de chaleur a disparu. Les réflexes sont toujours forts ; ils n'ont pas été modifiés.

Ce qui retient l'attention, c'est la diminution considérable de la contracture qui a permis à cette malade de recouvrer en grande partie l'usage de ses bras et de ses jambes.

Il eût été indiqué d'attendre les résultats éloignés de cette médication. Nous avons préféré signaler ce cas dans le seul but d'apporter une légère contribution à l'étude de la thérapeutique des contractures musculaires qu'ont particulièrement étudiée MM. Sicard, Haguenau, Kudelski et MM. Lhermitte et Quesnel. Ces deux derniers auteurs ont obtenu des résultats très favorables dans la paralysie agitante en employant par voie hypodermique des doses croissantes de cacodylate, de 1 gramme à 2g50 (solution à 50 et à 25 p. 100) en commençant par 0g25 et 0g50 (1). La voie intraveineuse nous parait préférable, car on peut ainsi injecter d'emblée 1 gramme ou 1g50 d'une solution de cacodylate à 50 p. 100, solution qui, par voie hypodermique ou intrafessière, est douloureuse ou du moins très sensible.

Cette médication à hautes doses, contrairement à ce que pensent certains médecins, n'offre aucun danger, lorsqu'on reste dans les limites que nous avons indiquées comme étant la zone thérapeutique maniable, non dangereuse, du cacodylate, c'est-à-dire entre 1 gramme et 6 grammes. Il ne semble pas qu'il y ait intérêt à rapprocher les injections les unes des autres. Et comme nous ignorons encore comment et en combien de temps s'élimine le méthylarsinate injecté dans la veine, il nous semble plus sage de laisser entre chaque injection un intervalle de quatre ou cinq jours environ, surtout quand on arrive aux doses élevées de 4 à 6 grammes. Nous pensons que si l'on veut obtenir des résultats appréciables en pathologie nerveuse, en faisant appel aux méthylarsinates (cacodylate ou arrhénal), il faut les employer à hautes doses et suivant la progression que nous avons préconisée (2).

(1) Lhermitte et Quesnel. Société de neurologie, 6 nov. 1919. — Lhermitte. *Gaz. des hôpit.*, 27 nov. 1919.

(2) *Essai sur les hautes doses de cacodylate de soude en thérapeutique.* Th. de Paris, 1919.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 12 JANVIER 1920)

Diminution de la transparence de l'air à Paris. — M. Louis Besson. Du sommet de la tour Saint-Jacques, au centre de la ville, on note plusieurs fois par jour la distance limite de visibilité, aux quatre points cardinaux. Ces observations instituées en 1895 par M. Jaubert et qui ont été poursuivies régulièrement montrent que le trouble de l'air, naturellement variable avec les conditions météorologiques, a, d'une façon générale, augmenté lentement pendant les vingt premières années et qu'il a présenté une énorme augmentation pendant la guerre.

M. Besson ne donne malheureusement pas, et c'est regrettable pour l'hygiène de Paris, le moyen de débarrasser la ville lumière de la calotte de poussières et de fumée qui obscurcit son ciel.

Sur les muscles de l'iris du crocodile. — MM. E. Grynfelt et L. Carrère.

Sur les opérations compressives et décompressives du globe de l'œil. — M. Lagrange. La tension oculaire, dont le mécanisme physiologique est encore très discuté, est le résultat de la pression du contenu oculaire (milieux transparents) sur la coque de l'œil (sclérotique).

L'exagération de cette tension est le symptôme capital du glaucome, son abaissement se rencontre dans le cas où la nutrition de l'œil est défaillante, notamment dans le décollement rétinien.

Il est possible au chirurgien oculiste d'abaisser d'une façon durable, définitive, la tension oculaire quand elle est très élevée, au moyen de la méthode fistulisante. Il est encore possible d'élever la tension quand elle est abaissée par une intervention chirurgicale dont M. Lagrange donne la technique et les indications. Elle consiste à créer autour de l'œil, dans la région de l'angle de filtration, du tissu fibreux artificiel soudant exactement la conjonctive à la sclérotique en supprimant les mailles sous-conjonctivales. La région du canal de Schlemm se trouve ainsi bloquée, rien ne filtre plus à son niveau et l'œil, gardant son liquide, durcit.

Décomposition de l'eau oxygénée par des microorganismes extraits du lait pasteurisé. — M. A. Fouassier.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 20 JANVIER 1920)

L'encéphalite léthargique. — M. Achard communique plusieurs faits qui tendent à montrer que les symptômes donnés comme pathognomoniques de cette variété d'encéphalite ne sont pas constants. Il rapporte deux observations dans lesquelles l'altération des nerfs craniens manquait. Inversement, on a dit que la réaction méningée faisait défaut dans l'encéphalite léthargique. M. Achard cite deux faits dans lesquels cette réaction était très manifeste. Il y aurait donc peut-être à reviser la symptomatologie de l'encéphalite léthargique.

M. Netter reconnaît que le diagnostic différentiel, au moins au début, de l'encéphalite léthargique avec la tuberculose méningée ou les tubercules cérébraux peut être parfois difficile, en raison même de la variabilité des symptômes. Mais dans la tuberculose méningée l'examen du liquide céphalo-rachidien révèle toujours une forte lymphocytose.

M. Achard, dans sa communication, a abordé la question des rapports de la grippe avec l'encéphalite léthargique. Il

semble bien que ces rapports existent, l'étiologie étant à peu près la même pour les deux maladies. Que dire de la contagion? M. Netter ne croit pas qu'on puisse l'incriminer d'une façon absolue. Toutefois, il a vu, dans deux cas, les deux enfants d'une même famille être atteints l'un après l'autre. Quoi qu'il en soit, son épidémicité n'est pas douteuse.

M. Netter en apporte une nouvelle preuve en communiquant un travail de MM. Combemale et Duhot qui ont actuellement à la clinique médicale de la Faculté de Lille 4 cas d'encéphalite léthargique bien caractérisée dont le premier a été admis le 20 décembre, les suivants les 22 décembre, 3 et 13 janvier. Un cas se rapportant sans doute à la même maladie était entré le 3 septembre.

Deux autres cas indiscutables ont été observés dans la banlieue lilloise.

Il existe donc à Lille et dans les environs un foyer d'encéphalite léthargique épidémique contemporain de celui de la région parisienne sur lequel MM. Combemale et Duhot ont attiré l'attention le 6 janvier.

Ce foyer a continué à se développer. Le nombre des cas venus à la connaissance de l'auteur est de plus de 100. Il en a vu personnellement 22.

Ils appartiennent aux quartiers les plus divers de la capitale ou de la banlieue. Il n'existe pas de foyer bien net; mais certains quartiers semblent plus touchés.

MM. Combemale et Duhot commencent à relever quelques exemples dans lesquels deux membres d'une famille, deux personnes de la même maison ont été pris simultanément ou successivement à court ou long intervalle.

Ces particularités justifient l'opinion déjà émise par les auteurs de la présence du contage dans les produits de sécrétion de la bouche, de la gorge et du nez des convalescents ou des personnes ayant fréquenté les malades.

Les expérimentateurs américains, Strauss, Lœwe et Hirshfeld, ont d'ailleurs établi expérimentalement la virulence de ces produits. Leur inoculation aux singes et aux lapins a déterminé une maladie transmissible en série.

Ils ont obtenu par la culture sur milieu de Noguchi des colonies d'un organisme très analogue à celui de la poliomyélite et cependant différent.

Bashford, Bulloch et Wilson, en Angleterre, avaient déjà fait des constatations analogues.

MM. Combemale et Duhot espèrent pouvoir apporter ultérieurement les résultats des recherches qu'ils poursuivent avec la collaboration de MM. Levaditi et Henri Durand.

M. Pierre MARIE partage l'avis de M. Achard et reconnaît avec lui que certains symptômes, tels que le sommeil, la chute des paupières, la diplopie peuvent s'observer dans d'autres formes de méningites, dans la méningite tuberculeuse et surtout dans la méningite syphilitique à laquelle on ne songe pas assez souvent.

La réaction de Bordet-Wassermann. — On savait que l'urine des syphilitiques peut donner lieu à la réaction de Bordet-Wassermann. M. Clément SIMON a précisé par l'étude de plus de 200 cas dans quelle proportion les résultats de cette réaction sont les mêmes dans l'urine ou en discordance dans l'urine et dans le sang. Si le plus souvent la réaction est positive dans le sang et négative dans l'urine, il arrive, dans une proportion assez importante, qu'un résultat inverse est trouvé. Il peut donc y avoir entre l'urine et le sang la même discordance qui existe parfois entre le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Les conséquences de ces constatations sont fort importantes si l'on accorde, comme le font beaucoup de syphiligraphes, une grande valeur aux réactions de fixation au double point de vue du diagnostic de la syphilis et du traitement des syphilitiques; en cas de réaction négative dans le sang, il faudrait compléter l'examen par une réaction pratiquée dans l'urine.

L'ophtalmie granuleuse sur le littoral méditerranéen. — M. AUBAREL (de Marseille).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 16 JANVIER 1919)

Sur un trouble humoral passager précédant la crise d'épilepsie chez une malade. Variations de l'urée sanguine. — MM. H. DUFOUR et G. SEMELAIGNE ont eu dernièrement l'occasion d'étudier le taux de l'urée sanguine, chez une épileptique, avant et après une crise et d'y constater des variations intéressantes. C'était une malade, syphilitique depuis trois ans, entrée à l'hôpital pour des arthrites gonococciques qui furent longues et tenaces. Elle fit ensuite de la polynévrite avec légère psychose, et, enfin, en l'espace de trois mois, cinq crises d'épilepsie généralisée typiques, sans qu'on trouvât chez elle un passé comitial. Ces crises étaient précédées de prodromes : céphalée, bouffées de chaleur, inappétence. Le dosage d'urée dans le sang, plusieurs fois pratiqué, avait donné des résultats variant de 0g25 à 0g35 par litre, ce dernier chiffre le 22 novembre 1919. Le 25 novembre apparaissent les prodromes de la crise. On fait à midi un dosage d'urée dans le sang qui montre une augmentation considérable du taux ordinaire de l'urée, 0g84 par litre. La crise a lieu dans la nuit, environ douze heures après le dosage d'urée. Un nouveau dosage d'urée dans le sang, pratiqué douze heures après la crise, ne donne plus que 0g47 par litre. Les auteurs ont donc pu mettre en évidence, dans ce cas particulier, une augmentation notable de l'urée sanguine au moment des signes préparatoires d'une crise d'épilepsie et la diminution rapide après la crise du taux de l'urée qui retombe à la normale. C'est là un trouble humoral qui n'a pas été enregistré avec cette netteté dans des conditions semblables.

Injections intraveineuses de solutions hypertoniques de glucose chez les azotémiques. — MM. RATHERY et BOUCHERON ont étudié l'effet des injections intraveineuses de solutions hypertoniques de glucose chez les azotémiques mis à un régime fixe pendant longtemps. Des examens quotidiens d'urine étaient pratiqués; le volume des urines, l'excrétion des chlorures, de l'ammoniaque, de l'azote total, de l'urée étaient nettement diminués les jours qui suivaient l'injection; l'azotémie était, au contraire, augmentée.

Injections intratrachéales d'huile goménolée dans les broncho-pneumonies grippales. — MM. RATHERY et BONNARD ont montré les excellents résultats qu'ils ont obtenus à la suite des injections intratrachéales d'huile goménolée dans les broncho-pneumonies grippales. Ils injectaient par l'espace inter-crico-thyroïdien (méthode de R. Rendu) 10 centimètres cubes d'huile goménolée à 10 p. 100 dans la trachée; ils ont noté une baisse presque immédiate de la température, une amélioration très notable dans les troubles fonctionnels et l'état général. Ces injections ont pu, chez une même malade, être répétées jusqu'à cinq fois en quatorze jours sans inconvénient.

Les manifestations oculaires du botulisme. — M. CAUSSADE présente, au nom de M. DE SAINT-MARTIN (de Toulouse), une communication sur quatre cas de botulisme observés en août 1918 chez des soldats intoxiqués par une conserve de truites fumées. Aux symptômes classiques gastro-intestinaux et nerveux du début, puis aux troubles oculaires habituellement décrits, ptosis, mydriase, diplopie, paralysie de l'accommodation, amblyopie, il est important d'ajouter une congestion intense de la rétine et du nerf optique ainsi qu'un rétrécissement considérable du champ visuel.

Ces deux signes oculaires, remarquables par leur cons-

tance et la lenteur de leur régression, sont passés sous silence par la plupart des auteurs.

Ils sont donc susceptibles de favoriser un diagnostic rapide et permettre une sérothérapie précoce : ils doivent être systématiquement recherchés dès le début des accidents.

Association d'une pigmentation considérable et d'un lichénoïde de la muqueuse buccale au cours d'une insuffisance surrénale fruste. — MM. Crouzon et Bouttier présentent un malade qui est atteint d'une pigmentation très accentuée de la muqueuse buccale. Cette pigmentation est combinée à un lichen de la même muqueuse qui a pu faire penser à de la leucoplasie buccale.

D'autre part, cette pigmentation buccale est survenue au milieu d'un ensemble de symptômes survenant par crises : des tremblements, des vomissements et fatigue générale sans hypotension artérielle nette mais avec une légère pigmentation de la peau. Il semble bien s'agir d'une insuffisance surrénale fruste.

En dehors de l'intérêt que présente cet aspect rare de la maladie d'Addison, cette observation est curieuse en raison de l'association de la pigmentation buccale et du lichen.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance annuelle du 21 janvier 1920)

La Société de chirurgie a tenu sa séance annuelle, mercredi, devant une nombreuse et brillante assemblée.

M. Hartmann, président sortant, après les remerciements d'usage, fait observer qu'on pouvait craindre qu'après ces quatre années de guerre pendant lesquelles la Société a fourni un travail considérable, le besoin de repos se fît sentir et que la somme de travail fût moindre. Il n'en a rien été et les bulletins de 1919 ne seront pas inférieurs aux précédents.

M. le Président rend hommage aux membres décédés dans l'année, entre autres à MM. Reynier, Demoulin et Toussaint, il souhaite la bienvenue aux quinze nouveaux élus qui portent à 50 le nombre actuel des membres titulaires qui, depuis la fondation de la Société, était resté à 35.

M. Souligoux, secrétaire annuel, fait un consciencieux compte rendu des travaux de la Société. Puis la parole est à M. Jean-Louis Faure qui, pendant une heure, nous a tenus sous le charme de l'élévation de sa pensée, de la grâce de sa poésie, en prononçant l'éloge du bon chirurgien, de l'excellent homme que fut Peyrot, fils d'un charpentier du Périgord, et qui s'est fait lui-même, qui a acquis par son travail et par son mérite les plus hauts grades de notre profession et qui, à la fin de sa vie, ayant quelque peu délaissé la chirurgie, a continué, comme sénateur, à rendre service à son pays.

M. le Président fait connaître les prix accordés par la Société :

La médaille Lannelongue et le prix de 5.000 francs qui l'accompagne sont accordés à M. Henri Gaudier (de Lille) pour ses travaux sur la réunion primitive des plaies de guerre.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(Séance du 7 janvier 1920)

Traumatisme cranien et tubercule cérébral. — M. Souques montre des pièces provenant d'une malade morte avec des signes de tumeur cérébrale. L'autopsie fit voir qu'il s'agissait d'un gros tubercule de la région pariétale droite. Or, dix ans auparavant, cette malade avait subi une violente contusion dans cette région ; il en était résulté une douleur locale qui n'avait jamais disparu depuis cette époque. Il semble logique d'attribuer à ce traumatisme un rôle localisateur et de penser que la contusion a pu faciliter l'arrêt et le développement de bacilles tuberculeux. On pourrait, il est vrai, soutenir qu'il ne s'agit là que d'une coïncidence. L'expérience de la guerre a prouvé que les plaies pénétrantes de poitrine ne favorisent pas le développement des tuberculoses locales. Mais il n'en est pas de même des contusions qui peuvent, dans certains cas, favoriser leur développement. Il s'agit de contusions dans le cas rapporté qui est intéressant par suite, tant du point de vue médico-légal que du point de vue théorique.

Hyperalbuminose énorme du liquide céphalo-rachidien dans un cas de coagulation massive. — MM. A. Souques et P. Lantuéjoul présentent un homme de vingt-sept ans avec un syndrome de la queue de cheval qui évolue depuis plus de six ans. La ponction faite entre la quatrième et la cinquième vertèbres lombaires a permis de recueillir un liquide xanthochromique, coagulant spontanément et contenant jusqu'à 2g75 de fibrine et 43 grammes d'albumine par litre. Ces chiffres, véritablement énormes, sont plus élevés que tous ceux constatés par les différents auteurs dans des cas analogues. Cette preuve clinique de la transformation en cavité close du cul-de-sac méningé a été d'ailleurs corroborée par une ponction faite entre la neuvième et la dixième dorsale qui a donné issue à du liquide céphalo-rachidien normal.

Syndrome bulbaire. — MM. Thomas et Jumentié présentent une femme atteinte d'un nystagmus intense, de maladresse des doigts de la main droite avec astéréognosie légère. Dans les territoires du trijumeau, du plexus cervical superficiel, des paires supérieures du plexus brachial existent des troubles de la sensibilité qui est diminuée à tous les modes. La face et les muscles moteurs des yeux sont intacts. On note l'existence d'un syndrome d'Avellès (hémiplégie palatine droite avec paralysie de la corde vocale du même côté).

Il y a trois ans cette malade a présenté un syndrome fébrile dit grippal qui a duré quinze jours. Elle eut à ce moment des vertiges et des sensations nauséeuses, de la céphalée et même une légère diplopie.

Considérations sur la nature des éléments cellulaires du liquide céphalo-rachidien dans un cas de sarcome fuso-cellulaire du cerveau. — MM. H. Dufour et G. Semelaigne. L'un des auteurs a été le premier en 1904 à déceler la présence de cellules à caractères spéciaux dans le liquide céphalo-rachidien chez un malade atteint de tumeur des centres nerveux. Depuis, des constatations de même espèce ont été faites par un certain nombre d'auteurs qui ont décrit des cellules cancéreuses trouvées dans la ponction lombaire au cours des cancers du cerveau. Aujourd'hui, MM. Dufour et Semelaigne apportent une pièce anatomique ayant trait à un cas de sarcome fuso-cellulaire de l'hémisphère droit. Les cellules néoplasiques sur les coupes de la tumeur sont constituées par des éléments allongés à noyau central. Or, dans le liquide céphalo-rachidien, à côté de polynucléaires et de lymphocytes, on trouve une quantité anormale de cellules du type arrondi, non allongé, avec gros noyaux se colorant bien et totalement différentes comme morphologie des cellules fuso-cellulaires constituant la tumeur. Il y a donc lieu, au cas de présomption de tumeur cérébrale, de tenir le plus grand compte de la présence d'éléments cellulaires anormaux dans le liquide céphalo-rachidien. Mais, ce serait aller au delà des faits que de vouloir systématiquement identifier ces cellules avec des éléments cancéreux.

Un cas de section totale de la moelle dorsale inférieure avec destruction complète du segment lombo-sacré. Etude anatomo-clinique. — M. J. Lhermitte rapporte un fait qui est la contre-partie de ceux qu'il a précédemment étudiés et dans lesquels il a montré que le segment spinal, libéré des centres supérieurs, pouvait reprendre une vie automatique.

Mais, dans certains cas, « la phase d'automatisme médullaire » fait défaut. Il faut en chercher la raison dans une

complication atteignant surtout, soit les nerfs périphériques, soit le segment spinal inférieur. C'est d'un fait de ce genre qu'il s'agit. Un blessé par balle présenta, aussitôt après le traumatisme, une paraplégie flasque avec aréflexie, amyotrophie, anidrose, etc. Pendant les neuf mois que dura la survie, le tableau clinique ne se modifia en rien. La mort survint par infection urinaire et cachexie. L'autopsie montra une section complète de la moelle avec destruction traumatique des douzième et onzième segments dorsaux; quant au segment lombo-sacré il était complètement ramolli, creusé de grandes cavités. M. Lhermitte insiste sur les faits suivants : 1° l'amyotrophie rapide avec abolition de l'excitabilité électrique et mécanique des muscles, l'aréflexie cutanée et tendineuse persistante ; 2° les troubles *subjectifs* de la sensibilité à type douloureux qui pourraient égarer le diagnostic ; 3° la restauration partielle des fonctions vésicales et rectales malgré la destruction des centres vésico-rectaux intraspinaux ; 4° l'anidrose de tout le territoire anesthésié contrastant avec la conservation du réflexe pilo-moteur dans ces territoires ; 5° le jeu normal des vaso-moteurs des membres inférieurs. Il est à noter que, chez ce blessé, dont l'état général demeura toujours très médiocre, on ne put retrouver aucune ébauche de restauration des fibres des cordons postérieurs analogue à celle que l'auteur a très souvent constatée chez les graves blessés de la moelle.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 17 JANVIER 1920)

L'hypotension artérielle minimum par dilatation aortique sénile sans insuffisance sigmoïdienne. — M. MOUGEOT (de Royat). Cette éventualité rare est rapportée par l'auteur à un processus d'involution sénile de l'aorte avec perte d'élasticité et laxité du système artériel sans adjonction de sclérose ni d'athérome. Elle infirme la théorie de l'hypertension « physiologique » du vieillard communément admise.

La présence simultanée du gentianose et du saccharose dans les espèces du genre Gentiana. — M. BRIDEL. On connaît cinq espèces du même genre renfermant ces deux sucres : *gentiana lutea L; asclepiadea L; punctata L; cruciata L; purpurea L.* La présence de ces deux sucres peut s'expliquer en s'appuyant sur les propriétés hydrolysantes et synthétisantes de la gentiobiase qui agit dans l'un ou l'autre sens suivant les conditions de milieu.

Excitation des nerfs par ouverture de courant continu. — MM. H. CARDOT et H. LAUGIER. Sous l'action de passages de courants continus, le seuil de l'excitation d'ouverture s'abaisse de façon considérable. Cet abaissement est temporaire.

Rétention du glucose dans les néphrites expérimentales. — M. GRIGAULT.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 9 JANVIER 1920)

Complication rare des fractures diacondyliennes du fémur et son traitement. — MM. CHAUVIN et VINON présentent un blessé, victime quelques mois auparavant d'un accident de travail. Le traumatisme initial qui avait causé une fracture diacondylienne du fémur n'avait été suivi d'aucun traitement scientifique et le blessé arriva dans le service du professeur Forgue absolument impotent. La marche était impossible, le blessé se déplaçant péniblement à l'aide de deux béquilles. La radiographie ayant montré que le fragment diaphysaire calait la rotule dont l'ascension était ainsi limitée, on intervint (professeur Forgue) sur l'articulation par incision pararotulienne, réséqua le segment diaphysaire formant buttoir. Guérison simple. La marche est actuellement possible à l'aide d'une canne. Cette complication des fractures de l'extrémité inférieure du fémur est rarement signalée. Sa thérapeutique est en somme simple et efficace.

Ostéosarcome du sternum. — MM. AIMES et ANTONIN communiquent un cas de sarcome du sternum. Enorme tumeur mesurant 18 centimètres de hauteur sur 26 centimètres de largeur, à début manubrien remontant à mars 1919. Son développement est absolument indolore. La malade, une jeune fille de quinze ans, se cachectise déjà et présente des quintes de toux rauque et profonde. Cachexie et énorme développement de la tumeur contre-indiquent toute tentative opératoire.

Les auteurs ont réuni 51 cas de tumeur maligne du sternum : les résultats opératoires immédiats sont bons, les résultats éloignés déplorables.

Scoliose essentielle et glandes à sécrétion interne. — M. ETIENNE. A propos d'une observation de scoliose essentielle, très améliorée par la gymnastique orthopédique, l'hygiène générale, les récalcifiants et l'opothérapie thyroïdienne, scoliose dont l'hyperconection est poursuivie actuellement à l'aide du corset plâtré, l'auteur esquisse la pathogénie probable des déformations dites essentielles des adolescents, en s'appuyant sur des faits cliniques, expérimentaux et anatomiques.

Les glandes à sécrétions internes joueraient un rôle primordial par suite d'une déficience dans leur action nutritive et antitonique qu'elles soient en hypofonctionnement par hypoplasie congénitale ou par atteinte toxique ou infectieuse. Dans ce dernier cas l'action de l'infection ou de l'intoxication s'ajouterait à celle qui serait due au mauvais fonctionnement des glandes endocrines, et s'exercerait avec celle-ci sur tous les tissus de l'organisme, donc au point de vue locomoteur sur les os, les muscles, les ligaments, les vaisseaux et les nerfs.

Hémiplégie ischémique et facial supérieur. — M. G. GIRAUD rapporte deux cas d'hémiplégie immédiate croisée, avec paralysie totale du facial supérieur correspondant, par blessure des vaisseaux jugulo-carotidiens. Ce sont des constatations faites sur le terrain ou dans les postes avancés qui n'ont pas permis la vérification nécropsique.

Il semble logique de rapporter ces deux faits d'hémiplégie à l'ischémie hémisphérique entraînée par la blessure : les hémiplégies par trombose ou par embolie, infiniment plus fréquentes après blessure de ces vaisseaux ou ligature d'anévrismes jugulo-carotidiens, n'ont pas ce caractère immédiat.

Ce mécanisme est rare et relève en général de l'insuffisance anatomique des systèmes anastomotiques aggravée par la chute de la tension sanguine.

Si l'on admet l'unilatéralité respective des centres de chacun des nerfs faciaux droit et gauche, on s'explique l'inhibition totale du facial correspondant. Elle est plus délicate dans le cas contraire, car la loi des synergies de Broadbent-Charcot est ici en défaut.

Mythomanie et port illégal d'insigne. — MM. J. EUZIÈRE et J. MARGAROT.

Asthénie postcommotionnelle chez des syphilitiques anciens. — M. BOUDET, à propos du procès-verbal, revient sur la communication de MM. Euzières et Margarot et rapporte trois observations de neurasthénie posttraumatique chez des syphilitiques rapidement améliorés par le traitement arsenical. Il pense que la syphilis crée un état spécial du système nerveux qui le rend plus vulnérable quelle que soit l'affection qui doit l'atteindre.

Sur un cas d'inversion du vagin apparue après une hystérectomie vaginale pour prolapsus de l'utérus. — M. DE ROUVILLE. Dans le compte rendu de la communication de

M. de Rouville dans la séance du 12 décembre, il s'est glissé une erreur qu'il faut rectifier ainsi : M. de Rouville, loin de considérer l'hystérectomie comme la cause de l'inversion du vagin, a dit en réalité : « Nous sommes tous d'accord pour innocenter l'hystérectomie; le prolapsus continue après et malgré l'hystérectomie, ce qui démontre l'insuffisance de cette dernière dans la cure du prolapsus. »

PRATIQUE MÉDICALE

TRAITEMENT RAPIDE DE LA BLENNORRAGIE

Par le docteur BUSSON,
Assistant d'urologie à l'hôpital Lariboisière.

Le traitement rapide de la blennorragie est d'un grand intérêt en raison des circonstances urgentes qui peuvent se présenter et dont l'observation suivante fournit un exemple remarquable.

R. J..., trente-quatre ans. Le malade vient me consulter le 5 mai 1919 pour un suintement urétral dont il a constaté la réapparition alors qu'il est sur le point de se marier (le mariage est fixé au 5 juin et ne peut être différé). Je fais les plus grandes réserves sur la possibilité de guérison en un si court délai. Devant l'insistance du malade, je procède à un examen complet.

Antécédents. — Première blennorragie en 1909 compliquée de prostatite chronique soignée par le docteur Janet, guérison apparente. En 1915, nouvel écoulement (récidive probable) mal soigné à Salonique.

Examen. — Simple suintement urétral. A l'épreuve des trois verres le premier seul contient des filaments.

Urètre à spasme intense empêchant tout passage d'instruments. Après cocaïnisation, on arrive à passer un béniqué 26 correspondant à bougie Charrière 13.

Examen microscopique. — Diplocoques peu abondants; quelques gonocoques typiques.

Traitement. — Je fais immédiatement un grand lavage au permanganate à 1/8.000 et je conseille d'ici à la prochaine séance de petits lavages de l'urètre antérieur au permanganate de même titre.

7 mai. Le malade a mal supporté le permanganate; méat œdémateux, douleurs intenses, urètre très enflammé. Cessation des lavages.

8 mai. Exploration impossible. J'instille environ 1 centimètre cube d'*Iodargol* dans l'urètre antérieur.

10 mai. Le malade revient ayant pris un grand bain avant la consultation. Suppositoires belladone-ichtyol une heure et demie avant l'examen. Anesthésie de l'urètre antérieur par la cocaïne à 1/100. Je parviens à passer un explorateur n° 15. Ressaut très net, prouvant l'existence d'un rétrécissement de la portion bulbaire de l'urètre. Dilatation, bougies 15 et 16; instillation de 2 centimètres cubes d'*Iodargol* conservée dix minutes.

12 mai. Bougies 16-18. *Iodargol*, 2 centimètres cubes.

14 mai. Bougies 18-20; *Iodargol*, 2 centimètres cubes.

17 mai. Bougies 21-22; *Iodargol*, 2 centimètres cubes.

20 mai. Bougie 22; on passe un 44 béniqué; examen des filaments, pas de gonocoques.

21 mai. Plus de suintement. En présence de cette guérison apparente, j'envoie le malade, le 22 mai, au laboratoire de M. Aureille, chef de laboratoire du professeur Marion, qui résume ainsi le résultat de son examen :

Pas de gonocoques types décelables ni à l'examen direct ni en cultures. Quelques filaments encore douteux dans l'urètre antérieur.

Le malade est revu le 26 mai et ne présente plus rien. J'autorise donc le mariage, mais invite cependant R. J... à revenir me voir avant le 2 juin si quelque fait nouveau vient à se produire. Il promet, en outre, de revenir me voir au retour de son voyage de noces et six mois après. Par surcroît de précautions, je lui ai conseillé la miction avant les rapports et une injection vaginale *post coïtum* à la jeune femme dans les premiers temps du mariage.

J'ajoute que le malade a tenu sa promesse et s'est présenté, en octobre dernier, à mon cabinet, et j'ai pu constater, avec satisfaction, la guérison complète de mon client.

La rapidité remarquable de cette guérison ne peut manquer d'attirer l'attention sur les services que l'*Iodargol* (iode colloïdal) est appelé à rendre dans des cas urgents similaires.

LIVRES NOUVEAUX

L'Ecole de plein air et l'école au soleil (1), par P. ARMAND-DELILLE et WAPLER.

L'héliothérapie a été connue de tout temps. Mais ce n'est que récemment que les médecins de l'école lyonnaise, Ollier et Poncet à la suite de Bonnet, en ont codifié l'emploi et montré tout ce que l'on pouvait en attendre dans la cure des tuberculoses chirurgicales. Après eux, Rollier (de Leysin), partant de cette conception absolument logique que la tuberculose demande toujours un traitement général qui renforce l'organisme, a montré que l'action du soleil ne doit pas porter seulement sur la région malade, mais que toute la surface du corps doit bénéficier du bain de soleil. Exposant progressivement ses malades jusqu'à les laisser cinq et six heures complètement nus sous l'action bienfaisante des rayons solaires, il a obtenu des cures merveilleuses, et des guérisons, non seulement d'adénopathies, de péritonites, mais même de tuberculose des jointures où, au lieu d'avoir une ankylose, il y a restitution des mouvements normaux de l'articulation. En même temps il observait une transformation complète de l'aspect du malade. Partant de ces données, Rollier en est arrivé à employer l'action du soleil comme un moyen prophylactique de la tuberculose chez des enfants anémiés et prédisposés. Les effets obtenus ont été tels que, de toute part, on a cherché à les reproduire. C'est ainsi que M. Armand-Delille a organisé, à Monnetier, un établissement où il ne s'est pas seulement contenté de soigner les enfants, mais il a songé aussi à leur instruction, si négligée en raison des circonstances, et il a installé une école de plein air. Les bambins partaient dès huit heures du matin, vêtus d'un simple caleçon, leur pupitre sur le dos, et, guidés par le maître, allaient choisir, en plein champ ou dans les bois, l'endroit le plus propice. Après une séance de gymnastique respiratoire, ils déployaient les pupitres et la classe commençait, d'ailleurs coupée de nombreuses récréations où ils ne se privaient pas de s'ébattre sur l'herbe odorante des prés voisins. Au bout de quelques semaines, ils avaient engraissé, et, surtout, leur état général s'était miraculeusement transformé. « Résultats splendides », dit justement M. Méry dans sa flatteuse préface, dont rendent bien compte d'amusantes photographies et qui expliquent pourquoi la brochure a été publiée par le Comité national d'Education publique et d'Hygiène sociale, avec le concours du Comité franco-américain des enfants rapatriés des régions envahies (Evian).

Que mon ami Armand-Delille me permette, après lui avoir décerné les éloges que méritent sa foi d'apôtre et son ardeur pour le bien des tout-petits, de lui rappeler, pour le jour où il fera paraître un ouvrage d'ensemble sur l'héliothérapie, que celui qui en a parlé le premier, et le plus éloquemment, est un Français qui, d'ailleurs, n'était pas médecin. Dans son ouvrage sur *La Mer*, Michelet rappelle les adages de Russell pour qui « il faut vêtir très peu l'enfant, le *tenir toujours en*

(1) Paris, Maloine et fils, édit.

contact avec l'air. De l'*air*, de l'eau, rien de plus. » Il mentionne qu'un « sage médecin de ses amis envoyaient ses clients blafards de Paris, de Lyon, *prendre des bains de soleil* ». Il parle de « la délicate poitrine qui respirait dans une chambre et qui, tout à coup, se trouve en cette chambre de l'univers, au *soleil*, au grand vent ». Et, dans la *Vita Nuova des Nations*, il analyse, avec émotion, une brochure qu'il a reçue de Florence. « En regard du titre, je vois le portrait de deux enfants, l'un mort et l'autre mourant. L'auteur est le médecin qui avait tellement pris à cœur ses petits malades, pauvres enfants inconnus, qu'il a voulu écrire sa douleur et ses regrets.

Le premier, de sept à huit ans, de fine et austère noblesse, dans l'amertume, ce semble, d'un grand destin inachevé, a sur l'oreiller une fleur. Sa mère, trop pauvre pour lui donner autre chose, lui en apportait en venant le voir; il les gardait avec tant de soin, tant de religion, qu'on lui a laissé celle-ci.

L'autre, plus petit, dans la grâce attendrissante de son âge, visiblement va mourir, ses yeux flottent dans le dernier rêve. « Ces enfants ne seraient pas morts si *on avait pu les envoyer à la mer.* »

Voilà un homme bien habile! Il a pris le cœur. Tout suivra. Les hommes sont attentifs, touchés, les dames en pleurs. Elles prient, elles veulent, elles exigent. On ne peut rien leur refuser. Sans attendre le gouvernement, une libre société fondé sur le champ les *Bains d'enfants* à Viareggio ».

C'est le docteur Barellay qui a rédigé cette émouvante brochure sur *Ospizi Marini*. A son sujet, Lortet (de Lyon) écrit à Michelet : « Pour les enfants étiolés, j'ai obtenu de bons résultats d'une *exposition prolongée au soleil* (une lumière vive, excitante). Il faudrait une plage méditerranéenne pour que l'enfant *y vécût nu, n'ayant que la tête couverte et le caleçon.* » Ajoutons qu'elle est également extraite de *La Mer*, la citation si poétique que M. Armand-Delille a mise en tête de sa jolie et utile brochure. « Oui, l'enfant est une fleur humaine qui a besoin de soleil! » Oui, la lumière est indispensable, et les portes des ténèbres ne prévaudront point contre elle...

L. BABONNEIX.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'AVANCEMENT DES MÉDECINS DE COMPLÉMENT

L'article 11 du décret du 22 mai 1909 est complété comme suit :

« Pour le décompte du temps de service exigé pour l'avancement des médecins et pharmaciens et des officiers d'administration du Service de santé de réserve et de l'armée territoriale, le temps passé en activité de services, par suite de mobilisation générale ou partielle, sera compté pour le double de sa durée, sans toutefois que le temps de service à accomplir puisse être inférieur à celui fixé pour la promotion au grade supérieur des officiers de l'armée active du même grade.

Si le temps de service accompli dans les conditions indiquées ci-dessus est inférieur à une année, il tiendra lieu d'une des périodes exigées pour l'avancement; si ce temps de service dépasse une année, il remplacera deux de ces périodes; si, enfin, il est supérieur à deux années, il tiendra lieu de trois périodes.

Lorsque des officiers de complément du Service de santé seront appelés ou autorisés à servir dans un corps en campagne ou dans une expédition coloniale, le temps de service qu'ils auront accompli en activité leur sera décompté comme il est dit ci-dessus. »

COURS ET CONFÉRENCES

HOPITAL BEAUJON. — COURS DE CHIRURGIE D'URGENCE, en 40 leçons, du 6 février au 20 mars, par MM. Michon (voies urinaires) et Savariaud (chirurgie générale).

Ce cours aura lieu tous les jours, de six heures à sept heures du soir. Il comprendra 20 leçons théoriques et 20 leçons pratiques.

Les droits d'inscription pour les 40 leçons sont de 200 francs.

Prière d'en adresser le montant, en s'inscrivant, soit au docteur Savariaud, 31, rue Marbeuf, soit au docteur Michon, 37, rue Vaneau.

Des places gratuites seront réservées à MM. les internes et externes des hôpitaux qui sont priés de s'inscrire à l'avance et de se munir de pièces d'identité.

LABORATOIRE DE BACTÉRIOLOGIE. — M. le professeur Fernand Besançon et M. André Philibert commenceront, le mardi 27 janvier 1920, à deux heures, au laboratoire de bactériologie, un cours complémentaire d'enseignement supérieur en quinze leçons portant sur le bacille tuberculeux et l'étude bactériologique de la tuberculose, et le continueront les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Le cours sera public; il sera suivi de travaux pratiques facultatifs pour lesquels les droits à verser sont de 60 francs.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

Une série de travaux pratiques de bactériologie facultatifs en trente-cinq séances commencera le mardi 20 avril 1920.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX DE PARIS. — CHIRURGIE GÉNÉRALE ET GYNÉCOLOGIE. — M. Arrou (Hôpital de la Pitié) : Jeudi de 9 h. 1/2 à midi, opérations. Lundi et vendredi, examen des malades.

M. Michon (Hôpital Beaujon) : Chirurgie et urologie. Lundi et jeudi à 9 h. 1/2, examen des malades.

M. Robineau (Hôpital Necker) : Lundi, mercredi et vendredi à 9 heures, examen des malades. Mardi, jeudi et samedi, à 8 h. 1/2, opérations. Dimanche à 9 h. 1/2, leçon de clinique chirurgicale.

M. Souligoux (Hôpital de la Charité) : Mercredi et samedi à 9 heures, leçons cliniques et exercices au lit du malade.

MÉDECINE INFANTILE. — M. Armand-Delille (Hôpital Bretonneau) : le jeudi, à 10 h. 1/2, leçons sur les tuberculoses infantiles.

M. Renault (Hôpital Saint-Louis) (Annexe Grancher) : Le samedi à 10 h. 1/2, conférences d'hygiène et de clinique infantiles.

M. Variot (Hôpital des Enfants-Assistés) : Tous les matins, à 10 heures, visite dans les crèches et nourriceries.

Institut de puériculture. Les conférences seront annoncées ultérieurement.

DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE. — M. Hudelo (Hôpital Saint-Louis) (Pavillon Bazin) : Les lundi, mardi, mercredi, vendredi et samedi à 9 heures, policlinique dermato-syphiligraphique. Examen des malades et traitement.

OPHTALMOLOGIE. — M. Poulard (Hôpital des Enfants-Malades) : Enseignement clinique, tous les matins, à 9 heures, au lit du malade, conférences de pratique ophtalmologique; les lundi, mercredi, vendredi, à 15 heures, au service d'ophtalmologie.

GYNÉCOLOGIE MÉDICALE. — M. Dalché (Hôtel-Dieu) : Lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures.

M. Siredey (Hôpital Saint-Antoine) : Les mardi, jeudi, samedi, de 9 heures à 11 heures, consultation. Le mercredi, à 10 h. 1/2, conférence de gynécologie médicale, salle Bichat.

ACCOUCHEMENTS. — MM. Rudaux et Le Lorier (Maternité de Boucicaut) : Les mardi et samedi, à 10 heures, leçon de pratique obstétricale. Le jeudi, à 11 heures, consultation de nourrissons.

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 10. — MARDI 27 & JEUDI 29 JANV. 1920. 93e ANNÉE. MARDI 27 & JEUDI 29 JANV. 1920. — N° 10.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 15 francs par an. Étudiants étrangers, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 6 fr. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

A LA MÉMOIRE DES MÉDECINS, PHARMACIENS ET ÉTUDIANTS MORTS POUR LA PATRIE. — Après les belles et émouvantes cérémonies religieuses de Notre-Dame, du Temple de l'Oratoire et de la Synagogue, la commémoration solennelle que souhaitaient depuis si longtemps tous les médecins a eu lieu, dimanche à la Sorbonne, en présence du chef de l'Etat et sous la présidence de M. J.-L. Breton, ministre de l'hygiène sociale.

Autour du président de l'Association générale des médecins de France, à qui nous sommes redevables de cette grandiose manifestation, avaient pris place MM. Mourier, ancien sous-secrétaire d'Etat du Service de santé; le général Pau, président du Comité de la Croix-Rouge française; le sénateur Chauveau, président du Groupe médical interparlementaire; le docteur François, député de la Moselle; les représentants des puissances alliées; MM. de Tastes, représentant le Conseil municipal de Paris; Dausset, président du Conseil général de la Seine; Autrand, préfet de la Seine; Raux, préfet de police; le docteur Richelot, vice-président de l'Académie de médecine; le professeur Roger, doyen de la Faculté de médecine de Paris; M. Thumann, président de la Chambre des pharmaciens d'Alsace-Lorraine et de nombreuses personnalités scientifiques.

M. le docteur Bellencontre, président de l'Association générale des médecins de France, prit le premier la parole pour remercier tous ceux qui, par leur présence, ont voulu s'associer à la glorification de la mémoire des membres du Corps médico-pharmaceutique qui sont tombés au champ d'honneur pour que nos frères d'Alsace-Lorraine puissent revenir à la mère patrie.

Dans les termes les plus heureux, il exprima au grand absent, notre cher et illustre confrère Georges Clemenceau, les sentiments de reconnaissance et d'affection respectueuse que lui gardent fidèlement les médecins de France.

Il montra ensuite le médecin accomplissant toujours son devoir, que ce soit dans la glaise des tranchées, ou dans l'hôpital d'évacuation, ou dans les formations de l'arrière, et il termina son beau discours par ces mots : « Vous qui dormez sous des tertres que le temps commence à niveler ou dont les cendres éparses sont mêlées au sol chaotique des champs de bataille, vous qui, en passant des prisons allemandes dans l'empire des ombres, n'avez fait que changer de tombeau, vous ne demandez ni larmes, ni pitié, mais vous voulez qu'on se souvienne.

En présence de vos veuves, de vos enfants, de vos frères d'armes, de vos amis, devant les hauts dignitaires de l'Etat, de l'Eglise, de la science, fiers de vous faire aujourd'hui une garde d'honneur, héros et martyrs du Corps de santé, nous vous saluons très bas, avec respect.

Nous vénérons votre mémoire, car vous aussi, tout à votre idéal de patriotisme et d'humanité, vous alliez, suivant la belle image du grand orateur, les mains dans le sang et la tête dans le Ciel. »

M. Loisel, président de l'Association générale des syndicats pharmaceutiques de France, montre à son tour les pharmaciens, brancardiers, hygiénistes, chimistes, etc., collaborateurs des médecins dans les ambulances et hôpitaux, puis dans les laboratoires, et rappelle que c'est aux pharmaciens que fut attribuée la mission d'enseigner et de propager l'usage du masque protecteur.

M. le docteur Kleinknecht, le distingué chirurgien de Mulhouse, prit la parole au nom des médecins alsaciens-lorrains et après avoir rappelé l'héroïsme du corps médical et pharmaceutique exprime la joie des Alsaciens-Lorrains d'être enfin redevenus Français.

C'est aux docteurs, aux praticiens, pénétrant dans toutes les familles qu'il appartiendra désormais d'aider les populations trop longtemps opprimées d'effacer de leur souvenir les résultats néfastes du joug prussien.

C'est également la même idée qui guide M. Thumann, prési-

dent de la Chambre des Pharmaciens d'Alsace-Lorraine. Il a terminé son allocution par cette phrase vibrante de patriotisme : « Si jamais la France appelle ses enfants pour la défense de son droit et de son honneur, l'Alsace qui, aujourd'hui, monte la garde au Rhin et la Lorraine, se trouveront réunies, dans un même élan d'amour de la patrie, combattant sous nos trois couleurs, pour être dignes de ceux que nous glorifions aujourd'hui, et pour témoigner devant le monde entier de l'inaltérable attachement de l'Alsace et de la Lorraine à la patrie française bien aimée. »

M. le médecin inspecteur général Toubert, représentant la direction du Service de santé, montra ce que furent les médecins qui, par leur abnégation et leur dévouement, ont permis de récupérer dans le minimum de temps possible un nombre considérable de soldats blessés.

M. le professeur Henri Roger, doyen de la Faculté de Médecine de Paris, s'est attaché à faire ressortir le dévouement des étudiants qui n'occupaient qu'une place modeste au bas de la hiérarchie militaire, mais qui se sont élevés au sommet de l'héroïsme et ont payé un large tribut à la mort.

Il rappelle que la Faculté a fait appel à tous les groupements médicaux pour élever un monument qui perpétuera le souvenir de nos morts, en même temps qu'il sera le symbole de notre union fraternelle, union indispensable pour assurer la suprématie de la médecine française dans le monde.

Enfin, M. J.-L. Breton, ministre de l'Hygiène sociale qui a tenu à venir présider cette glorification de nos morts, déclare que si le corps médical s'est montré à la hauteur de sa tâche pour défendre le sol de la patrie menacée, il lui appartient maintenant de collaborer avec les Pouvoirs publics pour lutter contre les fléaux qui amoindrissent et diminuent la race française.

Pour clore cette belle manifestation Mlle M. Roch, de la Comédie-Française, a dit un poème de M. le professeur Charles Richet : « Morts pour l'humanité ».

Auparavant Mmes Dubost, Rémo-Nelsen, Edith Mason et MM. Paty (de l'Opéra), André Gilly, Richard, Barthélemy et Paul Mas avaient apporté le concours gracieux de leur beau talent et la musique de la Garde républicaine s'était fait entendre à diverses reprises.

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 23 janvier. — MM. Bénard et Gougerot, 16.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Lecture des copies.* — *Pathologie.* — Séance du 23 janvier. — MM. Blanchet, 9; Longepierre, 8; Piot et Vesselle, 10; Dubois (René), 12; Lougnon, 7; Florand, 10; Auvigne, 14; Wickham (Yves), 8; Lepelletier, 7.

Séance du 24 janvier. — MM. Cornet, 14; Niel, Cocault-Duverger et Verger, 10; Ducrohet, 11; Gambillard, 12; Lestocquoy et Jousseaume, 11; Bourdier, 13; Lautman, 11.

Anatomie. — Séance du 25 janvier. — MM. Dufestel, 10; Le Rasle, 12; Mérot, 11; Ortodoxu, 10; Huet (Pierre), 14; Demerliac, 9; Parat, 8; Marchant, 13; Andral, 11; Boyau, 12.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 23 janvier. — Question donnée : « Hémoptysies. »

MM. Mabit, 11; Jivanovitch, 13; Lenfantin, 15; Machavoine, 17; Lavieille, 12; Le Voyer, 16; Lumière, 16 1/2; Levassor, 15; Penther, 11; de Lorgeril, 14; Leplat (Georges), 16; Lemoine (Robert), 15; Leyrat, 12; Maduro, 18; Lacombe, 15; Lemonnier, 18; Laurain, 11; Lejard, 13; Marchand, 16; Lehmann (Jacques), 15.

Séance du 25 janvier. — Question donnée : « Symptômes et diagnostic de la colique hépatique. »

MM. Kollitch et Jean dit Aman, 13; Kalt, 18 1/2; Lescure et Jossand, 13; Jamet, 11; Longnon, 12; Lamaze, 13; Loubeyre, 15; Jacquinet, 14; Lindegger et Marcovici, 17; Lepaumier, 16; Le Grand et Lorion, 15; Mahieu, 16 1/2; Laquière, 17; Le Clerc, 14.

Anatomie. — Séance du 24 janvier. — Question donnée : « Configuration extérieure et rapports de la vessie chez l'homme. »

MM. Cailleux, 7; Berson, 14; Canouet, 10; Bouessée, 15; Calbet, 12; Breton et Azalbert, 11; Bazouge, 17; Busser, 16; Auclair, 12; Cardot, 10; Boutroux et Cachera, 13; Buisson, 16; Azam, 9; Brunet, 6; Beynes, 13; Blum (Gaston), 16 1/2; Béguin, 14.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — PRIX DE THÈSES (année scolaire 1918-1919). — *Médailles d'argent.* — MM. Leblanc, Chome, Galland, François, Renauld, Michaud, Barthélemy, Nadal, Bollack, Maurer, de Fabias, Hufnagel, Tretiakoff, Gatellier, Godlewski, Belloir, Houlebrt, Imbert, Mmes Boudeville, Jacquelin, Françon.

Médailles de bronze. — MM. Gosselin, Deffins, Wilmoth, Muller, Dumont, Garcin, Vielle, Tribout, Bonnet, Taburet, Parturier, Thoyer, Colaneri, Ribetou, Wolfromm, Gouverneur, Desgranges.

Mentions. — MM. Morange, Picard, Roussillon, Dekester, Cleisz, Delotte, Madier, Habibollah-Khan, David, Goret, Mérigot de Treigny, Vigot, Luneau, Guelfucci, Cambessedes, Liacre, Gillard, Mioche, Miegeville, Escudié, Duroselle.

LA DIRECTION DU SERVICE DE SANTÉ AU MINISTÈRE DE LA GUERRE. — A la suite de la suppression du sous-secrétariat d'Etat du Service de santé, le ministre de la Guerre vient de rétablir la direction du Service de santé au ministère de la Guerre et de nommer M. le médecin inspecteur général Toubert, directeur du Service de santé.

LES ANCIENNES INFIRMIÈRES DU FRONT. — On sait quel dévouement déployèrent les infirmières de la guerre et quelle vaillance montrèrent notamment celles qui accomplirent leur mission dans la zone des armées.

Mêlées aux épreuves des combattants, à leur poste dans les formations proches de la ligne de feu ou dans les villes constamment bombardées, elles attestèrent devant les périls leur abnégation et leur esprit de sacrifice.

L'état définitif de paix a dispersé ces femmes de devoir et de courage.

Pour maintenir la camaraderie des jours de danger, pour relever les états de service, pour conserver les liens de solidarité et particulièrement dans un but d'entr'aide, une association vient de se constituer : « L'Association amicale des anciennes infirmières du front ».

Son comité de patronage est ainsi constitué :

Les généraux Berdoulat, gouverneur militaire de Paris, de Maud'huy et Malleterre; M. Debierre, sénateur; M. Honnorat, ministre de l'Instruction publique; MM. Chassaigne-Goyon, Maginot, de Grandmaison, députés; MM. Boutroux, Brieux, de l'Académie française; MM. les professeurs Roux, directeur de l'Institut Pasteur; Tuffier, Gosset, Pierre Delbet, Pierre Duval; Mme la baronne Henri de Rothschild.

L'Association a pour président M. Maurice Bernard, l'éminent avocat.

L'œuvre a son siège, 21, rue Tronchet, où les adhésions peuvent être adressées à la secrétaire générale.

L'Association serait très reconnaissante à MM. les docteurs de s'intéresser à l'œuvre et, le cas échéant, de réserver les emplois dont ils pourraient disposer aux « anciennes infirmières du front ». Leurs états de service disent leur valeur professionnelle.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Paul Gallerand (de Marseille), Lafond-Grellety (de Bordeaux), Antoine Roger, médecin-major de deuxième classe; M. Emile Baillière, éditeur médical à Paris (nous adressons à son neveu, le docteur Georges Baillière, l'expression de nos très sincères condoléances); M. Alfred Catillon, ancien président de la Chambre syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques de Paris.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — CONFÉRENCES DE CLINIQUE CHIRURGICALE. — M. Mauclaire, agrégé, fera, le premier et le troisième jeudi de chaque mois, à partir du jeudi 5 février 1920, à dix heures, à l'hôpital de la Pitié, une leçon de chirurgie orthopédique chez l'adulte.

Consultation orthopédique les lundis et vendredis, à neuf heures, salle Lisfranc.

LE SYNDROME NÉOPLASIQUE QUADRIGÉMINAL

RAPPORTS DES TUMEURS DES TUBERCULES QUADRIJUMEAUX AVEC LES TRAUMATISMES

Par le docteur J. LHERMITTE.

Parmi les régions de l'encéphale dont les fonctions demeurent, malgré les nombreuses recherches dont elles furent l'objet, d'une impénétrable obscurité, on peut sans nul doute compter la région des tubercules quadrijumeaux.

En effet, les différents attributs fonctionnels que la physiologie, à la suite des recherches de Serres, Cayrade, Goltz, Kohts, Ferrier, Prus, Bechterew, avait dévolus aux tubercules quadrijumeaux n'ont pu résister au contrôle d'une plus rigoureuse expérimentation et ont dû être successivement rejetés. Avec MM. David Ferrier et A. Turner, on en est arrivé à conclure que, au moins chez le singe, la destruction limitée des tubercules quadrijumeaux ne donnait lieu à aucun phénomène permanent et que, si certains désordres persistent, ceux-ci trouvent leur raison non pas dans l'altération quadrigéminale mais dans la lésion des faisceaux nerveux sous-jacents.

En effet, si l'anatomie normale et pathologique des tubercules quadrijumeaux est très loin d'être épuisée et si elle ne nous a guère apporté d'éclaircissements sur les fonctions de ces organes, du moins nous savons qu'à leur partie centrale siègent des centres moteurs importants et cheminent des faisceaux dont nous connaissons assez exactement la nature et le rôle physiologique. Nous faisons allusion ici aux noyaux moteurs de l'œil, particulièrement à celui de la 3e paire, aux faisceaux cérébelleux supérieurs, au faisceau longitudinal postérieur, grande voie d'association interneuronique des noyaux oculomoteurs, enfin aux rubans de Reil médian, voie de la sensibilité générale, et latéral, voie de la sensibilité acoustique; en dernier lieu aux faisceaux pyramidaux par où s'écoule l'influx moteur dit « volontaire ».

Une lésion destructive quelconque, foyer d'hémorragie ou de ramollissement, une altération néoplasique d'ordre infectieux comme une gomme syphilitique ou un tubercule déterminent presque fatalement, on le comprend sans peine, des modifications fonctionnelles ou destructives des centres et des faisceaux que nous venons de rappeler et chargent le tableau clinique de traits étrangers voilant ainsi la symptomatologie quadrigéminale si tant est qu'elle existe, ce qui à l'heure actuelle n'est pas démontré.

Aussi bien, n'est-ce pas à la définition même du syndrome quadrigéminal que nous voulons nous attacher, trop d'éléments nous font défaut, mais seulement, à la question de savoir s'il est possible, en clinique, de dépister et d'identifier les processus néoplasiques qui se développent dans les tubercules quadrijumeaux.

* * *

Encore qu'elle puisse le paraître aux esprits peu familiarisés avec la neurologie, cette question est loin d'être dépourvue d'intérêt pratique car, précisément, l'expérience montre que le développement des tumeurs dans la région quadrigéminale est loin d'être très exceptionnel. Il nous serait facile d'en citer de nombreux exemples.

On ne saurait être surpris que l'éclosion et l'extension d'un processus néoplasique, dans la région des tubercules quadrijumeaux, déterminent l'apparition d'un appareil symptomatique assez complexe en raison des rapports anatomiques de cette région de l'encéphale avec les voies motrices, sensitives, sensorielles, cérébelleuses, entre autres, et la difficulté consiste précisément à définir les signes cliniques qui, par leur fréquence et leurs caractères, forment si l'on veut le *noyau* du syndrome des néoplasies quadrigéminales.

De nombreux auteurs s'y sont essayé avant nous et Nothnagel (1), von Monakow (2), Nissen (3), Raymond (4), en particulier, ont publié sur ce sujet de fort importants travaux sans toutefois que le problème soit résolu.

Une courte incursion dans le domaine historique des néoplasies quadrigéminales suffira, croyons-nous, à faire apparaître l'inconsistance, la variété du « syndrome quadrigéminal » et le flou dont il s'entoure.

Dans le premier travail consacré à l'étude des localisations fonctionnelles des tubercules quadrijumeaux, Nothnagel conclut ainsi : « Il est possible, probable même, en tenant compte des résultats expérimentaux de la physiologie que les lésions des tubercules quadrijumeaux, en particulier de leur paire antérieure, produisent des troubles de l'équilibration ou de la coordination, mais les enseignements de la pathologie dont nous disposons jusqu'à ce jour chez l'homme ne fournissent aucune preuve imposant cette manière de voir. » Et plus loin : « La lésion de la paire antérieure procède presque constamment en diminuant l'acuité visuelle ou en déterminant la cécité. » « Les lésions de la paire postérieure peuvent entraîner une paralysie ou une parésie du nerf oculomoteur commun. On ne saurait émettre rien de précis sur l'état des pupilles; mais il semble que, dans les lésions de la paire antérieure, la réaction des pupilles soit supprimée. »

Dans une étude ultérieure sur la question qui nous occupe, Nothnagel modifia sensiblement ses conclusions précédentes et admit que le diagnostic d'une lésion quadrigéminale reposait sur la constatation des symptômes suivants : 1° une démarche titubante identique à celle de « l'ataxie cérébelleuse »; 2° une ophtalmoplégie bilatérale mais non symétrique.

A ces phénomènes ophtalmoplégiques et ataxo-cérébelleux, M. Weinland puis M. Siebenmann ajoutèrent les troubles de l'audition et certains auteurs,

---

(1) NOTHNAGEL. *Traité clinique du diagnostic des maladies de l'encéphale*, 1885, p. 178, et The Diagnosis of disease of the corpora quadrigemina, *Brain*, 1889.

(2) VON MONAKOW. Gehirnpathologie, *Vierhügel*, p. 978.

(3) NISSEN. Zur klinik der Tumoren von Vierhügelgegen, *Jahr. f. Kind.*, t. LIV, h. 5 et 6.

(4) RAYMOND. *Clinique des maladies du système nerveux*, 3e et 5e séries.

à l'exemple de M. Redlich (1), décrivent comme « syndrome de Nothnagel » la triade symptomatique dont les éléments nécessaires consistent dans les paralysies oculaires, l'incoordination, les troubles de l'audition.

Le tableau clinique si nettement défini par Nothnagel ne devait pas longtemps résister à la critique, car la réalité des faits ne s'accordait que très insuffisamment avec la conception du neurologiste d'Iéna. Chez un malade observé par M. Nissen, les deux signes considérés par Nothnagel comme pathognomoniques faisaient défaut et l'autopsie vint démontrer cependant l'existence d'une tumeur limitée rigoureusement aux tubercules quadrijumeaux.

Reprenant un à un les différents symptômes attribués par de nombreux auteurs à la localisation des néoplasies à la région quadrigéminale, et les soumettant à une rigoureuse analyse, M. von Monakow s'efforça de montrer qu'il n'en est aucun de caractéristique. Selon M. von Monakow la lésion des tubercules quadrijumeaux antérieurs ne détermine que peu de troubles de la vue : les modifications pupillaires sont plus fréquentes et aussi plus particulières; lorsque la lésion intéresse gravement les tubercules antérieurs, les pupilles sont dilatées et réagissent imparfaitement à la lumière et à l'accommodation. Toutefois ces phénomènes sont loin d'être constants et pathognomoniques, ajoute von Monakow, car ni M. Levinsohn ni MM. Ferrier et Turner n'ont pu obtenir chez le chat ou le singe aucune modification de la réflectivité pupillaire par l'ablation de la paire antérieure des tubercules quadrijumeaux et, dans un fait rapporté par MM. Weinland et Ilberg, il n'existait aucun trouble pupillaire. Les paralysies oculaires semblent à M. von Monakow plus fréquentes que les modifications des pupilles bien que, cependant, elles puissent faire complètement défaut dans les lésions strictement limitées à la région quadrigéminale. Si, le plus souvent, l'ophtalmoplégie est bilatérale et se caractérise par l'impossibilité de l'excursion des globes oculaires en haut et en bas, néanmoins dans les lésions ne dépassant pas un tubercule, la paralysie peut n'affecter que le bulbe oculaire correspondant au tubercule antérieur lésé.

Pour ce qui a trait aux troubles de la coordination, M. von Monakow admet bien que ceux-ci sont d'observation fréquente, mais cet auteur pense qu'ils ne répondent pas à un même phénomène. Tantôt il s'agirait d'atonie vraie, tantôt d'asynergie cérébelleuse au sens où l'entend M. Babinski.

Enfin les manifestations auditives, l'affaiblissement de l'acuité auditive, les bruits subjectifs, bien qu'ils aient été dûment constatés, en particulier par M. Weinland dans plusieurs cas de tumeur des tubercules quadrijumeaux postérieurs, n'apparaissent, pas plus que les précédents, comme absolument spéciaux au syndrome quadrigéminal, car les phénomènes acoustiques peuvent reconnaître, surtout dans les néoplasies quadrigéminales, une origine moins directe et s'expliquer par l'action à distance de la tumeur sur le ruban de Reil latéral, voie d'écoulement des sensations auditives dont nous avons rappelé plus haut les connexions avec la région des tubercules quadrijumeaux.

Dans l'article qu'il a consacré à l'étude de la pathologie de la région des tubercules quadrijumeaux, M. Guillain (1) insiste sur la multiplicité des symptômes attribués aux tumeurs qui se développent dans les tubercules quadrijumeaux et en fait très justement ressortir la disparité. A l'exemple de M. von Monakow, M. Guillain pense que « les deux symptômes donnés par Nothnagel (l'ataxie et l'ophtalmoplégie) ne sont pas pathognomoniques des tumeurs des tubercules quadrijumeaux » et rappelle que « l'association d'une ophtalmoplégie double et de l'ataxie peut se voir dans les tumeurs du cervelet ».

* * *

Ce rapide exposé de l'évolution de nos connaissances relatives aux localisations quadrigéminales des néoplasies montre assez que cette évolution est loin d'être terminée et que le tableau clinique du syndrome quadrigéminal ne saurait être considéré comme définitivement établi. Si l'on veut en préciser les traits il faut, de toute nécessité, s'adresser exclusivement aux néoplasies que la petitesse de leur volume confine aux tubercules quadrijumeaux.

Aussi, croyons-nous que l'observation que nous rapportons est digne de retenir l'attention en ce qu'elle montre quels sont les symptômes permanents auxquels donne lieu le développement des néoplasies strictement limitées à la région quadrigéminale, et quelle en est, selon toute vraisemblance, la pathogénie.

Observation. — Il s'agit d'un soldat, Louis F..., âgé de vingt-quatre ans, sans tare héréditaire ou personnelle à relever. Blessé le 25 septembre 1915 par un petit éclat d'obus à la région pariétale postérieure gauche, il aurait été trépané en octobre 1915. Le billet d'hôpital à cette date porte : « fracture de la voûte cranienne, troubles nerveux, manque de mémoire. »

Le 1er janvier 1916, F... est envoyé en permission de convalescence. A cette époque, il éprouvait une fatigue générale, quelques maux de tête et de temps en temps était pris de vomissements. En septembre 1916, le blessé rejoint le dépôt de son corps; les troubles sus-mentionnés avaient disparu. Le 25 décembre 1916, F... obtient une permission de sept jours ; aucun des phénomènes anormaux ne s'était reproduit, la force était revenue. On remarquait seulement que F... avait notablement grossi. Pendant les premiers mois de 1917 (le blessé ne peut préciser la date exacte), F... fut atteint d'une crise d'épilepsie généralisée suivie d'un coma prolongé. De pareilles crises ne se reproduisirent plus et F... fut affecté comme infirmier à l'hôpital d'Arc-en-Barrois. En octobre 1917, survinrent de nouveaux symptômes qui engagèrent le blessé à se présenter à la visite médicale. Le billet d'hôpital fait mention, à cette époque, des troubles suivants : « céphalée occipitale, vertiges, troubles de la mémoire, démarche ébrieuse, troubles marqués de l'équilibre, signe de Romberg, réflexes rotuliens exagérés. » Le blessé fut envoyé en congé

(1) Redlich. Tumoren des Gehirns, in *Hand. der Neurol.* de Lewandowsky, t. III.

(1) G. Guillain. Pathologie de la région des tubercules quadrijumeaux, in *Traité de médecine*, Charcot-Bouchard, t. IX, p. 404.

de convalescence mais, les manifestations que nous venons de rappeler ne s'amendant pas, F... fut hospitalisé au centre neurologique de Bourges le 8 février 1918. A la veille de son admission à l'hôpital, F... avait été subitement pris, à la gare de Bourges, d'une crise convulsive présentant tous les caractères de la crise comitiale.

Les troubles subjectifs dont se plaint le malade sont identiques, à très peu près, à ceux que nous avons rappelés plus haut : vertiges, céphalée frontale et occipitale continue, vomissements et nausées. Le sommeil n'est pas troublé, le sujet ne se plaint d'aucun trouble de la vue.

A l'examen, nous constatons que la station debout ne peut se faire que les jambes largement écartées ; lorsque l'on commande au sujet de réunir les pieds, des oscillations dans tous les sens se produisent et l'équilibre est impossible à maintenir.

La marche apparaît considérablement troublée, la progression ne peut se faire que les jambes écartées et au cours de la marche celles-ci s'entrecroisent. La démarche est titubante, ébrieuse, festonnante.

Dans les mouvements d'épreuve, les membres inférieurs montrent une incoordination, une dysmétrie saisissante. Il n'existe ni tremblement statique ni tremblement cinétique. La signe de la flexion combinée de la cuisse et du tronc est positif et bilatéral. Pas de modification de l'équilibre volitionnel statique, pas de catatonie.

Les membres supérieurs présentent seulement une très légère ataxie surtout accusée du côté gauche avec dysmétrie et tremblement discret.

Lorsque le sujet change brusquement de position le vertige apparaît ; celui-ci cède immédiatement dans le décubitus dorsal.

La sensibilité superficielle et profonde n'est pas troublée. Il en est de même des réflexes cutanés plantaires, crémastériens. L'excitation de la peau de l'abdomen provoque un mouvement de retrait des membres inférieurs (mouvement dit de défense). Le pincement de la peau de la face antérieure de la cuisse détermine soit le retrait soit l'allongement du membre excité. Les réflexes tendineux sont nettement exaltés aux membres inférieurs et s'accompagnent d'une ébauche de clonus du pied. Aux membres supérieurs la réflectivité tendino-osseuse est exagérée davantage du côté droit. La force musculaire est intégralement conservée aux quatre membres ; le tonus musculaire, normal pour les membres supérieurs, est augmenté aux membres inférieurs.

Quant aux organes des sens, nous relevons seulement l'existence de bourdonnements d'oreille bilatéraux précédés de sifflements, une absence de latéralisation dans l'épreuve de Weber et à gauche une conservation de l'audition solidienne associée à une diminution de l'audition aérienne seulement pour les sons faibles. Le vertige voltaïque s'effectue normalement ; l'inclinaison de la tête et la chute se produisent constamment du côté du pôle positif. L'épreuve de la déviation de l'index (Barany) montre seulement une légère déviation du côté gauche.

La vision est normale et l'examen de l'appareil oculaire pratiqué par M. de Saint-Martin donne les résultats suivants : O. D. G. strabisme divergent alternant : « Myopie légère $V = \frac{9}{10} - 0,75 = 1$. Aucune altération de la musculature externe, les réflexes pupillaires, les milieux et le fond de l'œil sont normaux. Pas de stase papillaire, champ visuel normal. A part le strabisme divergent latent qui date de l'enfance, ne présente aucune altération oculaire. » Les fonctions psychiques, la mémoire exceptée, ne sont pas au moins grossièrement troublées. (Pas de modification du caractère, intelligence, jugement, raisonnement suffisants.) La sœur du malade et l'infirmière nous apprennent que F... commet depuis quelque temps des oublis remarquables. Il perd ses objets, son couteau, son livret militaire, il ne sait plus où sont les cabinets où il se rend chaque jour ; il lui est même arrivé de s'égarer dans son village natal.

Le 11 février 1918, on pratique une ponction lombaire qui donne les résultats suivants : tension (position assise) = 45 au manomètre de H. Claude, ramenée à 15 après soustraction de 10 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien lequel ne contient ni albumine en excès ni leucocytes.

Jusqu'en avril 1918, l'état du malade ne s'est pas notablement modifié. L'incoordination est restée aussi prononcée et aucun symptôme d'ordre moteur ou réflexe n'est apparu. Nous avons seulement noté :

1° L'embonpoint particulier du malade développé à tel point qu'il devenait la risée de ses camarades qui lui avaient appliqué le sobriquet de « Bouboule » ;

2° Une exagération très marquée de l'appétit ;

3° La survenance fréquente d'accès de sommeil pendant la journée. Il n'existait ni polydipsie, ni polyurie, ni glycosurie.

Le 20 avril 1918, brusquement, sans cause appréciable, F... est pris de syncope à plusieurs reprises, sans convulsions. On constate alors une tachypnée extrême accompagnée de cyanose des extrémités, de rapidité du pouls qui reste cependant régulier ; les pupilles sont normales. Les réflexes tendineux ne sont pas exaltés mais on remarque pour la première fois un signe de Babinski bilatéral. Pendant la nuit, surviennent des vomissements.

Le 21 avril 1918, céphalée intense, crises convulsives à type comitial pendant la nuit (quatre ont été constatées).

Le 22 avril, le malade tombe dans le coma avec respiration stertoreuse ; ronchus disséminés dans la poitrine. Cet état se prolonge toute la journée du lendemain sans modifications. Dans la résolution complète le malade ne répond à aucune excitation sensitive ou sensorielle, les globes oculaires sont déviés en dehors (strabisme divergent), les pupilles ne réagissent à aucune excitation lumineuse ou autre. Les membres inférieurs présentent une hypertonie modérée. Le signe de Babinski est des plus nets et bilatéral ; le phénomène d'Oppenheim est également positif. Les réflexes tendineux sont normaux et égaux, le pouls ample et régulier. Aucune crise convulsive ne s'est reproduite depuis le 22 avril. Le malade succombe sans avoir repris connaissance le 25 avril à une heure du matin.

L'*autopsie* pratiquée le 26 avril 1918 nous permit de faire les constatations suivantes : après ablation du périoste cranien on constate un enfoncement de la dimension d'une pièce de 1 franc situé à 3 centimètres de la suture sagittale et à 20 centimètres de la glabelle, siégeant sur le pariétal droit. A ce niveau, existe une petite perte de substance osseuse ne dépassant pas les dimensions d'une lentille, au-dessous de celle-ci la dure-mère est saine. Les pièces du squelette cranien sont amincies et sillonnées à leur face interne de dépressions.

La pie-mère et l'arachnoïde sont épaissies sur les blocs frontaux, mais il n'existe aucune trace d'hémorragies méningées anciennes ou récentes. Dans le cortex frontal on relève quelques suffusions sanguines récentes. En regard de la blessure cranienne le cortex cérébral est d'aspect normal. A la base du cerveau les lepto-méninges n'offrent aucun épaississement. L'infundibulum est très nettement distendu, saillant, refoulant en avant le chiasma et latéralement les pédoncules cérébraux. L'hypophyse est d'aspect (volume et forme) absolument normal. Distension considérable des ventricules cérébraux et de l'aqueduc de Sylvius. Cervelet, protubérance, bulbe normaux. Après fixation par le formol, l'encéphale débité en coupes macroscopiques nous fit reconnaître une augmentation de la région des tubercules quadrijumeaux antérieurs et surtout postérieurs. Ceux-ci présentaient sur les coupes transversales une petite masse nodulaire atteignant à peine le volume d'une cerise située exactement entre l'aqueduc sylvien et les tubercules quadrijumeaux conservés dans leur forme.

Nous avons pu facilement établir sur les coupes histologiques qu'il s'agissait d'une tumeur gliomateuse très riche en fibres névrogliques, très nettement limitée à la partie ventrale des tubercules. Les pédoncules cérébelleux supérieurs étaient très nettement comprimés et écartés l'un de l'autre par la masse néoplasique.

Si l'on fait abstraction du traumatisme cranien et de ses conséquences sur lesquelles nous reviendrons dans un chapitre ultérieur, l'observation que nous venons de rapporter en détails peut être très brièvement résumée.

Chez un homme de vingt-quatre ans, le développement d'un gliome infiltrant les tubercules quadrijumeaux antérieurs et postérieurs s'est traduit par un syndrome très particulier dont les éléments fondamentaux sont, d'une part, des troubles extrêmement accusés de la coordination des membres inférieurs associés à des vertiges et des bruits subjectifs auriculaires et, d'autre part, des modifications plus générales : hypersomnie, polyphagie, adiposité excessive.

Nous devons analyser d'un peu plus près ces différentes manifestations.

La plus frappante est, sans conteste, l'incoordination des membres inférieurs et le trouble de la station et de la marche qui en est la conséquence.

Dès notre premier examen, nous fûmes frappés par la *démarche* très caractéristique de notre malade, *titubante, festonnante, ébrieuse.* Les jambes écartées, le malade s'avançait à la manière d'un homme ivre, les bras en abduction pour aider au maintien de l'équilibre, parfois les jambes maladroitement projetées s'entrecroisaient et le sujet ne reprenait son équilibre qu'avec peine.

Tout au contraire, les membres supérieurs ne présentaient qu'une légère incoordination ne gênant en aucune façon le sujet dans les exercices de la vie courante. Les mouvements d'épreuve des membres inférieurs faisaient apparaître au maximum cette incoordination laquelle ne s'accompagnait d'aucune perturbation de l'équilibre volitionnel statique. Ajoutons que le mouvement associé de flexion de la cuisse et du tronc affirmait encore l'asynergie indiquée déjà par les troubles de la station et de la marche.

Bien que le malade présentât d'assez fréquents vertiges augmentés par le changement de position, les perturbations de l'équilibre ne pouvaient être expliquées par un état vertigineux, car elles étaient tout aussi accusées lorsque le sujet n'éprouvait aucune sensation vertigineuse.

Tous les caractères des troubles de la coordination et de l'équilibre que nous venons de rappeler sont assez spécifiques pour ne laisser place à aucun doute sur la nature des *phénomènes dystasiques et dysbasiques* présentés par notre malade. Incontestablement ils ne sauraient être rangés dans le cadre de l'ataxie et appartiennent en propre à l'*incoordination cérébelleuse* telle que les travaux de M. Babinski et de M. André-Thomas l'ont définie.

Des phénomènes très voisins de l'asynergie cérébelleuse peuvent, on le sait, apparaître à la suite des lésions irritatives du labyrinthe ou du nerf vestibulaire, très justement appelé le nerf de l'équilibre. Et ceci ne saurait surprendre si l'on se souvient des connexions anatomiques et physiologiques intimes qui unissent l'appareil vestibulaire au cervelet. Or, comme dans notre cas, il existait quelques phénomènes subjectifs et objectifs témoignant de l'atteinte légère mais indéniable du système acoustique (hypoacousie, bruits subjectifs), on serait en droit de se demander si l'origine des phénomènes dysbasiques et dystasiques de notre malade n'est pas à chercher dans des modifications de l'appareil vestibulaire. Pour prévenir cette objection nous avons recherché par l'épreuve du vertige voltaïque de Babinski et celle de la déviation de l'index de Barany s'il existait une modification appréciable des fonctions de l'appareil vestibulaire. Les résultats négatifs de ces deux épreuves nous ont montré qu'il n'en était rien et que l'appareil vestibulaire ne pouvait être tenu responsable en aucune façon des désordres si marqués de la station et de la marche.

Dans leur genèse n'intervenait non plus des modifications de la sensibilité puisque, aussi bien les sensations superficielles que les profondes étaient correctement perçues.

L'asynergie, l'incoordination des membres inférieurs rendant difficiles la station et la marche étaient bien du même type que celles que déterminent les lésions de l'appareil cérébelleux. Nous en montrerons plus loin la raison.

Si, dans notre cas, la constatation des phénomènes que nous venons d'analyser est à retenir, l'absence de troubles des autres fonctions du système nerveux est non moins intéressante. Nous ne saurions trop insister, en effet, sur la conservation parfaite de la motricité volontaire, de la sensibilité superficielle ou profonde, de la réflectivité tendineuse, osseuse et cutanée (le signe de Babinski n'apparut, en effet, qu'à la phase terminale), du trophisme, du jeu des sphincters et des vaso-moteurs.

Nous avons rappelé avec trop d'insistance combien de nombreux auteurs attachaient d'importance aux perturbations complexes des fonctions de l'appareil visuel pour ne pas appuyer ici sur l'intégrité absolue de cet appareil chez notre sujet. Non seulement la motilité des globes oculaires n'était point troublée, l'acuité visuelle normale ainsi que le fond d'œil, mais encore le jeu réflexe des pupilles à l'accommodation et à la lumière était parfaitement conservé.

Ajoutons enfin que nous n'avons retrouvé aucune perturbation de la phonation ni de la déglutition.

C'est à dessein que nous avons réservé une place à part à d'autres manifestations symptomatiques parce que, comme nous essaierons de le montrer, celles-ci reconnaissent un tout autre mécanisme que les précédentes. Nous avons en vue les *modifications de l'état général* et l'*hypersomnie*. Notre malade, plusieurs mois avant l'époque de notre premier examen, avait énormément pris d'embonpoint à tel degré, avons-nous dit, qu'il était devenu la risée de ses camarades qui lui avaient donné le sobriquet imagé de « bouboule ». Cette adiposité excessive ne respectait aucun territoire et s'étendait aussi bien aux membres et au tronc qu'à la face devenue « lunaire » suivant l'expression consacrée. En même temps qu'adipeux le malade était nettement polyphagique, mangeant avec voracité, « bestialement »,

au dire de l'infirmière. Quant à l'hypersomnie, elle était également des plus manifestes; la survenance d'un sommeil impérieux, irrésistible, s'effectuait de préférence l'après-midi, obligeant le malade à s'étendre sur son lit où il dormait profondément pendant plusieurs heures. Cette hypersomnie diurne ne gênait pas le sommeil normal de la nuit qui n'était en rien abrégé (1).

* * *

L'analyse séméiologique montre ainsi qu'une néoplasie très limitée à la région des tubercules quadrijumeaux peut donner lieu à un *syndrome très particulier dont les éléments essentiels consistent, d'une part, en des troubles profonds de la coordination motrice des membres inférieurs associés à de légères manifestations auditives et, d'autre part, en une hypersomnie accompagnée de polyphagie et d'adiposité.* Nous voudrions maintenant préciser l'origine de ces divers symptômes morbides car, de leur pathogénie, dépend la valeur séméiologique à leur attribuer. Nous y avons insisté, l'incoordination motrice chez notre malade présentait tous les caractères de l'incoordination cérébelleuse avec cette particularité que les perturbations étaient beaucoup plus prononcées aux membres inférieurs qu'aux supérieurs. Nous devons donc rechercher si l'origine physiologique de cette incoordination ne trouve pas sa raison dans une perturbation anatomique ou fonctionnelle de l'appareil cérébelleux. Très limitée à la région quadrigéminale et ne la déformant que fort peu, la tumeur ne déterminait aucune compression du cervelet ni de la protubérance; on ne saurait donc admettre, dans notre fait, que les *voies afférentes* ou les centres du cervelet aient pu subir quelque retentissement de la part du néoplasme.

Il n'en va pas de même pour les *voies efférentes*, constituées, on le sait, par les deux pédoncules cérébelleux supérieurs. Or, ceux-ci pénètrent dans la mésocéphale au-dessous des tubercules quadrijumeaux postérieurs et toute néoplasie, même très limitée à cette région, contracte avec ces pédoncules d'intimes rapports. Il en était ainsi dans notre fait et les coupes frontales du mésencéphale montraient précisément que les pédoncules cérébelleux supérieurs, écartés par la tumeur, étaient également comprimés.

Aussi nous semble-t-il très légitime de rendre responsable l'altération anatomique des *voies efférentes du cervelet* des troubles de la marche et de la station si manifestes chez notre malade. Nous ferons remarquer que cette lésion des pédoncules cérébelleux supérieurs ne donnait lieu à aucun mouvement choréique ou athétosique et que c'est là un argument nouveau à invoquer contre l'hypothèse défendue par quelques auteurs allemands, selon laquelle le désordre musculaire choréo-athétosique serait en rapport avec une lésion des pédoncules cérébelleux supérieurs. Le second phénomène présenté par notre malade, l'*hypoacousie*, nous paraît justiciable d'une explication analogue et trouve sa raison dans la compression exercée par la tumeur sur le ruban de Reil latéral, voie d'écoulement des sensations auditives.

Autant l'association des troubles de la coordination avec manifestations auditives (à l'exclusion de tout phénomène vestibulaire) nous apparaît comme très particulier, autant les autres symptômes que nous avons relatés : l'hypersomnie, les troubles de l'état général et du métabolisme sont d'observation relativement fréquente au cours des néoplasies intracraniennes *quel que soit leur siège.* Et ceci s'explique aisément si l'on veut en chercher l'origine moins dans la localisation néoplasique elle-même que dans l'hypertension intracranienne qui, si fréquemment, en est la conséquence.

L'examen nécropsique nous a fait voir dans notre cas une distension des ventricules cérébraux des plus manifestes avec saillie du *tubercinereum* repoussant en avant les bandelettes optiques et latéralement les pédoncules cérébraux.

Or, nous savons par les recherches physiologiques et anatomo-cliniques récentes (Kreidl et Karplus, Aschner, Camus et Roussy, Claude et Lhermitte) qu'il existe à la base du cerveau, dans la région opto-pédonculaire, des centres importants pour la régulation du métabolisme et de la fonction hypnique (1). Ce n'est donc point nous livrer, croyons-nous, à une trop hasardeuse hypothèse que d'attribuer aux altérations de la région infundibulaire et l'hypersomnie et la polyphagie associées à une adiposité vraiment pathologique (2).

Nous sommes amené, en dernière analyse, à séparer les symptômes auxquels donnent lieu les néoplasies quadrigéminales en deux groupes ressortissant chacun à l'atteinte de régions différentes de l'encéphale. Les uns, en effet, sont l'expression de la souffrance des faisceaux sous-quadrigéminaux, tels l'*incoordination à type cérébelleux* et l'*hypoacousie*, les autres moins particuliers mais non négligeables, car, de par leur situation juxtasylvienne et l'hypertension ventriculaire qu'elles provoquent aisément, les tumeurs quadrigéminales peuvent s'en accompagner fréquemment : *la somnolence, l'adiposité* et probablement aussi d'autres manifestations, en rapport avec la distension du ventricule moyen et particulièrement de la région infundibulaire.

* * *

Il nous resterait maintenant à aborder un dernier problème fort important, car de sa solution dépendent certaines conclusions pratiques d'ordre médico-légal; nous voulons parler des rapports étiologiques et pathogéniques qui unissent le développement des

(1) Pour ne pas compliquer à l'excès l'analyse de notre observation nous ne rappelons pas ici les troubles de la mémoire ni les crises d'épilepsie. Ceux-ci sont, selon toute vraisemblance, à rapporter au violent traumatisme cranien dont notre sujet a été victime.

(1) H. Claude et J. Lhermitte. Le syndrome infundibulaire. *Presse médicale*, 23 juillet 1917.

(2) Nous ne discuterons pas ici le retentissement possible de la dilatation infundibulaire sur la glande pituitaire, cette discussion entraînerait trop en dehors du cadre de ce travail. Nous rappellerons seulement que depuis les travaux de Bartels, de Frölich en particulier, on admet que l'*hypopituitarisme* donne lieu à un syndrome spécial dont l'adiposité est un des essentiels composants.

néoplasies des tubercules quadrijumeaux avec le traumatisme.

Le malade dont nous avons rapporté l'histoire pathologique avait reçu, on s'en souvient, une blessure de la région pariétale attestée par le contrôle nécropsique. Les symptômes afférents à cette blessure du crâne avaient disparu et l'on pouvait considérer le sujet comme guéri lorsque, quatre mois plus tard, apparurent des phénomènes singuliers : céphalée, vomissements, puis des vertiges, de l'incoordination des membres inférieurs témoignant de la survenance d'un nouveau processus morbide. Celui-ci se précisa dans la suite et fut reconnu comme étant lié au développement d'un gliome des tubercules quadrijumeaux.

S'agit-il ici d'une circonstance fortuite, d'une de ces coïncidences curieuses que la pathologie nous révèle si fréquemment ou, au contraire, devons-nous considérer le traumatisme comme un facteur étiologique suffisant à lui seul à créer l'apparition d'une néoplasie quadrigéminale.

La question, on le voit, est d'importance et serait justiciable de longs développements. Aussi bien de nombreux auteurs l'ont agitée et résolue dans des sens divers et parfois opposés. Dans l'excellente revue publiée ici même par M. Babonneix, cet auteur ne pense pas qu'il soit possible de nier qu'il puisse exister, au moins dans certains cas, un rapport de causalité entre le développement d'un néoplasme encéphalique et le traumatisme cranien. M. Babonneix (1) en rapporte plusieurs exemples puisés dans la littérature et dont ceux qui furent rapportés par Ross, Hugues Benett Bramann, Laehr, Hénoch, Hildelrand, Sutherland et Holland Fricomi, Alquier et Klarfeld sont les plus démonstratifs; à ceux-ci nous pourrions ajouter les faits de Mendel, Liefmann, Uhlemann, Nonne (2). Mais ce qui, pour nous, fait le grand intérêt de ces observations c'est que la plupart d'entre elles se rapportent à des *gliomes* et que nombre de ceux-ci siègent précisément au voisinage du IVe ventricule ou même de l'aqueduc sylvien à l'exemple du fait que nous avons rapporté.

Comme nous savons depuis les travaux classiques de Duret que l'ébranlement commotionnel se fait sentir avec le maximum d'intensité dans les régions qui avoisinent les ventricules cérébraux, particulièrement les IIIe et IVe ventricules, nous avons, dans cette constatation, un argument de plus à faire valoir en faveur d'un rapport entre le traumatisme et la genèse d'une néoplasie juxtaventriculaire.

Certes, il serait hasardeux de vouloir attribuer le plus grand nombre des tumeurs à l'origine desquelles on retrouve un traumatisme à l'ébranlement commotionnel et, dans un travail récent, MM. Roussy et Cornil (3) ont bien montré combien la prudence s'imposait. Mais, d'autre part, nous pensons que ce n'est pas aller trop loin que d'admettre, au moins pour certaines néoplasies gliomateuses dont le développement se poursuit dans les régions de l'encéphale particulièrement atteintes par l'ébranlement des traumatismes craniens, un rapport de causalité entre ces néoplasmes et le traumatisme.

Quoi que l'avenir décide relativement à la solution de ce problème, ce que nous désirons retenir c'est que la région des tubercules quadrijumeaux ne fait pas partie de ces zones « muettes » de l'encéphale et que le développement des néoplasies se traduit par *un ensemble symptomatique assez spécial, à la fois quadrigéminal et infundibulaire*, complexus sémiologique qu'une analyse attentive permet de dépister et d'identifier.

(1) BABONNEIX. Gliomes et traumatismes cérébraux, *Gaz. des hôpit.*, 5 sept. 1911.

(2) Paul SCHUSTER. Trauma und Nervenkrankheiten, in *Hand. der Neurol.* de Lewandowsky, t. V, p. 1004.

(3) ROUSSY et L. CORNIL. Gliome cérébral et traumatisme cranien, Soc. de neurol., séance du 6 juin 1918.

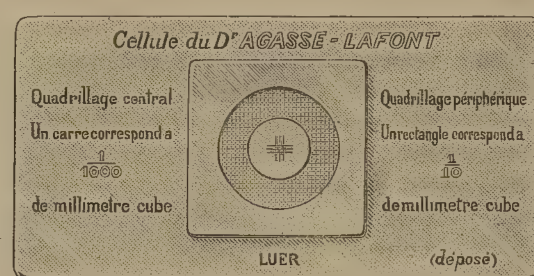
NOUVEL HÉMATIMÈTRE

UTILISABLE SIMULTANÉMENT POUR LE SANG & LE LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

Par M. E. AGASSE-LAFONT.

La numération des éléments cellulaires des différents liquides organiques, en particulier du *sang* et du *liquide céphalo-rachidien,* exige l'emploi de deux appareils différents.

On sait, en effet, que le principe des hématimètres est de numérer les globules du sang après en avoir fait une dilution convenable, et les avoir placés dans une cavité de capacité connue. Le principe et la technique sont les mêmes pour le liquide céphalo-rachidien.



Mais on rencontre, dans la pratique, une difficulté qui tient à ce que le nombre des éléments figurés diffère considérablement suivant le liquide examiné. Tandis qu'il y a dans un millimètre cube de sang *cinq millions* de globules rouges, le liquide céphalo-rachidien renferme à peine *un* lymphocyte par millimètre cube à l'état normal, et la présence de cinq à six de ces éléments par millimètre cube décèle déjà un état pathologique.

Aussi, quand on veut numérer les éléments du liquide céphalo-rachidien avec un hématimètre, on constate qu'il est le plus souvent nécessaire de parcourir un grand nombre de champs du microscope, ce qui est d'une technique à la fois peu précise et fastidieuse. On remédie à cet inconvénient en employant la *cellule de Nageotte*, qui diffère des hématimètres en ce qu'elle a un quadrillage beaucoup plus large et une capacité beaucoup plus grande.

Il a semblé qu'il y avait de multiples avantages à réunir les deux types en un seul. C'est un appareil de ce genre que nous avons imaginé.

L'appareil comprend une *cellule quadrillée* et *deux pipettes*.

La *cellule quadrillée* présente deux parties (voir figure) :

1° Une rondelle de verre centrale. Son épaisseur et le quadrillage qu'elle présente sont calculés de telle sorte que, lorsque la cellule est recouverte d'une lamelle, chaque carré, visible au microscope, répond à une capacité de *un millième de millimètre cube.* C'est l'indication qui se trouve sur la partie gauche de l'appareil.

2° Une rigole périphérique plus profonde, divisée en rectangles, dont chacun répond à *un dixième de millimètre cube.*

Quant aux *pipettes* destinées à diluer le sang, et, s'il est utile, le liquide céphalo-rachidien, elles portent des chiffres qui indiquent, directement et sans calcul, le taux de la dilution que l'on a faite. L'une est destinée aux globules rouges, l'autre aux globules blancs : leur couleur différente permet d'éviter toute confusion. D'autre part, elles sont munies d'*embouts* pour les obturer et éviter que le liquide ne s'échappe, quand la numération ne peut pas être faite immédiatement après que le sang a été recueilli.

Réunissant en un seul deux types de cellules, cet appareil supprime donc la nécessité d'avoir deux appareils différents et de faire l'apprentissage de l'un et de l'autre.

Mais, en outre, il place tout liquide que l'on examine dans deux conditions différentes, simultanément, puisque les divisions centrales répondent au 1/1.000 et les divisions périphériques au 1/10 de millimètre cube.

On peut donc, même si l'on ignore à l'avance le degré de condensation des éléments, choisir, quand la préparation est sous le microscope, celui des deux quadrillages qui convient le mieux pour numérer ces éléments.

D'autre part, quand on a enregistré un résultat au niveau de l'un des quadrillages, on peut souvent, immédiatement et au moyen de la même préparation, vérifier ce premier résultat en faisant une deuxième numération pour laquelle on utilise l'autre quadrillage, à la condition que les éléments n'y soient ni trop clairsemés ni trop nombreux. Si les résultats concordent, on est assuré que la technique a été bonne et que les calculs sont exacts.

FAITS CLINIQUES

ÉRYTHÈME SCARLATINIFORME DU TRONC ET KÉRATINISATION DES MAINS A LA SUITE D'UN BADIGEONNAGE DES BOURSES A L'EAU PICRIQUÉE.

Observation. — Le 11 septembre 1914, un maréchal des logis d'artillerie se présente à la visite médicale avec une éruption scarlatiniforme du tronc, très prurigineuse, apparue la veille. L'état général est bon ; la langue est normale, sans aspect framboisé ; pas d'amygdalite ; apyrexie. Le malade raconte que le 9 il est venu trouver un infirmier à qui il a demandé un badigeonnage des bourses avec de l'acide picrique. Il a jugé que c'était le traitement approprié à un intertrigo accusé qui l'incommodait depuis quelque temps. Le produit employé a été une solution aqueuse picriquée à saturation destinée au traitement des excoriations fessières des conducteurs.

L'état pathologique s'accentue jusqu'au 13. A cette date, apparaît un œdème des mains avec une peau dorsale rugueuse, analogue à celle du crapaud ; le prurit des mains est très accusé. Les urines sont rares, rouges, foncées, sans albumine et sans réaction de Gmelin.

L'état général est toujours excellent.

Le 15, la paume des mains devient jaune ; l'œdème diminue. L'érythème thoracique disparaît, sans desquamations.

Le 18, l'œdème des mains s'est résorbé.

La peau des faces palmaires est dure, kératinisée au point qu'elle empêche les mouvements de flexion des doigts ; la teinte jaune est très accusée. L'érythème thoracique est complètement disparu ; il persiste seulement du prurit. Les urines sont redevenues abondantes et claires.

Le 25, la peau des faces palmaires des mains est toujours cornée et kératinisée, et cet état sera assez long à disparaître.

Les faces plantaires des pieds ont été respectées.

L'absorption rapide par voie sanguine de l'acide picrique s'explique, et par la texture naturelle de la peau à l'endroit d'application, et par les lésions surajoutées d'intertrigo ; toutefois, il ne s'est agi que d'un unique badigeonnage, sans adjonction de pansement renforçateur.

Les lésions locales intercrurales se sont rapidement améliorées.

L'élimination du produit médicamenteux s'est effectuée, et par le rein, et par la peau, surtout aux mains. A ce niveau l'accumulatiou du produit a été des plus accusées, ce produit ayant agi à la manière d'une grosse application externe, plus même, puisqu'une application externe, origine de l'intoxication, n'a pas eu de semblables effets.

A noter que les conjonctivites n'ont pas présenté de teinte subictérique.

AORTITE SYPHILITIQUE TRÈS PRÉCOCE

Un jeune homme de vingt et un ans, au début d'octobre 1913 étant au régiment, contracte un chancre syphilitique du méat urétral. Un mois après, apparaît une roséole légère. Un traitement mercuriel est institué sous forme de vingt piqûres de biiodure. Les lésions rétrocèdent et aucune autre ne se produisant, le malade néglige de continuer le traitement commencé. Le 20 août 1914, il est blessé superficiellement par plusieurs petits éclats d'obus, aux fesses, à la masse lombaire gauche, à la fosse sus-épineuse droite. Le 18 octobre, dans le but de pratiquer l'extraction des éclats inclus sous la peau, bien tolérés, mais à l'occasion desquels le blessé élabore des préoccupations hypocondriaques et des idées de revendication de plus en plus accusées, on procède au repérage des projectiles. L'examen radioscopique décèle alors une dilatation aortique globale avec, en plus, une poche anévrismale visible dans la concavité de la crosse. Les pouls radiaux et carotidiens droits et gauches sont asynchrones. L'aorte déborde d'un travers de doigt le bord supérieur du manubrium et d'un centimètre et demi le bord droit du sternum. Le deuxième bruit aortique est très clangoreux et un léger souffle systolique est perceptible au foyer d'ausculation du deuxième espace intercostal droit. Les pupilles sont égales, myosiques, extrêmement paresseuses à la lumière. Les réflexes tendineux, particulièrement les achilléens persistent sans différences notables à droite et à gauche. La ponction lombaire proposée n'a pas été acceptée. Aucune affection organique antécédente ne vient éclairer l'origine étiologique de l'aortite ; force est d'admettre que la seule syphilis en est la cause déterminante, surtout étant donné l'état des pupilles. C'est la précocité surprenante de cette atteinte qui mérite de retenir l'attention, par analogie avec les cas, aussi rapides d'apparition, de tabes et de paralysie générale qu'on a vu éclore, exceptionnellement, à une époque aussi rapprochée du début de l'infection syphilitique.

OTITE MOYENNE SCARLATINEUSE SUIVIE DE MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE

En mai 1915, un jeune soldat atteint de scarlatine présente, comme complication, au décours de sa maladie, une *otite moyenne suppurée gauche* à streptocoques avec réactions mastoïdiennes ; l'évidement est nécessaire.

Quinze jours environ après cette complication auriculaire, une nouvelle poussée fébrile annonce l'apparition d'une *otite moyenne suppurée droite*, à streptocoques elle aussi; la paracentèse tympanique suffit à atténuer le processus inflammatoire.

A nouveau, une poussée fébrile à cinq ou six jours de là, accompagnée de *réactions méningées* accusées, fait craindre une propagation de l'infection aux méninges. La dure-mère et le sinus latéral sont découverts, mais reconnus sains. La ponction lombaire qui s'impose alors permet de reconnaître qu'il s'agit d'une méningite cérébro-spinale A, qui évolue postérieurement vers la guérison.

Ce cas montre tout l'intérêt qu'il y a, en semblable occurrence, à procéder à la rachicentèse et surtout à l'examen bactériologique du liquide céphalo-rachidien, tant au point de vue de la thérapeutique à mettre en œuvre que des mesures prophylactiques à appliquer. Les processus méningés n'auraient pu, cliniquement, être rattachés qu'à l'otite et considérés comme complications directes de cette dernière, d'autant plus qu'à cette époque la garnison ne comptait aucun cas de méningite cérébro-spinale. P. BEAUSSART.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 16 JANVIER 1920)

Péricolite membraneuse. — MM. AIMES et ANTONIN, à propos de cas personnels observés chez l'enfant, résument les caractères anatomiques et les discussions pathogéniques de cette affection. L'influence de l'hérédo-syphilis, admise par Castox et Dolfor del Valle, ne paraît pas démontrée. La théorie inflammatoire et la théorie embryonnaire s'adressent sans doute à deux ordres de faits distincts et il y aurait lieu de distinguer : la péricolite inflammatoire, fréquente par colite, appendicite, affections duodénales, annexite, cholécystite, etc., et caractérisée par des adhérences irrégulières, opaques, plus ou moins avasculaires, et la péricolite membraneuse vraie du type Jackson, rare, caractérisée par la transparence, l'aspect régulier, du voile membraneux, à bords nets, à vaisseaux ordonnés, parallèles.

L'association de ces deux types est possible, la péricolite congénitale prédisposant aux inflammations par les phénomènes de stase qu'elle provoque.

Pratiquement, il importe de suivre le conseil de Walther et d'explorer systématiquement le cæcum et le côlon ascendant au cours de l'appendicectomie, surtout si les signes cliniques d'appendicite sont frustes ou atypiques (signes de stase ou de subocclusion).

Les muscles de l'épisome chez les poissons. — M. VALLOIS publie le résultat de ses recherches sur l'anatomie des muscles de l'épisome chez les poissons. Il insiste sur ce fait que la métamérie musculaire ne paraît pas du tout correspondre à la métamérie théorique des vertébrés.

Considérations sur deux cas d'autogreffes ovariennes humaines. — MM. DE ROUVILLE et COHEN rapportent deux cas d'autogreffe ovarienne dont le résultat et conclusions sont les suivants :

Premier cas : Augmentation de volume de deux greffons constatée dix-huit mois après l'opération. Poussées congestives et douloureuses des deux greffons coïncidant avec la date des règles et des hémorragies. Menstruation régulière d'abord, puis hémorragies et métrorragies. Troubles congestifs et nerveux peu intenses. L'examen microscopique montre que les greffons sont bien vivants, mais en voie de dégénérescence. Règles et hémorragies, ainsi que tous les troubles ménopausiques, disparaissent aussitôt après l'extirpation des greffons; elles étaient donc manifestement sous la dépendance de ces dernières et non d'un fragment de tissu ovarien abandonné dans le ventre lors de l'intervention.

Deuxième cas : Menstruation régulière, trois mois après l'opération, pendant six mois; rien à signaler du côté des greffons; excellente santé pendant un an. Ensuite douleurs dans la fosse iliaque gauche par adhérences de l'S iliaque au moignon annexiel gauche ayant nécessité une deuxième intervention, faite cinq ans et demi après la première et pendant laquelle on détruisit les adhérences et on pratiqua l'hystérectomie subtotale. L'examen macroscopique et microscopique de l'utérus enlevé montre qu'il s'agit d'un utérus en voie d'atrophie scléreuse d'où on conclut que la menstruation après l'autogreffe était fonction de la partie d'ovaires greffés et non des ovaires surnuméraires.

Il faut noter que la greffe a été pratiquée dans les deux cas dans le tissu cellulaire sous-cutané de la paroi abdominale.

Kyste hydatique de la paroi abdominale. — M. E. CHAUVIN. L'origine du kyste remontait à vingt-sept ans et était consécutive à une très grave contusion. La tumeur ne s'accompagnait que de troubles fonctionnels légers, avec gêne dans l'accomplissement de certains mouvements. Elle occupait presque toute la moitié droite de la paroi abdominale. De contour ovoïde, elle formait un relief appréciable à la vue, elle était fluctuante au niveau de son pôle supérieur, et mate à la percussion superficielle, sonore à la percussion profonde. La contraction de la paroi n'effaçait pas son relief, mais supprimait sa mobilité, normalement très marquée dans le sens transversal.

L'extirpation pratiquée par M. Forgue fut suivie d'une prompte guérison.

JURISPRUDENCE

L'OUVERTURE DES COURS LIBRES DANS LES FACULTÉS DE MÉDECINE

Un de nos correspondants nous demande quelles sont les formalités que doit remplir un médecin pour obtenir l'autorisation d'ouvrir un cours libre auprès d'une Faculté française et quels peuvent être les recours à exercer en cas de refus.

Le décret du 28 décembre 1885 relatif à l'organisation des Facultés confère, par son article 8, à chaque Conseil général des Facultés le droit d'arrêter les règlements des cours libres et d'autoriser ces cours. A Paris notamment, un arrêté du Conseil général des Facultés en date du 5 avril 1886 dispose que tout docteur en médecine peut être autorisé à faire, dans un quelconque des établissements d'enseignement supérieur, des cours correspondant à l'ordre d'études pour lequel il a obtenu ses diplômes. Cette autorisation est donnée par le Conseil général des Facultés sur la proposition ou après avis de la Faculté ou Ecole près de laquelle le cours doit être ouvert. Depuis la loi du 10 juillet 1896, les Conseils généraux des Facultés sont devenus des Conseils d'université, et le décret du 21 juillet 1897 leur a confirmé, dans son article 7, les pouvoirs en matière de cours libres que les Conseils généraux tenaient du décret du 28 décembre 1885. Leurs votes en cette matière sont mêmes rangés parmi ceux qui entraînent par eux-mêmes exécution. En présence de ces textes, il est certain que le Conseil a un pouvoir souverain pour apprécier,

d'après les circonstances dont il est seul juge, si l'autorisation peut être accordée.

En l'absence de griefs spéciaux visant un excès de pouvoir, un docteur en médecine ne peut demander, par application des lois des 7 et 14 octobre 1790 et 24 mai 1872 (art. 9), l'annulation de la délibération du Conseil de l'Université qui a refusé l'autorisation d'ouvrir un cours libre à la Faculté de Médecine, ni celle de la décision du ministre de l'Instruction publique par laquelle il rejette la réclamation formée contre cette délibération du Conseil de l'Université. La jurisprudence du Conseil d'Etat est fixée en ce sens. (V. Arrêt, 9-2-1900, *D. P.* 1901.3.44.)

R.-MARCEL PETIT.

CHRONIQUE

LES NOUVEAUX IMPOTS ET LES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES

Avant de quitter le ministère des Finances, M. Klotz a tenu à faire connaître les nouveaux impôts que les contribuables français vont avoir à supporter. Impôts bien lourds mais malheureusement indispensables, dans leur ensemble, pour équilibrer les budgets écrasants que nous avons en perspective. Nous savons déjà que le nouveau ministre des Finances, M. Marsal, pressé par le temps, va être obligé d'adopter, contre son gré, assurément, la plupart de ces projets.

Certes le contribuable est disposé à remplir avec résignation le devoir civique qui lui incombe, comme il a rempli courageusement son devoir militaire. Il ne lui est pas défendu, cependant, d'étudier les nouvelles charges auxquelles il va avoir à faire face, d'examiner quelles en seront les conséquences et d'en critiquer les dispositions qui lui paraissent néfastes.

Parmi les impôts projetés nous en trouvons un, l'impôt général sur les transactions commerciales, qui va frapper directement l'exercice de la pharmacie.

Or, depuis la loi du 31 décembre 1916, celle-ci est déjà lourdement chargée par l'impôt sur les spécialités pharmaceutiques. Nous avons déjà montré (*Gaz. des hôpit.*, 1919, nos 35 et 36) les conséquences désastreuses de cet impôt sur l'industrie pharmaceutique et l'industrie chimique française.

La lecture des débats qui eurent lieu en 1916 à la Chambre montre que, en créant cet impôt, le législateur a entendu frapper une catégorie d'articles qui se signalaient à son attention comme articles de luxe. Et c'est ainsi qu'un an avant le vote de la taxe sur les dépenses de luxe visant les bijoux, les automobiles, les vêtements de soie et les fourrures, les spécialités pharmaceutiques, articles de nécessité, furent soumises à une taxe de luxe!

Les critiques auxquelles a donné lieu, dès son apparition, la taxe de luxe, vont amener sa suppression et son remplacement par l'impôt général sur les transactions commerciales dont nous parlions plus haut. Celui-ci va frapper sans distinction tous les articles qui sont dans le commerce, et notamment les spécialités pharmaceutiques. Faut-il donc que ces dernières restent frappées directement pour leur compte, en vertu de la loi du 31 décembre 1916, et soient en même temps atteintes pour le compte des autres articles de luxe dont la taxe va disparaître en vertu de la prochaine loi de finances? Ce serait là une iniquité qu'il suffira de signaler pour en empêcher la consécration dans le budget qui se prépare actuellement.

Il est donc juste de conclure que la taxe créée par la loi du 31 décembre 1916 sur les spécialités pharmaceutiques doit disparaître en même temps que la taxe de luxe instituée par la loi du 31 décembre 1917, afin que l'impôt de remplacement des *taxes de luxe* ne vienne pas se superposer à l'une de ces taxes qui subsisterait par oubli. Il ne faut pas qu'une même catégorie d'articles soit menacée d'être frappée deux fois, pareille mesure risquant de porter un coup redoutable à l'une des industries les plus importantes de France et à son commerce d'exportation.

Est-ce vraiment le moment de priver la France d'un des meilleurs moyens d'améliorer son change?

L. G.

LIVRES NOUVEAUX

Guide pratique du préparateur en pharmacie (1), par D. Charles BORDIER.

M. D. Charles Bordier vient de faire paraître le premier ouvrage spécialement rédigé pour la nombreuse corporation des préparateurs en pharmacie; ce livre porte le titre de *Guide pratique du préparateur en pharmacie*; il traite les chapitres suivants :

1° Posologie générale des médicaments employés dans la médecine humaine, dose normale, dose maximum en une fois, dose maximum en vingt-quatre heures, doses toxiques, doses mortelles; 2° posologie vétérinaire; 3° collyres et leurs formules; 4° injections hypodermiques; 5° incompatibilités pharmaceutiques; 6° table de solubilité; 7° noms déposés et noms chimiques, et inversement noms chimiques et noms déposés; 8° « un peu de tout », ou notes de pharmacie pratique, traite de l'analyse chimique des urines mise à la portée de tous.

Décret du 14 septembre 1916 sur les substances vénéneuses et commentaires, etc.

Un chapitre est consacré au pansement des plaies et à la petite chirurgie.

Enfin, la désinfection des locaux contaminés termine l'intéressante série des chapitres traités par l'auteur avec autant de clarté que de concision.

Cet ouvrage, conçu dans un esprit essentiellement pratique, rendra les plus grands services, non seulement aux préparateurs en pharmacie, mais aussi aux médecins dans leur pratique journalière.

Arcachon, ville de santé (2), par le docteur F. LALESQUE, membre correspondant de l'Académie de médecine.

Pour tous ceux qu'intéresse la climathérapie le nom du docteur Lalesque est inséparable de celui d'Arcachon.

C'est donc avec un véritable intérêt qu'ils liront cette importante monographie scientifique et médicale dans laquelle l'auteur a groupé tous les éléments susceptibles, non seulement d'intéresser les médecins et les malades, mais aussi les touristes et ceux qui désirent connaître tout spécialement les caractères particuliers de la région.

En dehors de la partie médicale qui renferme les détails les plus abondants sur les cures forestières et marines de la tuberculose pulmonaire ainsi que sur la cure hélio-marine, les différents chapitres de l'ouvrage traitent de la ville de santé, de la topographie, de la flore, de la faune terrestre et marine, des eaux, etc.

Enfin, une large part est laissée au climat et à ses effets, au vent et à la pureté atmosphérique.

Cet ouvrage, présenté sous une forme pittoresque, est illustré de nombreux documents photographiques, de cartes et de diagrammes.

L. G.

(1) In-18 de 184 pages. Prix : 5 fr. — Paris, A. Maloine et fils.
(2) Prix : 25 francs net. — Paris, Masson et Cie, édit.

NOTES POUR L'INTERNAT

VOMIQUES

DÉFINITION. — On entend sous le nom de vomique le rejet, par expectoration, d'une COLLECTION PURULENTE, le plus souvent *enkystée*, faisant irruption *brusquement* dans les ramifications bronchiques, s'évacuant, en *une seule fois*, au milieu d'une quinte de toux dans la majorité des cas, ou au contraire par *fractions successives* (*vomique fractionnée*) d'une manière plus exceptionnelle.

Par extension, on donne encore le nom de vomique au rejet par expectoration d'un kyste hydatique par exemple, même non suppuré.

Cette définition permet d'éliminer toute une série d'affections qui s'accompagnent d'expectoration purulente simulant par leur quantité ou leur mode de production une vomique, mais qui en diffèrent profondément, comme nous aurons l'occasion de le voir; ce sont les *pseudovomiques*. Ces pseudovomiques se rencontrent surtout chez les tuberculeux pulmonaires à la 3e période (*cavernes*); elles s'observent encore au cours de la dilatation des bronches, de l'aspergillose, de l'anthracose, de la syphilis pulmonaire.

Il résulte de cette définition que la vomique est un *syndrome* dont l'intérêt réside surtout dans la recherche de l'affection qui l'a provoquée. Nous allons d'abord décrire le *syndrome*, puis après l'avoir différencié des affections qui lui ressemblent nous en détaillerons la valeur séméiologique.

CLINIQUE. — Suivant l'importance de la collection purulente qui s'évacue par les bronches, suivant également l'origine même de cette collection purulente, le tableau clinique est extrêmement variable; il est impossible de le schématiser en un type uniforme; cependant il est un point par lequel toutes ces modalités cliniques se ressemblent assez, c'est l'IMPRÉVU de la vomique elle-même. Il est bien rare que son apparition ne soit pas une surprise; c'est cette apparition qui bien souvent au contraire fixe un diagnostic jusque-là très hésitant. Néanmoins il est possible, dans un certain nombre de cas, de relever des *prodromes* qui peuvent permettre de prévoir, à plus ou moins longue échéance, l'apparition de la vomique.

PRODROMES. — Lorsque l'évolution clinique de l'affection en cours permet d'affirmer l'existence d'une pleurésie purulente enkystée, d'un abcès du poumon, que la radiographie, la ponction exploratrice auront également confirmé, on sera alors parfaitement autorisé à prévoir (si l'on n'intervient pas chirurgicalement sur cette collection purulente), l'apparition d'une vomique à plus ou moins longue échéance.

Et si, comme l'a bien fait remarquer M. le prof. Dieulafoy, on constate chez le malade l'existence de petites *hémoptysies* ou l'apparition de grandes hémoptysies, si surtout l'haleine devient fétide, on pourra annoncer, presque à coup sûr, qu'une vomique se produira avant deux à trois jours.

Mais, en dehors de ces cas, le plus souvent la vomique apparaît *brusquement*, précédant alors le diagnostic jusque-là hésitant.

Suivant la quantité de pus évacuée, les symptômes qui accompagnent la vomique diffèrent considérablement; il est indispensable d'envisager *plusieurs types*.

a. GRANDE VOMIQUE. — Il s'agit, par exemple, d'un sujet porteur d'une *pleurésie purulente* de l'interlobe ou de la grande cavité, pleurésie para ou métapneumonique, ou bien, comme nous le verrons plus loin, d'un sujet chez lequel une énorme collection purulente, périrénale, sous-diaphragmatique, etc., fait brusquement irruption grâce à des adhérences antérieures dans une bronche; le sujet ressent tout à coup une douleur violente dans le thorax, il éprouve une sensation de déchirure, il pâlit, puis brusquement, au milieu d'une quinte de toux, il vomit une énorme quantité de pus; l'irruption est si brutale que le pus sort à la fois et à flots par la bouche et le nez, tout l'appareil respiratoire peut être envahi par le pus, et dans ces conditions le malade peut succomber ASPHYXIÉ.

Si cette asphyxie ne se produit pas, le malade, la figure congestionnée, secoué par une quinte de toux extrêmement pénible, finit par se débarrasser des flots de pus qui avaient envahi ses bronches. Mais à ce moment l'état général est grave : le pouls est rapide, le malade est angoissé, effrayé, couvert de sueurs; il existe une tendance très marquée à la syncope, au collapsus, en même temps que persiste une dyspnée souvent très marquée.

La *quantité* de pus évacuée peut atteindre et dépasser un litre. Quant à l'odeur et aux qualités de ce pus elles sont très variables suivant l'affection causale, et nous n'insisterons pas pour le moment sur ces caractères.

Ce qu'il faut retenir de cette forme c'est tout d'abord sa gravité puisqu'elle peut tuer le malade par asphyxie, ou syncope cardiaque; c'est ensuite son allure dramatique dans la totalité des cas; c'est enfin l'ensemble des signes physiques que l'on pourra trouver chez le malade une fois l'évacuation achevée, et dont la recherche est du plus haut intérêt. De ces signes dépend, en effet, le diagnostic de l'affection causale. S'il s'agit de pleurésie interlobaire enkystée, on trouvera des signes cavitaires au niveau de la scissure; s'il s'agit de pleurésie de la grande cavité, on constatera les signes d'un pneumothorax; et si la collection venait d'un abcès sous-phrénique on pourra constater les signes d'un pyopneumothorax sous-phrénique, etc. Tous ces signes seront complétés toujours utilement par un examen radioscopique.

Ces signes physiques comportent d'ailleurs un autre intérêt; ils permettent d'apprécier l'évolution anatomique de la cavité purulente; grâce à eux on saura si la collection purulente se reforme, si au contraire elle a tendance à rétrocéder, si elle est fistulisée, etc.

b. VOMIQUE DE MOYENNE ABONDANCE. — Cette deuxième forme de vomique est celle qui de beaucoup est la plus fréquemment rencontrée en clinique : il s'agit de sujets porteurs d'une pleurésie purulente enkystée, d'un abcès du poumon, etc., bref de collections purulentes dont la quantité de pus ne dépasse pas 200 à 300 grammes.

Brusquement le malade est pris d'une toux quinteuse, en même temps qu'il accuse une sensation fétide dans l'arrière-gorge; une petite hémoptysie peut se produire, et brusquement un flot de pus lui remplit la bouche, il expectore ainsi en deux ou trois fois 100 à 150 gr. de pus, puis en une série d'expectorations successives, il évacue encore quelques crachats purulents; les symptômes généraux sont à peu près nuls, à peine un peu de dyspnée, de tachycardie; les symptômes physiques sont encore ceux d'une caverne, mais moins vaste et beaucoup plus limitée que dans la forme précédente.

c. VOMIQUE FRACTIONNÉE. — Il ne s'agit plus ici d'un véritable vomissement de pus évacuant en une seule fois la collection purulente; cette évacuation se fait en plusieurs fois, au cours d'expectorations successives, et assez éloignées; mais, néanmoins, cette expectoration diffère de celle qui accompagne les crachats ordinaires; elle ramène à chaque fois du pus non mélangé à des mucosités et en quantité plus appréciable que dans l'expectoration banale.

Cette vomique ne s'accompagne d'aucun retentissement sur l'état général, elle peut même échapper au malade et elle demande parfois à être dépistée, le malade se contentant de répéter qu'il a craché et non vomi; c'est à la limite de ces formes que le diagnostic peut devenir très hésitant entre les vomiques et les pseudovomiques, et demande pour s'affirmer un interrogatoire très précis des conditions dans lesquelles cette expectoration s'est produite.

CHEZ L'ENFANT, la vomique passera souvent inaperçue, l'enfant déglutissant ses expectorations : il sera utile alors, pour affirmer le diagnostic de vomique, de pratiquer un lavage de l'estomac ou de rechercher dans les selles la présence du pus qui, le plus souvent d'ailleurs, déterminera une diarrhée assez violente.

Telles sont les modalités cliniques que revêt en clinique le syndrome vomique.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 11. — SAMEDI 31 JANV. 1920. 93e ANNÉE. SAMEDI 31 JANV. 1920. — N° 11.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 15 francs par an. Étudiants étrangers, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 6 fr. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 26 janvier. — MM. Sézary, 20 ; Salomon et Lévy-Valensi, 19.

Séance du 28 janvier. — MM. Debré, 19; Géraudel, 17; Brulé, 20.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Lecture des copies.* — *Pathologie.* — Séance du 27 janvier. — MM. Metzger, 8; Théodoresco, 13; Chevallier (Henri), 12; Privé, 8; Grenier, 12; Philippeau, 8; Lemariée, 14; Barreau, 11; Surun, 13; Binet, 10.

Anatomie. — Séance du 26 janvier. — MM. Bazert, 13; Blot, 10; Grellety-Bosviel, 12; Pouey et Duchamp de Lageneste, 9; Ruppe et Laurent (Pierre), 13.

Séance du 28 janvier. — Mlle Thivolet, MM. Dambier et Guérin, 12; Basch, 11; Froment et Lelong, 13; Bertrand (Yvan), 12.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Anatomie.* — Séance du 27 janvier. — Question donnée : « Artère carotide externe. »

MM. Cahen et Bernard (Raymond), 15 1/2, Brenniel, 17; Breuillé et Boullard, 15; Briault, 17; Bascourret, 16; Berthet, 11; Brocheriou, 8; Barret, 18; Bonis, 11; Boudrant, 17; Avramovitch, 11; Armingeat, 17; Adam, 15; Bitterlin (Charles), 8; Boehler, 12; Bourdon, 14; Boissel, 9; Appert, 15.

CONCOURS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — Attribution des points militaires :

MM. Contet, 12 1/4; Sasportes, 11 1/4; Renault, 8 1/4; Papillon, 3 1/4; Guyonnaud, 3 3/4; Routhier, 5 1/2; Hébert, 5 3/4; Pasquet, 4 3/4; Nicaud, 3 1/4; Lassance, 12 1/2; Lévy, 4 3/4; Pillot, 8; Sautelet, 3 1/2; Netter, 12; Fourgous, 5 1/2; Salomont, 7 1/2; Savatier, 1 1/2; Bilbaut, 12; Lépagnole et Sondag, 7 3/4; Blanc, 7 1/2; Balizeau, 3 1/4; Vincant, 7 3/4; Barbarin, 4 1/4; Broustail, 9 1/2.

Classement :

MM. Contet, 70 1/4; Sasportes, 69 1/4; Renault, 66 1/4; Netter, 65; Lassance, 63 1/2; Papillon, 60 1/4; Hébert, 59 3/4; Routhier, 59 1/2; Bilbault, 58; Guyonnaud et Pasquet, 57 3/4; Pillot, 57; Nicaud, 56 1/4; Trocmé, 55; Lévy, 54 3/4; Salmont, 54 1/2; Lépagnole et Sondag, 53 3/4; Mlle Kœssler, 53; M. Fourgous, 52 1/2.

HOPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — Après concours, MM. Creyx et Desqueyroux ont été nommés médecins adjoints des hôpitaux.

— ROUEN. — Un concours pour la nomination de deux médecins adjoints des hospices civils de Rouen aura lieu le 15 avril 1920, à l'hospice général de Rouen. Se faire inscrire à la direction à l'hospice général, avant le 20 mars 1920.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE SOCIALE. — Il est créé au ministère de l'hygiène un conseil supérieur de la natalité composé de 30 membres, chargé de rechercher toutes les mesures susceptibles de combattre la dépopulation, d'accroître la natalité, de développer la puériculture et de protéger et honorer les familles nombreuses.

Le conseil procédera à l'examen des dispositions intéressant la natalité pouvant être introduites dans tous les projets ou propositions de lois.

Dans chaque département il est créé une commission départementale de la natalité.

MINISTÈRE DES PENSIONS, PRIMES ET ALLOCATIONS DE GUERRE. — Sont rattachés au ministère des pensions :

A. Organes détachés de la Guerre : 1° service général des pensions; 2° office national des sépultures; 3° bureau de comptabilité (permis de démobilisation, pécule, etc.); 4° service des emplois réservés; 5° service des expertises médicales (commission consultative médicale, centres spéciaux de réforme, commissions de réforme); 6° service de l'appareillage; 7° institution nationale des invalides.

B. Organes détachés de la Marine : 1° section des pensions; 2° centres de réforme.

C. Organes détachés de l'Intérieur : l'office national des mutilés et réformés de guerre.

L'administration centrale du ministère comprend : 1° le cabinet du ministre ; 2° la direction des pensions aux militaires

et marins, secours, renseignements aux familles; 3° la direction des expertises médicales; 4° la direction des soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques; 5° la direction du contentieux, des emplois réservés et des victimes civiles de la guerre; 6° la direction de la comptabilité.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs :

(A titre posthume.)

Hébrard (Gaston-Emile), médecin aide-major de première classe : tué le 30 septembre 1915, dans l'exercice de ses fonctions au moment où il faisait un pansement à un blessé, venu directement de la ligne de feu au relai d'évacuation du groupe de brancardiers. Déjà proposé pour une citation pour sa belle conduite, lors d'une mission récente de désinfection du champ de bataille. A été cité. (*J. O.*, 9 janv. 1920.)

Le Maguet (Paul-Emile), médecin aide-major de première classe : a fait toujours plus que son devoir, estimant qu'on n'en faisait jamais assez. Est tombé frappé d'une balle, le 18 février 1915, alors que, sans souci du danger, il allait en ligne assurer son service. Croix de guerre avec palme. (*J. O.*, 9 janv. 1920.)

Vellutini (Jean-Charles), médecin aide-major de première classe : médecin d'un courage et d'un dévouement également admirables. Bien que par son âge il fût dans le cas d'être classé dans un service de l'intérieur, n'a jamais voulu abandonner les batteries de tir. A été frappé mortellement, le 15 juillet 1915, pendant qu'il allait donner ses soins aux blessés de son groupe, parcourant sans souci du danger des espaces découverts, battus par un bombardement d'une violence extrême. A été cité. (*J. O.*, 9 janv. 1920.)

Binet (Victor-Aimé), médecin aide-major de deuxième classe : médecin dévoué et consciencieux, qui a toujours donné le plus bel exemple de sang-froid et d'abnégation. A été mortellement atteint, le 27 mai 1918. A été cité. (*J. O.*, 9 janv. 1920.)

Carli (Charles-Pierre), médecin aide-major de deuxième classe : a affirmé toutes ses brillantes qualités comme chef de service dans un groupe d'artillerie, notamment aux attaques à l'ouest de Reims, en avril 1917. Tombé glorieusement pour la France, sur les positions de batterie, le 17 octobre 1917. A été cité. (*J. O.*, 9 janv. 1920.)

Letourneur (Louis-Victor), médecin aide-major : médecin aide-major très zélé. Mort pour la France, victime de son dévouement, des suites d'une chute de cheval, faite le 14 novembre 1917, en allant voir un soldat permissionnaire pour lequel on réclamait ses soins. Citation en exécution de l'article 277 du service courant. (*J. O.*, 9 janv. 1920.)

Lafont (Hippolyte-Henri), médecin aide-major de deuxième classe : médecin d'un dévouement et d'un courage hors de pair, s'est signalé en soignant sous le feu, des blessés étrangers à son unité. A trouvé la mort, le 3 août 1916, en se déplaçant dans un terrain dangereux, pour donner lui-même, de vive voix, des instructions à ses infirmiers. A été cité. (*J. O.*, 9 janv. 1920.)

Costil (Albert-Alfred), médecin aide-major de première classe : médecin d'un courage et d'un dévouement admirables. Du 11 au 12 juin 1917, s'est porté seul sous un bombardement violent, au secours de deux blessés étrangers à son groupe. A été tué en revenant à son poste de secours après les avoir évacués. A été cité. (*J. O.*, 9 janv. 1920.)

Boschet (François-Pierre), médecin aide-major de deuxième classe : a fait preuve, en toutes circonstances, d'un dévouement absolu et d'une abnégation totale de lui-même dans l'exécution de son service. Mortellement frappé, le 25 mars 1916, par des éclats d'obus en se portant au secours des blessés, sous un bombardement des plus violents. A été cité. (*J. O.*, 9 janv. 1920.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Thèses.* — *Mercredi 4 février.* — Jury : MM. Roger, président; Legueu, Branca et Retterer. — Mlle Revon. Les mensonges de l'enfant normal et pathologique. Leurs conséquences judiciaires. — M. Jorand. Traitement des complications locales et générales de la blennorragie par les sels arsenicaux.

Jeudi 5 février. — Jury : MM. Gilbert, président; Carnot, Vaquez et Ménétrier. — M. Duntz. Etude de la pression artérielle dans l'insuffisance aortique. — M. Capoulade. Etude des réactions méningées au cours de l'intoxication alcoolique. — Mme Porcher. Une année dans un centre neurologique d'armée. — M. Castille. Etude clinique et pathologique du scorbut chez l'adulte. — M. Ducasse. La glande thyroïde dans le rhumatisme articulaire. — M. Tournay. Le scorbut aux armées. — M. Guilmoto. Contribution à l'étude de la tension artérielle chez le tuberculeux.

Jury : MM. Bar, président; Jeanselme, Duval et Zimmern. — M. Richard. Le rôle médical de l'ampoule Coolidge. — M. Lebreton. Le ptyriasis rosé de Gibert est une tuberculide. — M. Digeon. Traitement des fractures des os longs par la méthode Parkam et Martin. — M. Macquart. Contribution à l'étude des rétrécissements du vagin.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — *Thèses.* — M. Filliol. Le traitement de la fièvre typhoïde par l'iode. — M. Tran van Don. Contribution à l'étude de l'ascaridiose chez les Annamites. — M. Pandellé. Le traitement de la mort apparente du nouveau-né. — M. Talboom. De l'évolution clinique maligne dans les fibromes de l'ovaire. — M. Grellier. Contribution à l'étude de l'extrait d'hypophyse en obstétrique.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Moty, médecin principal de première classe en retraite, agrégé du Val-de-Grâce, membre de la Société de chirurgie; Antoine Ritti, médecin en chef honoraire de la Maison nationale de Charenton, médecin inspecteur honoraire des asiles d'aliénés de la Seine, ancien président de la Société clinique de médecine mentale; Octave Soyer (de Chaon); Vouillemin (de Bourmont).

STATISTIQUE MUNICIPALE DE LA VILLE DE PARIS. — On a enregistré, du 1er au 10 janvier, 1.434 décès, au lieu de 1.419, moyenne ordinaire de la saison.

La variole a causé 2 décès (moyenne 0).

La scarlatine a causé 3 décès. On a signalé 168 cas (moyenne 69).

La diphtérie a causé 12 décès (moyenne 4); cas nouveaux signalés 107 (moyenne 50).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 336 décès (moyenne 273).

60 décès ont été attribués, en outre, à la grippe.

Il y a eu 3 décès par méningite cérébro-spinale épidémique; 3 cas nouveaux ont été signalés.

Notons que le nombre des naissances dépasse celui des morts. Il est né 1.469 enfants vivants et 59 morts-nés.

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE. (Hôpital Broca. Service de M. le professeur J.-L. Faure.) — *Cours de perfectionnement.* — M. le docteur E. Douay, chef de clinique, et M. le docteur M. Haller, chef de clinique adjoint, feront un cours de perfectionnement à la clinique gynécologique (hôpital Broca), du lundi 9 au mercredi 25 février. Les leçons auront lieu tous les jours, sauf les dimanches et jours de fêtes, à dix-sept heures. Le cours complet en douze leçons aura un caractère essentiellement pratique. Les élèves seront exercés individuellement à l'examen gynécologique des malades.

Le droit à verser est de 100 francs.

Un certificat d'assiduité sera délivré à la fin du cours.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants titulaires de seize inscriptions, sur la présentation de la quittance de versement.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

RENSEIGNEMENTS

550. — **DACTYLO**, connaiss. parfait. termes médic., dem. trav. Sér. référ. — Mme Bonnetain, 13, rue Séguier, Paris.

REVUE GÉNÉRALE

LES MÉNINGITES DANS LA SYPHILIS ACQUISE ET HÉRÉDITAIRE

Par le Dr R. BARTHÉLEMY,
Médecin de la Maison départementale de Nanterre.

La syphilis est capable de faire toutes les formes cliniques de méningite. Mais sa détermination méningée la plus redoutable *n'est pas clinique* et nécessite pour se manifester l'aide du laboratoire, précisément pendant la période souvent très longue où elle prépare des altérations tissulaires qui deviendront un jour indélébiles.

Ce qui doit à l'heure actuelle prendre le pas dans une étude sur les méningites syphilitiques, c'est le trouble, histologique d'une part, qui exige une biopsie, biopathologique d'autre part, qui exige la mise en œuvre des réactions chimiques et organiques. La *ponction lombaire* permet les unes et les autres. C'est à elle en partie qu'on doit la certitude de ce qui ne fut longtemps qu'une hypothèse discutée, l'origine méningo-syphilitique de nombreuses affections nerveuses. Ici le laboratoire a dépassé la clinique en mettant en évidence des troubles souvent *préparatoires*, précliniques (Ravaut), premiers et insidieux fauteurs des plus graves désordres futurs, troubles d'un intérêt pratique immédiat par leur curabilité plus grande et le caractère en quelque sorte préventif de leur guérison. On doit donc faire, dans l'étude des méningites syphilitiques, une place nécessaire aux épreuves de laboratoire, qui ne sont pas confirmatives d'une évidence clinique, mais bien premières par leur valeur de symptôme unique et précoce, d'élément pronostique essentiel, d'indication thérapeutique formelle, comme l'ont bien montré les travaux de l'école française (Widal, Sicard, Ravaut, Jeanselme, Babinski, Nageotte, Milian, Guillain, Cl. Vincent).

La notion de syphilis nerveuse est dominée par celle de la réaction préalable, parfois bruyante, le plus souvent muette et sournoise, chronique et latente, des méninges vasculaires et du liquide céphalo-rachidien. Cette réaction méningée n'est pas forcément de la période secondaire. On voit au contraire souvent de telles réactions, flambées intenses d'origine septicémique, s'éteindre définitivement. C'est *à toute période* de la syphilis acquise *ou héréditaire*, que peut s'installer la méningite chronique, ancêtre commun (Cl. Vincent) du tabes, de la paralysie générale, de l'hémiplégie, la méningo-myélite diffuse, la myélite transverse ou les hybrides (syndrome Guillain-Thaon par exemple). L'essence de la méningo-vascularite est une (Ravaut). Ce sont ses modalités d'évolution ou de siège qui font la diversité immense des affections nerveuses, *ses séquelles*.

Étiologie. — La syphilis étant la cause efficiente, la méningite syphilitique est habituellement primitive, qu'il s'agisse d'un cas acquis ou héréditaire. Toutefois il existe des cas de méningite syphilitique consécutive à une propagation venue du système nerveux ou des parois du contenant osseux.

Les causes prédisposantes ne sont pas négligeables : dépression et usure intellectuelle ou physique (prédominance dans le sexe masculin), et surtout atteinte préparante du système nerveux par un poison électif (alcoolisme, saturnisme). Il semble aussi que le genre même de syphilis importe (chancres extragénitaux, épidémies de syphilis nerveuses contractées à la même source, syphilis bénignes dans leurs manifestations tégumentaires). Il faut ajouter encore, dans l'hérédo-syphilis, le pouvoir de déclenchement d'une infection banale sur la méningite spécifique (Hutinel et Nadal).

Expérimentalement, il a été possible de reproduire des syphilis nerveuses avec réaction méningée.

Anatomie pathologique. — Les formes *aiguës et subaiguës* de la méningite syphilitique sont constituées par une pie-mérite avec vascularisation exagérée, œdème et tuméfaction de la leptoméninge. Mais on peut voir aussi une méningite diffuse exsudative qui présente en outre de ces lésions une couche d'exsudat gélatiniforme et grisâtre, mêlée de rouge, étalée en traînées pseudopurulentes sur la pie-mère.

Histologiquement dominent les lésions de vascularité spécifique avec une infiltration lymphocytaire à point de départ surtout périartériel, et qui varie suivant l'âge de l'infection : diffuse en période secondaire, s'organisant plutôt en plasmome spécifique dans les lésions tertiaires.

Les formes *chroniques* présentent dans les cas typiques des altérations gommeuses ou scléreuses, isolées ou combinées.

Les *gommes* peuvent être miliaires, nombreuses et tenant aux vaisseaux comme des fruits à leurs branches, et donner l'aspect granuleux macroscopique de la méningite tuberculeuse. Habituellement, elles sont moins abondantes quoique rarement solitaires, et plus volumineuses, tantôt disséminées, tantôt agminées. Leurs connexions vasculaires sont alors moins nettes, et d'ailleurs ces gommes peuvent siéger dans la dure-mère, sans rapports apparents avec les vaisseaux. Localisé d'abord aux méninges, le processus gommeux gagne ensuite la substance nerveuse, préparant la lésion cicatricielle, irrémédiable, de celle-ci.

Le siège cérébral le plus fréquent est *basilaire*, à l'origine des principaux nerfs craniens, ce qui explique la richesse de la symptomatologie. La gomme se voit aussi à la *convexité* cérébrale, surtout en avant. La *sclérose* est rarement très étendue. Une de ses origines est le processus de réparation gommeux. Souvent aussi elle est primitive, et même alors ordinairement circonscrite. Elle produit une méningite avec induration, épaississement fibreux et symphyse des méninges entre elles et avec les tissus sus et sous-jacents. Ces placards affectionnent aussi la région basilaire des émergences nerveuses. Ils produisent souvent des lésions très localisées (pseudotumeurs cérébrales de Noune).

Très fréquemment le trouble n'est pas pur : l'association *scléro-gommeuse* unit les deux grandes

lignées de phénomènes, et l'on trouve au sein du tissu fibroïde des nodules embryonnaires gommeux, ou plus franchement des lésions scléro-gommeuses éparses qui donnent cliniquement la pseudoparalysie générale syphilitique de Fournier.

Les mêmes faits s'observent pour les enveloppes médullaires. Rien de particulier aux processus aigus, d'ailleurs presque toujours cérébro-spinaux. Dans le processus chronique, la gomme est moins fréquente, l'association scléro-gommeuse plus habituelle. Enfin la sclérose se développe parfois en un véritable anneau cirrhotique qui étrangle la moelle comme les cirrhoses capsulaires étouffent le foie. L'anneau peut être incomplet, et affectionne plutôt alors la face postérieure de la moelle cervicale. C'est à ces cas que correspond le syndrome de la pachyméningite cervicale hypertrophique. Dans d'autres, il se produit une symphyse totale qui isole la partie inférieure de la cavité sous-arachnoïdienne, et s'accompagne de *xanthochromie* et de *coagulation massive* du liquide céphalo-rachidien (Froin).

Quelle que soit la partie sous-jacente aux méninges lésées (cerveau, moelle, nerf radiculaire), l'atteinte inflammatoire, aiguë ou chronique, peut s'y propager (méningo-encéphalite, myélite, radiculite). Faut-il voir là un processus général capable d'éclairer la pathogénie de toutes les affections neurosyphilitiques? La question est discutée. En fait, il est souvent facile de suivre la marche périvasculaire de la propagation, sous forme d'un manchon de cellules rondes, qui quitte la méninge avec son artériole, pour plonger en plein tissu nerveux.

Ou bien c'est la sclérose qui gagne de proche en proche et pénètre la névroglie. A la base du processus, le tréponème peut être décelé, principalement dans les vaisseaux de la pie-mère. Mais dans la paralysie générale en particulier son siège est moins méningé qu'encéphalique, ce qui explique peut-être son inviolabilité relative par les divers traitements.

Il faut mentionner d'autre part la *pachyméningite hémorragique*, syndrome réalisé par diverses infections ou intoxications chroniques, et souvent à ce titre par la syphilis, même chez l'enfant, le nourrisson et le nouveau-né (Rosenberg-Kowitz).

Elle siège le plus souvent à la convexité et débute par une congestion avec rougeur et surface tomenteuse, au doigt surtout. Des couches néomembraneuses se stratifient peu à peu, la plus interne restant toujours lisse. Enfin dans leur épaisseur se produisent des ecchymoses qui peuvent devenir kystiques. La pie-mère est infiltrée d'abord, puis sclérosée.

Microscopiquement, les néomembranes ont une structure inflammatoire et bourgeonnante avec des vaisseaux du type capillaire ou à parois dégénérées dont la fragilité explique l'hémorragie.

La pachyméningite rachidienne présente les mêmes caractères.

Liquide céphalo-rachidien. — A la suite immédiate de l'anatomie pathologique vient l'étude du liquide céphalo-rachidien, approfondie chaque jour en clinique, et qui confirme chaque jour ce qu'a dit en particulier M. Ravaut : « La ponction lombaire permet de dépister, longtemps avant que n'apparaissent les signes cliniques, la méningo-vascularite qui va créer un tabes ou une paralysie générale... » ou encore une méningo-myélite, une paralysie partielle, « affections dépendant, à leur début tout au moins, de lésions méningo-vasculaires, comme l'ont mis en lumière les beaux travaux histologiques de Nageotte, de Marie et Guillain, de Vincent, de Tinel... »

Il peut paraître déplacé d'étudier ici les modifications du liquide céphalo-rachidien. Nous estimons au contraire que c'est donner au principal élément de la notion des méningites syphilitiques son relief, et sa valeur *préclinique*.

Le liquide peut être modifié d'*aspect :* clair ou puriforme, louche ou simplement *moiré* (Nageotte), ce qui indique une hypercytose importante.

Sa *coloration* est habituellement nulle, sauf dans les cas de xanthochromie très rares, ou d'hémorragie méningée. On n'observe qu'exceptionnellement le coagulum fibrineux si fréquent dans d'autres méningites (di Porto).

La *pression* est souvent augmentée. On l'apprécie soit avec un rachimanomètre (Claude), soit par le mode d'issue du liquide (gouttes lentes, pressées, jet, etc.).

L'*hypertension* peut être la seule anomalie (avec ou sans signes cliniques, ordinairement avec une céphalée intense soulagée par la ponction). Elle s'accompagne le plus souvent d'une très légère augmentation de l'albumine et de quelques grandes cellules uninucléées (Ravaut).

La *réaction cytologique* s'observe aux différentes périodes de la syphilis. C'est habituellement une lymphocytose. Mais les *polynucléaires* sont loin d'être exceptionnels, surtout dans les processus aigus, où c'est leur abondance qui trouble le liquide, et leur présence est en faveur de la syphilis. Dans certains cas de lésions en activité, on trouve aussi des mononucléaires à type de plasmazellen ou *plasmocytes :* cellules uninucléées, à gros noyau excentrique et radié, à protoplasma abondant, grumeleux, fortement basophile, avec un espace clair autour du noyau. Beaucoup plus rarement se voient quelques éosinophiles.

La quantité des éléments varie beaucoup. On la juge soit par examen direct sur lames après centrifugation, soit à la cellule de Nageotte. Il est admis que normalement il existe moins d'un lymphocyte par champ ou par millimètre cube. L'*albuminose*, étudiée en France dès 1903, est fréquente. On la considère comme anormale lorsqu'elle excède 0,20 par litre. Le dosage se fait d'une façon pratique par comparaison avec l'échelle de M. Bloch ou au rachialbuminimètre de Sicard et Cantaloube.

A l'étranger, ce qui intéresse, ce n'est pas l'albumine totale, mais la *globuline*. Recherchée dès 1903 par Widal, Sicard, Ravaut, elle fut ensuite l'objet d'une réaction spéciale au sulfate d'ammonium, revenue d'Allemagne sous le nom de réaction de Nonne-Apelt. Si on la décèle avec l'acide butyrique, on fait la réaction de Noguchi. La majorité des auteurs français préfèrent l'étude de l'albumine totale à celle de la globuline, dont la valeur dia-

gnostique est « des plus médiocres » (Babonneix et Javillier).

L'hyperalbuminose est un signe général de réaction méningée. Mais il faut signaler avec Ravaut que, chez les syphilitiques où elle est forte, le liquide céphalo-rachidien a une réaction de Wassermann positive. Elle est en outre spécifique, car chez les non-syphilitiques qui la présentent, le Wassermann est négatif. Mentionnons l'*hyperglycorachie* inconstante (Weill).

La *réaction de Wassermann céphalo-rachidienne* est indépendante de celle du sang, et plus sûre. Sa présence indique avec certitude une lésion en évolution. Ainsi est-elle *constamment* positive dans la paralysie générale progressive (Sicard et Roger). Son absence ne dénie pas l'atteinte syphilitique, qui toutefois est alors minime, ancienne ou activement modifiée par le traitement.

Enfin il y a lieu de mentionner la réaction de Lange ou *de l'or colloïdal*, beaucoup plus employée à l'étranger qu'en France, et basée sur la précipitation du colloïde par les substances développées dans le liquide céphalo-rachidien par la syphilis.

Cette réaction sert au diagnostic de la variété d'altération syphilitique, en donnant des valeurs qu'on apprécie sur courbe (intensité de la précipitation dans des solutions progressivement étendues) et constamment plus élevées pour la paralysie générale progressive, puis pour le tabes, que pour les autres formes de syphilis neuro-méningées.

Le *tréponème* a été longtemps cherché sans résultat dans le liquide céphalo-rachidien. Il se révèle parfois à l'ultramicroscope, ou mieux aux colorations habituelles. Souvent d'ailleurs, même avec des résultats microscopiques négatifs, en injectant le culot de centrifugation dans le testicule du lapin (Wille), on provoque une réaction qui peut ultérieurement prendre le caractère gommeux, et dans laquelle, au bout de quatre à quinze jours et plus on peut trouver le tréponème au sein du stroma testiculaire.

Interprétation des résultats de la ponction. — Les divers résultats que nous venons d'énumérer en masse sont susceptibles de groupements symptomatiques. Pour la période secondaire, Jeanselme et Chevallier ne distinguent pas moins de 5 degrés : leucocytose d'alarme et leucocytose faible, au-dessous de sept éléments par millimètre cube, et sans réaction autre ; leucocytose moyenne avec ou sans albumine, et mêlée de plasmocytose (degré important, car il représente le seuil de l'atteinte méningée durable) ; leucocytose forte ordinairement accompagnée d'hyperalbuminose ; leucocytose énorme et toujours avec hyperalbuminose, mais néanmoins dépourvue totalement d'extériorisation clinique.

On peut avec Ravaut décrire, d'une façon plus générale, trois types de réaction : 1. hypertension, albuminose légère, quelques grands mononucléaires ; 2. lymphocytose ou mieux hypercytose (car si le fond est lymphocytaire, il s'y joint souvent des polynucléaires et des plasmocytes) avec ou sans augmentation de l'albumine ; 3. type complet avec hypertension fréquente, trouble du liquide, forte réaction lympho-polynucléo-plasmocytaire, hyperalbuminose, Wassermann positif en rapport avec l'intensité de celle-ci.

Bien entendu, il existe des formules de transition. De plus on peut voir le Wassermann isolé. C'est rare et transitoire, mais formellement significatif ; la leucocytose seule, quoique peu fréquente, existe aussi et n'est pas sans valeur, surtout quand ce n'est pas une lymphocytose pure ; l'hyperalbuminose solitaire n'indiquerait pas, d'après M. Bloch et A. Vernes, l'existence d'une méningite active. Il faut encore ajouter un syndrome d'hypercyto-albuminose avec Wassermann négatif, témoignant d'un processus modéré ou des bons effets d'un traitement en cours. Le Wassermann peut d'ailleurs, parfois, notamment par simple injection de 4 centimètres cubes de sérum de chien (Sicard et Roger) être réactivé dans le liquide prélevé deux jours après.

D'après Sicard et Roger, dans le cas d'une évolution progressive malgré traitement, on observerait l'albumine première en date, puis l'hypercytose, enfin le Wassermann.

Pour Ravaut, son premier type existe chez des syphilitiques anciens, et au début de la période secondaire (exanthème méningé de Boidin et Weill).

Le deuxième type se voit aussi en période secondaire, et son intensité est en raison directe de celle des accidents cutanés de caractère secondaire, signes de septicémie. Mais il est surtout le type général de la réaction méningée chronique avec quelques signes organiques : troubles oculaires, auriculaires, paralysie faciale et toutes les affections systématisées du système nerveux.

Le troisième type n'a rien non plus de propre à l'âge ou à la localisation de la syphilis nerveuse, « il est en rapport avec les lésions méningo-vasculaires qui, selon leur siège et leur intensité, se traduisent à l'extérieur par des signes cliniques aussi nombreux que variés. » C'est ainsi qu'on la voit lors des éruptions cutanées secondaires sévères (Ravaut) et des méningites aiguës ; elle ne manque guère lors des paralysies des nerfs craniens et de l'hémiplégie syphilitique.

Mais on la voit aussi, et elle prend sa pleine valeur, lors de ces réactions méningées chroniques *latentes* qui sont le prélude de faits graves (méningomyélite, tabes, paralysie générale) et dont la filiation n'est plus à discuter. Elle est *le seul symptôme objectif*, mais qu'il faut se donner la peine de chercher, de la phase préclinique de ces affections qui, une fois constituées, deviennent difficilement ou nullement curables. On arrive donc, logiquement, à la question que s'est posée depuis longtemps et qu'a résolue sur de vastes bases M. Ravaut dans son récent et magistral article : « Quand doit-on analyser le liquide céphalo-rachidien d'un syphilitique ? »

La question est d'ordre pratique, car la ponction lombaire est loin d'être acceptée de gaieté de cœur, et donne parfois, même dans les meilleures conditions, des malaises intenses et prolongés, d'ordre pronostique et *préventif*, car elle ne vise à rien moins qu'à la prophylaxie de toutes les affections nerveuses directement ou indirectement nées de la

syphylis, c'est-à-dire à la suppression, pour une bonne part, de ces malheureux infirmes qui, dans certaines classes, encombrent les plus vastes services de chroniques, et qui, dans d'autres classes, par leur déchéance prématurée à l'âge du plein rendement, privent d'une expérience ou de facultés rares un pays déjà tant appauvri.

Il faut donc savoir que « la plupart des processus nerveux de la syphilis s'accompagnent de méningite, et par suite déterminent des réactions du liquide céphalo-rachidien ». La plupart, mais non tous, car on doit admettre l'existence de lésions *intra*-névraxiales et non *méningo*-nerveuses.

Négative, la ponction lombaire fait donc éliminer le diagnostic de trouble organique, à part quelques lésions exceptionnelles très circonscrites ou profondes, dans lesquelles c'est d'habitude le Wassermann du sang qui répond (au besoin après réactivation), et le traitement préjuge en dernier ressort.

Positive, d'après les données qu'on a vues, et surtout le mode de réaction leucocytaire, elle montre l'existence d'une méningite et sa disposition évolutive. Chez le syphilitique sans trouble nerveux, la ponction lombaire doit être pratiquée, puisqu'elle seule « assure » à temps contre la méningite latente. Mais on peut ne la faire, chez un malade qu'on suit, que dans la quatrième année, pour éviter la confusion avec une réaction fugace d'ordre septicémique. Celle-ci peut toutefois être identifiée par ses caractères plus bénins (lymphocytose simple, peu d'albumine, Wassermann négatif). Chez un malade non suivi, M. Ravaut permet aussi d'attendre la quatrième année. Mais entre la quatrième et la dixième année, il ponctionne systématiquement le nombre des méningites latentes représentant encore la *moitié* des cas. Plus tard, il ponctionne aussi, mais avec moins de rigueur, l'expérience ayant montré qu'alors 75 p. 100 des cas sont extériorisés cliniquement. MM. Sicard et Roger sont à ce propos moins exigeants encore, puisque pour eux ce n'est qu'en cas de *suspicion* de troubles nerveux qu'il faut avoir recours à l'examen du liquide chez un syphilitique d'ancienne date, régulièrement traité.

Si la réaction est positive (les autres causes de méningite étant éliminées) le traitement doit rechercher sa négativation qui peut exiger plusieurs années, parfois même ne survient pas, ce qui annonce les plus graves conséquences. C'est ainsi qu'un Wassermann irréductiblement positif promet la paralysie générale. Il en est de même de la courbe fortement positive de la réaction de Lange, dite pour cette raison *courbe paralytique* (1). C'est ainsi également qu'on peut voir dans la paralysie générale une hypercytose tenace avec décharges de polynucléaires en rapport avec les poussées congestives (Widal et Lemierre, Mosny et Pinard).

L'*hérédo-syphilis*, pas plus à ce point de vue qu'à d'autres, ne doit être considérée comme une entité morbide spéciale. Qu'il y ait ou non des signes nerveux cliniques, on peut observer la réaction du liquide céphalo-rachidien avec ses différentes modalités, qui conservent ici la même valeur et permettent de prévoir et d'empêcher les graves séquelles d'une infection aussi menaçante que dans la forme acquise (encéphalopathies infantiles, tabes infantile, paralysie générale infantile, etc.).

Symptômes. — Si nous envisageons maintenant la physionomie clinique des méningites syphilitiques, il y a lieu de distinguer pratiquement et suivant l'ordre de fréquence :

1° *Des réactions latentes,* dont certaines, du début, semblent passagères et sans conséquences pour l'avenir, mais dont la plupart évoluent à bas bruit, des années durant, pour aboutir, par une cirrhosclérose propagée à la substance nerveuse, et *finalement incurable* malgré les antisyphilitiques, aux lésions *cicatricielles* et fixées de la « parasyphilis » nerveuse;

2° *Des méningites chroniques cliniquement extériorisées* (qui sont des réactions latentes parvenues au stade objectif);

3° *Des méningites aiguës* avec ou sans séquelles.

1. Réactions latentes. — La méningite latente, dans près de la moitié des cas, existerait en *période primaire,* non dans les tout premiers jours du chancre, mais en fin de période (Audry et Lavau) où le Wassermann a même été trouvé positif dans le liquide céphalo-rachidien bien qu'encore négatif dans le sang, et une réaction méningée vue au 15e jour par Nicolas (de Bucarest).

A la *période secondaire* elle est extrêmement fréquente, les deux tiers des cas en moyenne; même chez les Arabes, dit Montpellier, la réaction albumino-lymphocytaire est *à peu près constante* au début, puis tombe à la moitié des cas du 5e au 12e mois.

Nous avons vu qu'heureusement bon nombre de ces réactions, véritables roséoles méningées, disparaissent sans laisser de traces. D'autres persistent au contraire et peuvent, mais non constamment, mener — sans une rémission — à la complication nerveuse grave.

Enfin *à la période tertiaire,* il y a soit continuation de la méningite secondaire avec la même insidiosité, soit exacerbation, avec réaction albuminocytologique s'accompagnant d'un Wassermann progressivement positif, soit enfin naissance, sur un état normal, d'une réaction méningée se créant tardivement de toutes pièces. Ce dernier mode, assez peu fréquent, n'est pas le moins tenace ni le moins fécond en séquelles graves. Il peut apparaître, quoique rarement, des années après le chancre. Et seule la ponction lombaire, comme toujours, le met en évidence avant les accidents cliniques trop souvent irréparables.

2. Méningites chroniques. — Nous venons de voir la fréquence des méningites latentes qui peuvent rester telles jusqu'aux accidents les plus brusques et les plus définitifs. Mais elles peuvent aussi s'extérioriser par des signes cliniques, par un seul, parfois minime. Pourtant déjà, comme le dit Ravaut, ce signe n'est que « la traduction extérieure de la déchéance ou de la destruction d'une région du système nerveux; c'est un *fait acquis* contre lequel la théra-

(1) La précipitation complète de l'or en suspension étant cotée 5, la formule paralytique est, par exemple, 5.555.543.210.

peutique peut être impuissante, car elle est trop tardive ».

Le signe clinique le plus délicat est certainement l'*altération des réactions pupillaires*. Il est souvent isolé. Il faut d'autant plus le chercher : tout au début, il peut simplement consister dans l'*irrégularité* de la pupille associée à un certain degré de myosis, et que l'oculiste met volontiers en évidence pour cette raison par les mydriatiques. Le Wassermann rachidien coïnciderait fréquemment, d'après Merklen et Legras, avec ce trouble quasi imperceptible. Un degré de plus est le *signe d'Argyll-Robertson* (abolition à la lumière du réflexe conservé à l'accommodation) dont la valeur, sans être pathognomonique, reste très grande malgré quelques exceptions (syringomyélie unilatérale, tumeur du 3e ventricule, traumatisme (Bollack), par exemple). Enfin le trouble complet est constitué par la triade : immobilité (sans hippus ni fibrillation), inégalité, irrégularité. Or la ponction lombaire montre que d'aussi faibles manifestations cliniques correspondent souvent à de grosses réactions méningées.

Les autres signes cliniques sont habituellement dus aux atteintes précoces des nerfs craniens. Elles sont *parcellaires, transitoires,* et guérissent sans peine, mais ce sont des avertissements ultimes à ne pas négliger, car ils coïncident avec des altérations marquées du liquide céphalo-rachidien et sont l'expression de poussées d'une méningite latente : le nerf optique peut être touché et faire de l'amaurose passagère (Bourdier, Charleix). Le moteur oculaire commun donne du ptosis, de la diplopie avec ou sans strabisme apparent, une mydriase unilatérale, la paralysie du releveur de la paupière, toutes lésions qui « sentent la vérole » et apparaissent brusquement, après une céphalée intense, durent quelques semaines et sont sensibles au traitement. La paralysie faciale est fréquente. L'atteinte de la VIIIe paire ne l'est pas moins, dès la période secondaire (Ramadier) ou plus tard, et se traduit par des troubles labyrinthiques, des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, de la surdité. On peut voir aussi, mais bien plus rarement, des paralysies du trijumeau, du spinal ou de l'hypoglosse.

De la même façon, les *nerfs rachidiens*, lésés dans leur portion *radiculaire*, marquent leur souffrance par de la douleur et des altérations à type radiculaire de la sensibilité. Parfois, plus gravement encore, le signe révélateur est une abolition des réflexes tendineux, un trouble sphinctérien, un ictus. Alors l'avenir est presque irrémédiablement compromis, tant est tardive la manifestation clinique.

Indépendamment de ces signes nerveux dont certains, au contraire, constituent un minimum perceptible et nécessitent une analyse serrée, il existe des *signes fonctionnels,* dont la valeur est douteuse, mais qui devront au moins rappeler l'urgence d'une ponction lombaire si celle-ci n'a pas encore été faite : d'abord la *céphalée*, qui peut néanmoins ne correspondre à rien de méningé, pas même à l'hypertension d'un liquide normal en tout le reste. Mais elle est un bon signe de présomption quand elle est intense, totale ou étroitement circonscrite, ininterrompue et encore aggravée de paroxysmes. Un caractère habituel est l'apparition, inexpliquée, à heure fixe, ordinairement à la fin de l'après-midi, pour se prolonger dans la nuit. Accrue par les positions assise et debout, non modifiée par les médicaments, elle cède souvent à la ponction lombaire qui est alors implorée par le malade. Enfin, elle ne résiste pas au traitement.

La *chute des cheveux* est très fréquente. L'*asthénie* est à signaler ainsi que certains états d'engourdissement ou de douleur (courbature, rachialgie) comme des signes de présomption. Mais parfois ce tableau existe au grand complet sans la moindre anomalie du liquide céphalo-rachidien. La conclusion qui s'impose encore ici est la nécessité d'une ponction lombaire indépendante de signes discutables comme valeur ou tardifs comme apparition.

Les signes que nous venons de voir sont plutôt le fait d'une méningite *circonscrite* qui peut encore atteindre par exemple la convexité des hémisphères et donner de l'épilepsie, jacksonienne ou non, des troubles intellectuels, des paralysies des membres, etc.

La *méningite chronique diffuse* a une symptomatologie plus encéphalique que méningée. Baisse de l'intelligence ou délire généralisé, stupeur ou excitation maniaque, dépression mélancolique, démence, accompagnés ou non de paralysies partielles, en sont l'expression et méritent l'épithète de *formes mentales.*

Les *méningites chroniques spinales* présentent un premier temps de méningite *spinale pure* avec une rachialgie souvent très intense, de terribles douleurs irradiées à prédominance nocturne, une contracture de la colonne vertébrale. La durée en est parfois très courte avant le deuxième temps de *méningomyélite,* mais la guérison peut être obtenue avant celle-ci, qui survient parfois seulement après une vingtaine de jours. Elle est marquée par une paraplégie flasque avec atteinte des sphincters et qui peut, lorsque le pronostic devient favorable, tourner à la spasmodicité. Mentionnons la *paralysie spinale syphilitique d'Erb* (paraplégie spasmodique avec troubles des réservoirs) et la *myélite transverse*, qui s'accompagnent aussi de réactions du liquide céphalo-rachidien. A la région cervicale on observe la *pachyméningite cervicale hypertrophique* avec paralysie des membres supérieurs portant sur des groupes musculaires variés, et suivant le niveau avec des troubles oculo-pupillaires, respiratoires, du pouls, etc. Les amyotrophies chroniques, d'étendue variable, sont souvent la conséquence d'une méningo-myélite syphilitique (Léri).

Les formes *cérébro-spinales* ne sont pas rares, débutant ordinairement par des manifestations basilaires. Parmi elles, signalons en outre le *pseudotabes syphilitique*, pendant de la pseudoparalysie générale, et dont les lésions sont scléro-gommeuses et non purement fibro-pieménriennes. Enfin l'on peut voir des formes complexes : tabes combiné, syndrome Guillain-Thaon, lequel réalise la transition entre la myélite syphilitique, le tabes et la paralysie générale. Ces dernières affections constituent bien entendu, pour la moelle et pour le cerveau, les termes ultimes des réactions méningo-

névraxiales, avec des valeurs différentes toutefois.

La *pachyméningite hémorragique* mérite une place à part, à cause de son évolution en deux temps : stade de pachyméningite croissante, stade d'hématome. *Cranienne,* elle est souvent latente au premier stade, ou fait une céphalée à siège fixe et circonscrit qui est son meilleur signe, de la somnolence, de l'asthénie, des vertiges, des troubles légers de l'intelligence ou de la parole. Au deuxième stade, c'est brusquement ou en plusieurs ictus que l'hématome se manifeste par la céphalée, l'hébétude, la dépression, le coma. Convulsions ou paralysies, vomissements, se montrent sans ordre. Un signe capital doit être recherché, c'est la *stase papillaire* qui d'ailleurs ne fait pas le diagnostic avec une tumeur cérébrale. L'évolution est fatale et la mort plus ou moins rapide, avec une symptomatologie très diffuse.

Rachidienne, la pachyméningite hémorragique est rare. La première période est aussi souvent latente, ou marquée par des douleurs rachialgiques irradiées ou non, de l'exagération des réflexes tendineux. A la deuxième période, ce sont des signes aigus ou subaigus de compression médullaire, survenant progressivement ou par ictus. Le pronostic est grave.

Dans ces deux variétés la ponction lombaire ne signale rien, qu'un Wassermann inconstant et de l'hypertension. Mais il existe une forme de méningite chronique voisine, qui peut faire, tant au crâne qu'au rachis, de petites hémorragies méningées.

3. Méningites aigues. — Les méningites aiguës, bien que connues depuis longtemps, étaient encore discutées dans leur étiologie en 1900, par Klippel. En 1901, Debove et Castaigne publièrent un cas de méningite aiguë secondaire, avec ponction lombaire et guérison par le traitement spécifique. Ce cas fut suivi de bien d'autres également indiscutables.

Nous entrons ici dans la clinique moins fine, mais il importe précisément d'insister sur le fait que la méningite *aiguë* syphilitique est assez rare et que par suite son importance est diminuée d'autant en regard des réactions plus discrètes mais infiniment plus fréquentes et de pronostic plus grave que les siennes. M. Milian distingue 3 formes : méningite aiguë *diffuse secondaire,* méningite aiguë *tertiaire,* méningite aiguë *hérédosyphilitique* (voir plus loin).

Dans la syphilis acquise, la plus typique est la première : le malade, atteint d'un chancre quelques mois auparavant, porteur souvent d'efflorescences cutanées sévères, se met à souffrir d'une céphalée continue, rebelle, diffuse et augmentant la nuit. Le sommeil est impossible. Parfois se produisent des troubles labyrinthiques, vomissements et vertiges. Enfin quelques signes accessoires se montrent, d'ordre général ou fonctionnel : rachialgie, asthénie, etc. La période d'état offre avec fréquence un trouble oculaire, auriculaire, ou une paralysie faciale, qui durera peu. Le trépied méningitique est peu marqué. On observe plutôt un kernig modéré, un peu de raideur de la nuque, assez souvent de l'hyperesthésie douloureuse, tous signes qui sont loin de toujours « sauter aux yeux » et qu'il faut plutôt rechercher. Le pouls, la respiration sont peu troublés et ne se dissocient pas. Enfin souvent la température manque, mais non toujours (Heubner, Paillard et Desmoulières). Le liquide céphalo-rachidien est toujours en réaction, au moins moyenne. Le Wassermann peut y être négatif mais la formule cytologique est souvent riche en polynucléaires qui peuvent faire un liquide puriforme aseptique (Sicard et Roussy, Mosny et Portocalis, Paillard et Desmoulières), fait en tous points comparable à ceux signalés par le professeur Widal dans des méningites non syphilitiques.

L'*évolution* est habituellement favorable et assez rapide, parfois même spontanément. Avec le traitement tout rentre dans l'ordre au bout de quelques jours. Pour Bonnet le pronostic est au contraire grave (35 p. 100 de décès).

La *mort* peut survenir, annoncée par un coma croissant. Elle a été vue de façon très précoce (neuf semaines après l'accident primitif, Fahr).

D'autres fois, après une rémission, la méningite présente des poussées plus ou moins intenses de récidive, et ce caractère est significatif. Le pronostic vital reste néanmoins bon.

Quant au *pronostic* nerveux, il doit être réservé, et se subordonne à un traitement énergique et rationnel, car on connaît maintenant des cas indubitables où la méningite secondaire s'est véritablement montrée l'ancêtre direct d'une atteinte de l'axe cérébro-spinal.

Les *formes cliniques* sont multiples : suivant la rapidité évolutive, suivant la bénignité (fréquence des formes frustes), suivant les localisations : *forme basilaire* avec la prédilection spécifique pour le chiasma optique, pour la 3e paire ou les nerfs craniens adjacents, *forme de la convexité* (Miriel) avec début par épilepsie jacksonienne, et mono ou hémiplégie, suivant la prédominance de certains symptômes : *forme céphalalgique, forme comateuse* dans laquelle le malade tombe d'emblée ou progressivement dans un coma complet avec résolution et incontinence totale, lenteur du pouls, abolition des réflexes, pour passer ensuite au bout de deux ou trois jours à la forme commune, *forme mentale* (Eschbach, Truelle).

Même au cours de la période secondaire, la méningite peut être plus ou moins précoce. Habituellement, nous l'avons vu, elle coïncide avec des accidents cutanés accentués (Ravaut). Parfois c'est dès la roséole qu'elle apparaît. Souvent enfin elle est *préroséolique* (Lavau).

La *méningite aiguë tertiaire,* que certains auteurs considèrent comme n'étant faite que de poussées épisodiques au cours d'une méningite chronique (Goujat, Miriel), est, d'après Milian, une affection à grand fracas, bien plus que la méningite secondaire. Elle est marquée, outre les signes méningés, par des accès de délire aigu, des crises convulsives généralisées ou localisées à type épileptoïde, suivies de paralysies graves et presque constantes. Même alors la mort est assez rare, et si le diagnostic est fait, le traitement vient à bout de la méningite. Mais ici les *séquelles* sont fréquentes et définitives : paralysies oculaires ou autres, abolition des réflexes, etc.

(A suivre.)

ENCÉPHALITE LÉTHARGIQUE ET TUBERCULOSE

Par le docteur MAURICE PAGE,
Médecin directeur de la Maison de santé de Bellevue (S.-et-O.)

Il a été publié, ces dernières années, un grand nombre de travaux sur l'encéphalite léthargique. Est-elle une maladie autonome épidémique? Les auteurs anglais et Netter, en France, le croient. N'est-ce qu'un syndrome pouvant être produit par plusieurs toxiinfections? Les deux cas que voici nous font pencher pour cette deuxième opinion; le syndrome semble réalisé quand le mésocéphale est altéré par une toxine quelconque. Les deux malades observés par nous étaient tuberculeux, tous les deux ont survécu, et la léthargie disparue, leur tuberculose a continué son évolution.

***

Dans le premier cas, le syndrome est apparu au cours d'une entérite bacillaire avancée; il n'y a été qu'un épisode; voici d'ailleurs l'observation succincte de cette malade.

Mlle V..., vingt-six ans; grand-père buveur; père éthylique, mère arthritique ayant eu cinq enfants et une fausse couche; les quatre frères et sœurs de la malade sont bien portants.

Nourrie au biberon, elle a eu une enfance chétive. A seize ans, elle a été enfermée dans un bureau comme dactylographe; grande anémie; appendicite qui a été opérée. On l'envoie se reposer dans une maison de santé à Cannes où fréquentaient beaucoup de tuberculeux dont plusieurs sont morts. En 1918, fausse couche provoquée; beaucoup de pertes. Congestion pulmonaire, puis hémoptysie en août et septembre de cette année. En 1919, dilatation d'estomac; la malade tousse beaucoup, mais se remet au travail. Elle arrive à Bellevue en mai 1919, avec des symptômes d'entérite (qui semble banale), d'anémie profonde et de fatigue nerveuse; un petit point suspect au sommet gauche: respiration un peu rude, submatité. Elle est mise au régime végétarien, au bouillon de culture, aux douches chaudes, à l'électrisation statique; amélioration légère, mais pas de reprise du poids. Brusquement en juin, fièvre à 38 degrés; la congestion du poumon gauche augmente, les râles s'humidifient et s'étendent, l'entérite est plus forte, trois à quatre selles par jour, puis cinq ou six. On essaie sans succès: bismuth, salicaire, tanigène, acide lactique; la diarrhée continue au taux de cinq selles par jour, avec douleurs, épreintes, amaigrissement rapide. Température: 39 degrés tous les soirs, 37°5 le matin. Le 8 juillet, la malade se sent prise d'un sommeil invincible; elle entend mais ne peut répondre. Elle ne souffre pas; elle se sent très bien, elle dit que, pendant ce sommeil, le cours de ses pensées lui semble aller trop vite; ses paupières sont lourdes; elle dort paisiblement, mais sursaute au moindre bruit, puis retombe dans le sommeil; à quatre heures du soir, elle se réveille spontanément au bout de sept heures. Elle a une ébauche de Kernig, un peu de raideur de la nuque; pas de modification des pupilles, pas de vomissement, un gros mal de tête.

Ponction lombaire le lendemain 10, le liquide coule sans hypertension; pas d'albuminose, pas de lymphocytose. Urines normales. Sommeil de neuf heures à cinq heures du soir. Le 11, douleurs de la nuque et du dos très violentes. Inégalité pupillaire. Transpiration continuelle. Température: 39°3. Sommeil toute la journée. Parésie des deux membres supérieurs.

Le 12, grandes douleurs de la nuque et du dos, ébauche de Kernig, pas de modifications des réflexes; pas de signe de Babinski; parésie des membres supérieurs; raideur de la nuque, pas de nausées, diarrhée profuse. Difficulté à tourner les globes seuls à droite et à gauche, douleurs pendant ces mouvements. Nystagmus. Dès qu'on cesse d'interroger la malade, elle s'endort. Le 13, elle semble au milieu de son sommeil en proie à des cauchemars, elle sanglote, gémit, se débat, la sensibilité est normale à tous les modes. Douleurs susorbitaires la faisant crier. Température 39°5.

Le 14, la léthargie continue sans changement.

Le 17, rires et pleurs spasmodiques durant à chaque fois une vingtaine de minutes et entrecoupant le sommeil. Cela dure deux jours. La léthargie a continué jusqu'au 22 juillet sans grand changement. A ce moment, la fièvre a baissé un peu, les membres ont repris leur souplesse et leurs mouvements. L'évolution de la tuberculose pulmonaire et intestinale continue.

Cette observation est à rapprocher d'une autre que nous avons prise au centre psychiatrique de Marseille avec le docteur Blum, pendant l'hiver 1918-1919. Ici la léthargie a éclaté en apparence comme l'orage en plein été, mais en réalité un des sommets du malade était malade et sa femme avait fait deux fausses couches. Il semble donc que la bacillose était ancienne.

OBS. II. — Alexandre, quarante et un ans, cultivateur, marié, un enfant. La femme a fait deux fausses couches. Soldat, il a fait deux ans de front dans l'infanterie; blessé au pied, il a été enterré une fois un an auparavant. Il ne présente pas le syndrome commotionnel actuellement. Aucune mention de commotion sur ses papiers où il est donné comme confus.

Il arrive à Marseille, dormant sans cesse; on le tire avec peine de son sommeil, mais alors il répond bien et avec une grande précision. Aucune désorientation. Pas d'amnésie. Levé, il titube comme un homme ivre; il mange volontiers si on lui donne à manger, peu de troubles gastro-intestinaux. Langue un peu sale.

Le signe de Romberg paraît positif; il n'a pas de signe d'Argyll; pas d'achoppement pathognomonique aux mots d'épreuve, mais un bredouillement, un scandement des mots bien particuliers; pas d'euphorie. La ponction lombaire montre qu'il n'a pas d'albuminose, pas de lymphocytose, pas d'hypertension du liquide. Il ne s'agit pas de paralysie générale.

Il a un ptosis double plus accentué à droite qu'à gauche; un strabisme interne avec irrégularité pupillaire, $D > G$. Il a des maux de tête violents, il n'a jamais vomi, la température est en clocher, elle atteint les environs de 39 degrés le soir et redescend à 37°5 chaque matin. Pas de signe de Kernig, un peu de raideur de la nuque. La langue est trémulente. Aucune paralysie des membres. Les réflexes sont vifs partout, mais inégaux, plus vifs à gauche qu'à droite. Signe de Babinski à gauche; les peauciers plus vifs à gauche qu'à droite. Pas de délire d'aucune sorte. Rien dans les urines. Submatité à gauche dans la zone d'alarme, un peu de toux surtout le matin. Crachats épais contenant peu de bacilles de Koch.

Nous avons eu le malade quarante-quatre jours en observation; il est parti chez lui avec un mois de convalescence en attendant la constitution de son dossier pour la réforme n° 1, la famille tenant à tout prix à ce qu'il vienne mourir chez lui. Nous avons su par une lettre de sa femme qu'il s'est réveillé au bout de cinq jours, qu'il n'avait plus de fièvre, et qu'il ne louchait plus. Un mois après, il n'avait plus d'appétit, maigrissait et toussait. Son médecin nous dit ensuite que sa tuberculose se confirmait et s'aggravait rapidement.

Ce malade présentait en tous points lui aussi le syndrome encéphalite léthargique tel qu'il a été décrit et bien précisé

par Sainton. Il était un tuberculeux ancien, à qui les fatigues de la guerre avaient donné un coup de fouet, et cet épisode aigu s'était manifesté sous forme d'encéphalite léthargique. Mais là ne s'étaient pas bornées les choses et, celle-ci terminée, il voyait évoluer rapidement la tuberculose pulmonaire.

* * *

Voici donc deux observations où le syndrome encéphalite léthargique a été très net; dans un cas, la paralysie des nerfs moteurs oculaires n'existait pas, mais il y avait inégalité pupillaire, parésie des membres supérieurs, raideur de la nuque quasi parkinsonnienne; les deux fois, le syndrome n'a été qu'un épisode d'une tuberculose en évolution. Si nous rapprochons ces observations de celles de Sainton dont la plupart sont dues à la grippe et de celle de Lortat-Jacob et Hallez où il semble qu'il s'agissait de syphilis; si nous nous rappelons que Lesage et Abrami ont décrit une forme spécialement somnolente de la méningite tuberculeuse, nous croyons pouvoir dire que plusieurs toxines, dont celle de la tuberculose, ainsi que nous venons de l'établir, sont susceptibles d'adultérer le centre hypnique, qui semble situé dans le mésocéphale et dont l'atteinte, qui peut être passagère, produit le « syndrome encéphalite léthargique ».

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 19 JANVIER 1920)

Etude anthropométrique de 136 Tunisiens indigènes. — MM. A. MARIE et Léon MAC-AULIFFE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 27 JANVIER 1920)

Encéphalite léthargique. — M. WIDAL, à propos du procès-verbal, dit avoir observé quatre cas de cette maladie avec lymphocytose plus ou moins accentuée dans le liquide céphalo-rachidien. M. Widal a également relevé certains signes que l'on considérait comme propres à la méningite qui se sont montrés dans des cas très nets d'encéphalite léthargique.

Présentation de livre. — M. VAILLARD présente, avec éloges, un nouveau livre de M. Cabanès, qui est une étude intéressante de très anciennes épidémies de lèpre, de peste, de choléra, de variole et de grippe.

Vaccine. — M. CAMUS appelle l'attention de l'Académie sur l'insuffisance ou l'inefficacité de certains vaccins antivarioliques de provenance étrangère qui ne donnent pas une sécurité absolue. Il y a tout intérêt à ne se servir que de vaccins provenant des établissements producteurs reconnus.

Tumeur rare de l'utérus. — M. HARTMANN communique une observation dans laquelle il s'agit d'une femme qui était atteinte d'une tumeur abdominale. M. Hartmann pratiqua une hystérectomie totale et trouva, dans l'utérus, une petite tumeur molle présentant tous les caractères d'une capsule surrénale.

Traitement des ostéites tuberculeuses par les courants de haute fréquence. — M. DOUMER (de Lille) lit un travail très documenté sur ce mode de traitement des ostéites tuberculeuses qui lui a donné de très bons résultats. Il produit, à l'appui, un certain nombre d'observations dans lesquelles la guérison a été obtenue dans un délai plus rapide que par tout autre moyen.

Les accidents nerveux dans les maladies par carence. — M. Auguste LUMIÈRE (de Lyon) constate que les troubles nerveux attribués à la carence sont très inconstants et cèdent, quand ils se sont manifestés, à l'administration de petites quantités de substances très variées. Par contre, chez les animaux soumis par exemple à l'alimentation exclusive par le riz décortiqué on observe toujours des troubles gastro-intestinaux et notamment de la diarrhée. Les expériences de l'auteur démontrent, semble-t-il, que les accidents ne sont pas dus à une auto-intoxication déterminée par ces troubles digestifs et que ceux-ci sont sous la dépendance moins de l'absence de vitamines que de l'inanition. Les animaux ainsi nourris cessent, en effet, de manger au bout de peu de temps, et, si on les gave, le riz demeure dans leur jabot sans passer dans l'intestin. M. Lumière conclut encore de ses expériences que les troubles nerveux de la carence pourraient bien être, en une certaine mesure, sous la dépendance de l'inanition et que la théorie de l'avitaminose est susceptible de revision.

Elections. — L'Académie procède à l'élection de deux correspondants nationaux (3e division).

La liste de présentation portait : en première ligne, M. Lesbre (de Lyon); en deuxième ligne, M. Lignières (de Buenos-Aires); en troisième ligne, et par ordre alphabétique, MM. Besnoit (de Toulouse), Cadéac (de Lyon), Conte (de Montpellier), Rabiaux (de Mâcon).

MM. Lesbre (de Lyon) et Lignières (de Buenos-Aires) sont élus.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 23 JANVIER 1920)

La découverte à l'autopsie de pneumothorax latent de la base. — MM. E. RIST et P. AMEUILLE signalent un procédé de recherche du pneumothorax de la base qui consiste à vérifier par l'abdomen sur le cadavre la tension du diaphragme. Celui-ci se détend et s'éverse plus ou moins vers l'abdomen dans les cas de pneumothorax. Ce procédé leur a permis de découvrir sur le cadavre plusieurs pneumothorax qui étaient restés complètement latents pendant la vie, même à la radioscopie.

Sur l'ictère terminal des tuberculeux. — M. P. AMEUILLE a vu deux cas d'ictère apparaître au moment de la mort chez des tuberculeux ; il s'agissait d'ictère complet. A l'autopsie on a trouvé une destruction totale de la totalité des cellules hépatiques, soit par dégénérescence graisseuse, soit par dégénérescence graisseuse et amyloïde. En général, les foies de tuberculeux qui paraissent les plus lésés sont loin de présenter une destruction aussi totale du parenchyme hépatique. Il y a donc lieu d'attribuer ces ictères à l'insuffisance hépatique.

Mésocéphalite léthargique à rechute du type alterne. — MM. SICARD et KUDELSKI ne signalent ce cas classique d'encéphalite léthargique que par la rareté de la rechute et de la localisation mésocéphalique du type alterne. Le syndrome de Millard-Gubler nettement observé a évolué sous forme de bascule touchant d'abord le mésobulbe droit puis le mésobulbe gauche. La guérison est survenue assez lentement en trois mois environ.

Encéphalites aiguës myocloniques. — MM. SICARD et KUDELSKI ont eu l'occasion d'observer quatre cas d'encéphalite aiguë caractérisés au début par des douleurs et une légère élévation de température ; à la période d'état, par des

secousses musculaires brèves, rapides, du type myoclonique siégeant aux membres, à la face, au diaphragme, avec insomnie et sans troubles oculaires, sans modifications de la sensibilité objective des réflexes ou des sphincters; et, à la période de terminaison; par du délire à forme onirique et confusionnelle. Le liquide céphalo-rachidien reste normal, ne montrant qu'une légère lymphocytose et hyperalbuminose à la période terminale. Le pronostic paraît être d'une exceptionnelle gravité. Trois des cas sur quatre ont succombé. A l'autopsie, il existe de l'œdème cortical, de la congestion méningée, de l'inflammation des plexus choroïdiens. Ces encéphalites aiguës myocloniques insomniques et sans troubles oculaires se différencient par leurs symptômes et leur pronostic de la mésocéphalite léthargique mais s'en rapprochent par l'absence de réaction du liquide céphalo-rachidien. Il est curieux de signaler l'évolution de cette affection en même temps qu'est observée la recrudescence de la maladie léthargique.

Sur une forme disloquante du rhumatisme chronique fibreux consécutif au rhumatisme articulaire aigu. — MM. Lereboullet et Mouzon montrent une malade de vingt-six ans qui, à la suite d'un rhumatisme articulaire aigu tenace accompagné de cardiopathie mitrale prédominant sur les articulations métacarpo-phalangiennes, présente à leur niveau une déformation permanente avec déviation en coup de vent du bord cubital de la main et luxation complète de l'articulation métacarpo-phalangienne du petit doigt. Cette déformation offre cette particularité qu'elle est entièrement réductible, car cela tient à la laxité extrême de l'appareil ligamentaire sans aucune altération des extrémités osseuses ou des surfaces articulaires perceptible à la radiographie.

Etats méningés avec narcolepsie. — M. Henri Claude observe actuellement trois malades chez qui le symptôme capital a été et est encore la somnolence. Deux d'entre eux ont présenté ensuite des symptômes cliniques et biologiques d'états méningés : raideur de la colonne vertébrale, Kernig, rétention d'urine, diminution des réflexes d'une part, albuminose et lymphocytose du liquide céphalo-rachidien d'autre part. Après une courte période fébrile, atténuation des symptômes et guérison, avec un reliquat d'apathie, somnolence, légère raideur de la nuque. Chez le troisième malade, début par céphalée, strabisme externe, inégalité pupillaire et plus tard somnolence. Réaction méningée, appréciable à la ponction lombaire, des plus accusées. Secondairement raideur de la nuque et de la colonne vertébrale peu marquée. Amélioration progressive et guérison, mais tendance persistante à la somnolence. Aucun signe d'état grippal vrai, pas de lésions pulmonaires. La coïncidence de ces narcolepsies à réactions méningées très accusées avec l'épidémie grippale semble autoriser un rapprochement, au point de vue étiologique, avec l'encéphalite léthargique.

Un cas de pleuro-pneumonie à bacille de Friedlander avec rhinite fétide et ictère terminé par la guérison. — MM. Flandin et Debray. En raison des caractères très voisins du bacille de l'ozène et du bacille de Friedlander sur lesquels M. Netter a insisté, les auteurs se demandent s'il faut voir dans la période ozéneuse du début la preuve de la porte d'entrée nasale de l'infection; ils se demandent également si l'ictère survenu au décours de la maladie est dû au bacille de Friedlander. Quoi qu'il en soit, contrairement à la règle, cette infection à bacille de Friedlander s'est terminée par la guérison.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(séance du 28 janvier 1920)

M. Lejars en prenant possession du fauteuil présidentiel remercie, au nom de la Société, son prédécesseur M. Hartmann, de la parfaite courtoisie avec laquelle il a dirigé les débats. Il le félicite du privilège qu'il a eu d'être le président de l'année de la victoire et d'avoir ouvert les portes de la Société à cette brillante phalange de jeunes collègues qui ont si bien représenté la chirurgie française aux armées. Il se fait l'interprète de tous les membres de la Société pour louer le secrétaire général dont les éloges sont de véritables chansons bien françaises.

M. Lejars se félicite d'avoir encore à *servir* la Société de chirurgie, de contribuer à remplir le devoir national d'enseignement qui lui incombe, à maintenir la haute tenue de ses discussions et de son langage. Nous pouvons, dit-il, être fiers de notre grande maison. Travailler ensemble pour la chirurgie, c'est travailler encore pour la patrie.

M. le Président annonce la mort de M. Moty, membre correspondant.

Brûlure de l'avant-bras par une étincelle électrique. — M. Walther a présenté, à la fin de la dernière séance, un jeune homme qui, tenant un fil électrique, a eu, par suite d'un court-circuit l'avant-bras brûlé. En opérant ce blessé, M. Walther a pu se rendre compte exactement des profondes altérations du médian et du cubital. Il est résulté de cette brûlure une dégénérescence totale du cubital. Il a cherché à dégager ce nerf du tissu cicatriciel qui l'enveloppait. L'artère était aussi oblitérée. La gaine du nerf était intacte, mais comme vide. Le médian présentait également de très graves altérations. Il était interrompu sur une longueur de 8 centimètres. Il avait subi une véritable électrocution.

Le traitement des fibromes par la radiothérapie. — M. Delbet fait un rapport sur la communication faite, dans la dernière séance par M. Chifoliau. Ce chirurgien a opéré, dans une année, 47 fibromes sans un seul décès. Dans ce nombre se trouvaient six malades qui avaient été soumises pendant plusieurs mois à la radiothérapie. Il y a eu six échecs à la suite de ce traitement, alors que 47 femmes hystérectomisées ont toutes guéri.

Des recherches de M. Chifoliau, il résulte que le traitement par la radiothérapie n'a jamais eu aucune influence sur le volume de la tumeur. Lorsque les fibromes sont compliqués de kystes les rayons X ont une action très défavorable sur ces derniers.

Il est vrai que la radiothérapie diminue et supprime même les pertes, détermine une ménopause anticipée. Mais souvent, après la cessation du traitement les pertes reparaissent.

Quant aux douleurs, elles ne sont jamais soulagées, même quand les règles disparaissent. La seule action de la radiothérapie est donc hémostatique.

Comme conclusion générale, M. Chifoliau pense que les six malades qu'il a opérées après un essai infructueux de la radiothérapie ont perdu un temps précieux et qu'il eût mieux valu pour elles qu'elles se fissent opérer plus tôt.

Traitement de l'anthrax par les injections de cultures microbiennes anciennes. — M. Robineau a eu recours au mode de traitement proposé par M. Delbet. A la suite de ces injections, il y a une très vive réaction, une fièvre élevée, et la lymphangite, parfois même de l'adénopathie. Mais ces accidents disparaissent très vite et en une huitaine de jours la guérison est obtenue. M. Robineau apporte plusieurs observations à l'appui. Il a employé ce même traitement contre de gros abcès du sein et contre la furonculose et en a obtenu aussi de bons résultats.

Hermaphrodite. — M. Guillaume Louis communique l'observation d'une malade de 28 ans qui se plaignait d'une tumeur inguinale. Elle n'a jamais été réglée. L'aspect extérieur des organes génitaux est celui d'une femme, au toucher on ne trouve pas de col. M. Guillaume Louis fait la laparotomie, ne trouve pas d'utérus. Il referme le ventre et incise la région inguinale gauche; il trouve dans la hernie une tumeur qu'il

enlève. Examiné au microscope, cette tumeur présente tous les caractères d'un testicule ectopique.

M. SCHWARTZ a aussi constaté une double ectopie testiculaire chez un sujet présentant extérieurement tous les caractères extérieurs féminins et qui était marié depuis deux ans avec un homme.

M. TUFFIER a également rencontré un cas semblable chez une personne qui allait se marier. Quand il lui apprit son vrai sexe, cette personne déclara que M. Tuffier était devenu fou et se maria.

Il résulte de ces différents cas que la psychologie de ces individus est très nettement féminine.

Ligatures artérielles. — M. LERICHE fait connaître les résultats des recherches qu'il a faites sur le syndrome sympathique consécutif à la ligature des artères.

Mécanothérapie. — M. DIONIS DU SÉJOUR présente un appareil destiné à faciliter la mécanothérapie appliquée au traitement des membres supérieurs.

Élections. — La Société procède à l'élection de cinq membres correspondants nationaux. Sont élus : MM. Goullioud et Tixier (de Lyon), Dambrin (de Toulouse), Tavernier (de Lyon) et Viannay (de Saint-Étienne).

On procède ensuite à l'élection de quatre membres correspondants étrangers. Sont élus : MM. Alanenski (de Moscou), Gudin (de Rio-de-Janeiro), Pellegrini (de Thiari) et Rouffard (de Bruxelles).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 24 JANVIER 1920)

Observation, chez l'homme, du phénomène de l'aspiration thoracique préliminaire du vomissement. — M. PAILLARD rappelle que la nausée ou le premier temps du vomissement comportent une augmentation de la pression intraabdominale et une diminution de la pression intrathoracique, cette dernière étant réalisée par une contraction des muscles inspirateurs qui se produit en même temps que la glotte se ferme. Le phénomène de l'aspiration thoracique (Arnozan) explique, à condition que le cardia se relâche, le passage du contenu stomacal dans l'œsophage. La réalité de cette aspiration a été montrée autrefois chez l'animal par enregistrement de la pression intrapleurale. L'auteur expose comment il a pu vérifier le phénomène chez l'homme en l'étudiant chez un malade porteur d'une trachéotomie.

Rapport entre l'indice oscillométrique et la pression systolique à l'oscillomètre de Pachon. — M. MAY. L'oscillomètre de Pachon donne pour la pression systolique des chiffres plus élevés que les appareils qui utilisent la méthode de Riva-Rocci. L'amplitude du pouls, telle que la traduit l'indice oscillométrique, est un des principaux facteurs de cette différence. L'écart entre le Pachon et le Riva-Rocci devient presque nul chez les sujets à petit indice; il peut atteindre 5 à 6 centimètres de mercure lorsque l'indice prend des valeurs élevées. On s'expose ainsi avec le Pachon à interpréter comme une crise d'hypertension systolique ce qui n'est qu'une crise de vaso-dilatation.

M. P.-E. WEILL. Dans les cas d'hypertension, il est, en effet, très difficile de prendre la tension maximum avec l'appareil Pachon.

Une réaction de la stercobiline permettant un dosage colorimétrique. — M. R. GOIFFON. Le stercobilinate de mercure, rouge brique, produit par le contact d'une dilution de fèces avec une solution de sublimé, est insoluble dans l'eau (réaction de Schmidt et de Triboulet). L'auteur a constaté que si l'on alcalinise ce mélange par l'ammoniaque il se produit un composé rouge orange, soluble dans l'eau, proportionnel à la teneur de la dilution fécale en stercobiline, mais qui a des propriétés différentes de la stercobiline. Il définit les conditions dans lesquelles on peut l'obtenir pour en pratiquer le dosage colorimétrique à l'aide d'une solution de cobalt dont il donne la formule.

Influence de la réaction du milieu sur la respiration du Sterigmatocystis nigra. — M. MOLLIARD étudie la relation qui existe entre : 1° la réaction du liquide au contact duquel se produit l'autolyse du mycélium de Sterigmatocystis nigra ; 2° l'intensité de la production d'acide oxalique; 3° l'intensité de la respiration et la valeur du quotient respiratoire. Ce dernier est d'autant plus petit que la quantité d'acide oxalique est plus considérable.

— Communication faite à la séance du 27 décembre 1919 :

Sac et canal endolymphatiques du cobaye. — M. Georges PORTMANN. Chez le cobaye, l'oreille interne se présente sous un aspect tout à fait différent du schéma classique. Le saccule, le canal endolymphatique et le sac endolymphatique constituent un même organe médian, sorte de poche en bissac dont la partie rétrécie correspond au canal et les deux extrémités progressivement dilatées, l'une intracranienne au sac, l'autre vestibulaire au saccule. C'est du saccule que partent à peu près au même niveau deux petits canalicules le mettant en communication, en haut avec l'utricule, en bas avec le canal cochléaire.

De la constitution anatomique de cet organe, il faut retenir : 1° l'aplatissement progressif de l'épithélium à une seule rangée de cellules qui, de cubique haut, devient cubique bas, puis endothéliforme, et le développement régulièrement croissant des espaces périlymphatiques en allant du sac vers le saccule; 2° les rapports intimes du sac endolymphatique avec les sinus veineux intracraniens.

LIVRES NOUVEAUX

Essai d'urologie pathologique des pays chauds (1), par Joseph KHOURI, docteur de l'Université de Paris.

Tandis que la littérature médicale tant en France qu'à l'étranger relate de nombreux ouvrages relatifs aux maladies tropicales, aucune étude d'ensemble sur les variations des urines dans ces différentes affections n'a paru jusqu'à ce jour. Dans les traités même les plus récents, l'urologie n'occupe en général qu'une place très modeste, réduite à la plus stricte expression alors qu'elle présente, le plus souvent, au clinicien un appoint précieux pour le diagnostic et le pronostic de ces maladies spéciales. Aussi faut-il savoir gré à l'auteur, bien placé d'ailleurs pour traiter cette importante question, d'avoir essayé de synthétiser dans un même ouvrage nos connaissances actuelles sur les modifications de l'urine dans ces affections, en y ajoutant le résultat de ses nombreuses observations personnelles recueillies pendant plus de vingt ans en Egypte.

La première partie de l'ouvrage traite de l'urologie pathologique des pays chauds; pour chaque maladie une bibliographie spéciale fait suite au texte afin de faciliter les recherches, en dehors de l'index bibliographique général qui termine le volume.

La deuxième partie est réservée à la recherche, au dosage et à l'étude de l'élimination par l'émonctoire rénal des principaux médicaments utilisés dans la thérapeutique de ces affections.

Ainsi conçu, cet ouvrage constitue une réelle mise au point de la partie urologique et sera consulté avec fruit par les cliniciens et les biologistes qui s'intéressent aux maladies des pays chauds.

L. G.

(1) Grand in-8 de 185 pages. — Prix : 6 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

VIENT DE PARAITRE : *Agenda P.-L.-M. 1920*, neuvième publication du même genre, comportant, notamment, divers articles littéraires avec de nombreuses illustrations en similigravure, 12 hors-texte en couleurs et une série de cartes postales détachables.

En vente, au prix de 4 francs, à l'agence P.-L.-M. de Renseignements, 88, rue Saint-Lazare, à Paris, dans les bureaux, succursales et bibliothèques des gares du réseau P.-L.-M., dans les Grands Magasins du Bon Marché, du Louvre, des Galeries Lafayettes, des Trois Quartiers, etc., à Paris.

Envoi à domicile sur demande adressée au service de la publicité de la Compagnie P.-L.-M., 20, boulevard Diderot, à Paris, et accompagnée de 4 fr. 60 pour les envois à destination de la France et 5 fr. 05 pour ceux à destination de l'étranger.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 15 francs par an.
Étudiants étrangers, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 6 fr. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 30 janvier. — MM. Flandin, 18; Pinard, 20; Lippmann, 18.

— CONCOURS DE DENTISTE ADJOINT DES HÔPITAUX. — Le jury est définitivement composé de MM. Sauvez, Réal, Schaefer, Chevassu et Coyon.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Lecture des copies.* — *Pathologie.* — Séance du 29 janvier. — MM. Lafourcade-Cortina, 10; Veil (Prosper), 11; Génin, 9; Roullet, 8; Terris, 13; Pareux, 8; Clément (Robert) et Leflaive, 11; Bruant, 8; Jacquet, 9.

Séance du 31 janvier. — MM. Gally, 7; Bonnet, 8; Cornudet et Clément (Jean), 10; Denoyelle, 13; Berthon, 11; Renardier, 10; Weill (René), 12; Loyauté, 10; Broca, 13.

Anatomie. — Séance du 30 janvier. — MM. Lange, 10; Dugué, Charon et Hartmann, 12; Bocage, 13; Rémy-Néris, 10; Neveux, 9; Dujarier, 12.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Anatomie.* — Séance du 29 janvier. — Question donnée : « Configuration intérieure du cœur. »

MM. Brulon, 12; Biar, 14; Audebert, 11; de la Brunière, 14; Bardy, 10; Berthier et Bonnafous, 13; Bariéty, 9; Barny de Romand, 6; Billard, 18; Bianquis, 9; Camus, 6; Boulanger, 12; Besson, 4; Baranger (Jacques), 17; Barillot, 15; Comet, 9; Ferru, 19.

Pathologie. — Séance du 28 janvier. — Question donnée : « Hydrocèle vaginale. »

MM. Laversin, 10; Teurnier, 11; Vildrin et Tourtou, 12; Triboulet, 14; Seligman (André), 19; Verger, 15; Vassal, 13; Talon et Ripert, 17; Sauvage, 19; Volland, 13; Thoumas, 10; Soulas, 16; Villey-Desmeseret et Weill, 18; Tison, 13; Paillard, 10; Fromenteau, 8; Valat, 16.

Séance du 30 janvier. — Question donnée : « Symptômes du pneumothorax. »

MM. Souron, 12; Vincent, 15; Wahl, 16; Spinetta, 11; Tessier et Vedrenne, 15, Baldy, 10; Santenoise, 14; Vérin, 17; Velluot, 12; Scemla, 16; Roux et Sauvageot, 13; Seguin, 10; Yver, 15; Von der Horst, 16; Rousseau (Julien), 13; de Souza, 17.

HOPITAL CIVIL DE MUSTAPHA (ALGER). — Le concours de l'internat en médecine s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Lebon, Montero, Houël, Gruny et Ribet.

Questions données (écrit). — 1° Physiologie et anatomie : Corps thyroïde. — 2° Pathologie externe : Signes et diagnostic de l'appendicite. — 3° Pathologie interne : La pleurésie séro-fibrineuse aiguë.

Epreuve orale. — Questions sorties : 1° Indication de la version. — 2° Conduite à tenir en présence d'un malade atteint d'hémoptysies. — 3° Indication et technique de la saignée.

— Le concours de l'externat en médecine s'est terminé par les nominations suivantes :

Mobilisés. — Titulaires : MM. Layani, Merz, Manceau, Lagrot, Nayrac, Catanei, Saffar, Pouget, Travail, Bellot, Bonnet, Farouz, Guijou et Larrouy.

Provisoires : MM. Cosman, Thiodet, Ebert, Ben Zekri, Pariente et Béraud.

1° Anatomie (écrit) : La veine jugulaire interne.

2° Pathologie (oral) : La phlébite (symptômes et diagnostic).

Non mobilisés. — Admis : M. Lacroix, Mlle Testoud, MM. Jahier, Portier, Ammeloot, Revel Moreau, Toubal et Camatte.

1° Anatomie (écrit) : L'artère fémorale.

2° Pathologie (oral) : Luxation de l'épaule.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique et des beaux-arts, en date du 30 janvier 1920,

Sont rapportées les dispositions de l'arrêté du 21 novembre 1919 portant ouverture, le 21 juin 1920 devant la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier, d'un concours pour

l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE LA NATALITÉ. — Sont nommés membres du conseil supérieur de la natalité :

MM. Chéron, sénateur, ancien ministre du travail et de la prévoyance sociale; de Las Cases, sénateur; Marraud, sénateur; Edouard Barthe, député; Maurice Bokanowski, député; Bonnevay, député; le général de Curières de Castelnau, député, président d'honneur de la ligue des familles nombreuses de France; Lenoir, député; le professeur Pinard, député; le docteur Jacques Bertillon, président de l'alliance nationale pour l'accroissement de la population; Bertin, membre de l'Institut, président de la ligue française; G. Bigourdan, membre de l'Institut; Boverat, secrétaire général de l'alliance nationale pour l'accroissement de la population; Paul Bureau, président de la ligue « Pour la vie »; Adolphe Carnot, membre de l'Institut; Cognacq, directeur des grands magasins de la Samaritaine; Coquemard, rédacteur en chef de *la Femme et l'Enfant;* Correard, directeur honoraire au ministère des Finances; Albert Glorieux, vice-président de la ligue des fonctionnaires pères de familles nombreuses; Jacques Hadamard, membre de l'Institut; A. Kleine, directeur de l'école des ponts et chaussées; Gaston Lacoin, vice-président de « La plus grande famille »; A. Michelin, industriel; Mirabaud, banquier; Emile Picard, secrétaire perpétuel de l'académie des sciences; le professeur Charles Richet, membre de l'Institut; Georges Rossignol, inspecteur d'académie à Troyes; Louis Vilgrain, président d'honneur de la chambre de commerce de Nancy; le marquis de Vogüé, président de la société des agriculteurs de France; Mme de Witt-Schlumberger.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs :

(A titre posthume.)

Maignon (François-Marie), matricule 01052, médecin aide-major : médecin admirable de dévouement. Ayant eu au plus haut point le sentiment du devoir et l'esprit de sacrifice. A toujours montré dans l'exercice de ses fonctions un parfait mépris du danger. Tombé au champ d'honneur, le 31 mai 1918, à Noyers-Saint-Martin. A été cité. (*J. O.*, 24 janv. 1920.)

Chardon (Lucien), matricule Rt 1255, médecin aide-major : excellent médecin aide-major, a donné à maintes reprises des preuves d'un dévouement éclairé dans les soins donnés aux blessés. Tué par un éclat d'obus près du poste de secours du régiment, le 25 octobre 1915 (Argonne). A été cité. (*J. O.*, 25 janv. 1920.)

Bailleul (Jules-Alexandre-Adolphe-Marie), matricule 134, médecin aide-major de première classe : au cours des combats engagés devant Fleury, en mai 1916, s'est dépensé sans compter pour soigner les blessés. Ayant reçu l'ordre d'avancer son poste de secours, s'est porté immédiatement en avant sous un violent tir de barrage. A été tué par un éclat d'obus au cours de ce déplacement, le 24 mai 1916. Croix de guerre avec étoile de vermeil. (*J. O.*, 25 janv. 1920.)

Canel (Laurent-Claudius), matricule 243, médecin-major de première classe : a été grièvement blessé par un éclat d'obus, le 24 août 1914, en surveillant le relèvement des blessés de son régiment et a succombé quelques heures après ses blessures. A été cité. (*J. O.*, 25 janv. 1920.)

Du Laurens de La Barre (René-Jean), matricule 629, médecin aide-major de première classe : excellent médecin, très brave. A été tué, le 27 septembre 1915, dans la tranchée de départ au moment où le bataillon auquel il était affecté partait à l'assaut de la parallèle de Vedegrange. Croix de guerre avec palme. (*J. O.*, 25 janv. 1920.)

Marchal (Pierre-Charles), matricule 03015, médecin aide-major de deuxième classe : médecin aide-major de bataillon d'un courage et d'un dévouement remarquables, toujours prêt à se sacrifier pour accomplir ses fonctions. Tué à son poste au cours d'un violent bombardement, le 27 août 1917. A été cité. (*J. O.*, 25 janv. 1920.)

CITATIONS A L'ORDRE DE L'ARMÉE. — MM. les docteurs :

Fougeras-Lavergnolles (Marie), médecin auxiliaire au G. B. D. 70 de la 8e section d'infirmiers militaires à Dijon : médecin auxiliaire d'un courage hors de pair. A pénétré, le 1er octobre 1915, dans un village soumis à un bombardement intense, pour enlever des blessés restés depuis deux jours dans les ruines. A trouvé une mort glorieuse au cours de cette mission. (*J. O.*, 6 août 1919.)

Buand (Ludovic), médecin aide-major de deuxième classe au 52e régiment d'artillerie de campagne : a montré depuis le début de la campagne une initiative et un dévouement remarquables. Le 29 août 1914, à Moreuil, toutes les communications étant coupées, a sauvé des mains des Allemands de nombreux blessés de différents corps de troupe. Etant sérieusement malade, n'a jamais voulu se laisser évacuer, allant quand même sur les positions violemment bombardées assurer son service. A toujours montré en toutes circonstances le sentiment le plus élevé du devoir. (*J. O.*, 27 nov. 1919.)

Kaplan (Samuel), médecin-major de deuxième classe au Service de santé de la 4e région : ayant repris du service au début de la guerre, malgré son âge, et quoique domicilié à l'étranger (Suisse) et envoyé au front sur sa demande, s'est fait remarquer par son activité et son dévouement, particulièrement à l'occasion des dures journées de l'offensive de Champagne, en septembre 1915, où sous le feu de l'ennemi, il donna spontanément ses soins à de nombreux blessés d'une unité voisine. (*J. O.*, 27 nov. 1919.)

Houchard (René-Louis-Constant), médecin-major de deuxième classe, chef de service au 412e régiment d'infanterie : nommé récemment à l'emploi de chef de service du corps, vient de donner de nouvelles preuves de sa valeur militaire et morale, autant que son habileté professionnelle, en organisant son service avec la plus courageuse activité. S'est employé personnellement à prodiguer ses soins aux blessés de plusieurs régiments et a eu le plus grand souci de porter son poste de secours en avant au fur et à mesure de la progression des troupes. (*J. O.*, 5 déc. 1919.)

Wagon (Louis-Philippe-Léon-Victor), médecin aide-major de première classe au deuxième groupe du 244e régiment d'artillerie : chef de service tout à fait remarquable, a fait preuve du plus grand dévouement en toutes circonstances. Blessé grièvement, le 5 avril 1918, sur les positions de batterie où il soignait les blessés. (*J. O.*, 9 déc. 1919.)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Paul Cassin (d'Avignon) et Changarnier (de Marseille).

ENSEIGNEMENT CLINIQUE DE L'HOPITAL TENON. — Les chefs de service de l'hôpital Tenon ont recommencé le mardi 20 janvier leurs conférences cliniques avec présentations de malades. Elles ont lieu les mardis, jeudis et samedis à 11 h., à l'amphithéâtre des cours.

Les conférences sont consacrées plus spécialement aux sujets suivants : chirurgie générale, MM. Proust et P. Riche; médecine générale, M. Michel; obstétrique, M. Funck-Brentano; cœur et vaisseaux, MM. Ribierre et C. Lian; nutrition et reins, M. Rathery; poumon, M. Macaigne; sang et foie, M. P. Emile-Weil; système nerveux et glandes endocrines, MM. Klippel et P. Sainton; tube digestif, M. Loeper.

HOPITAL BICHAT. — Le jeudi, à dix heures et demie, a lieu dans le service du docteur Baudet une leçon sur les fractures suivie d'appareillage des malades.

Exercices par les élèves sous la direction de l'interne du service.

COURS PRATIQUE DE BRONCHO-ŒSOPHAGOSCOPIE. — Le docteur Guisez recommencera à sa maison de santé, clinique, le jeudi 26 février à 5 heures, ses leçons sur les maladies du larynx, de l'œsophage, de la trachée, et des grosses bronches.

Cours essentiellement pratique avec examen de malades, interventions, etc.

S'inscrire à la clinique, 15, rue de Chanaleilles (près la rue Vaneau), auprès de la directrice.

LA SOLUTION ALCOOLIQUE DE NAPHTOL β

DANS LE TRAITEMENT DE LA GALE

Par le docteur Horia SLOBOZIANO.

La pénétration dans la peau des solutions aqueuses et des substances grasses est limitée. Des recherches histologiques ont montré que les pommades ne pénètrent pas jusqu'à la couche cornée basale. Elles n'imbibent avec leur contenu médicamenteux que la partie terminale externe de cette couche. Le savon incorporé aux substances grasses facilite la pénétration dans la couche cornée (Unna). Les pommades employées contre la gale sont dans la plus grande partie des pommades alcalines pour le même motif.

Dans les traitements employés on met en contact le parasite avec le topique par des moyens mécaniques : friction avec une brosse et du savon noir ; application de pommade antipsorique, opération qui constitue la frotte proprement dite.

Le brossage et l'application du médicament faits par les malades et les baigneurs sont dans la plus grande majorité des cas défectueux. Ils n'atteignent pas les plis trop étroits (espaces interdigitaux), les seins et les organes génitaux trop sensibles, les plantes et les paumes qui sont d'habitude négligées.

Pour simplifier le traitement et pour supprimer le traitement mécanique long et pénible pour le malade, j'ai employé, comme véhicule des substances acaricides, l'alcool qui présente l'avantage de pénétrer seul dans les plis de la peau, dans les galeries du sarcopte, dans les espaces et dans les interstices intercellulaires de l'épiderme. Il dissout les graisses des espaces capillaires et est absorbé par ces espaces (Grossich).

Comme antipsorique j'ai employé le naphtol β dans la série des recherches faites depuis 1916 jusqu'à présent. La solution alcoolique du naphtol β tue les parasites, imbibe la peau et empêche les contagions ultérieures scabiosiques ou banales.

Le naphtol a été incorporé aux substances grasses par Kaposi et Blocq. Dans la gale vétérinaire Frick a employé l'épicarine dissoute dans un mélange d'huile de ricin et d'alcool, traitement employé ensuite dans la gale humaine. Rille a recommandé l'épicarine dans le prurit postscabiosique. Au point de vue chimique l'épicarine est un produit de condensation de l'acide krésotinique et du naphtol (acide β-oxynaphtilortooxymétatoluyl).

Dans la littérature je n'ai pu trouver nulle part l'emploi de la solution alcoolique de naphtol β dans le traitement de la gale.

La *solution* s'obtient en dissolvant dans l'alcool le naphtol qui est très soluble. L'alcool employé doit être supérieur à 90°. L'alcool dilué ou l'eau de Cologne ont un faible pouvoir de pénétration et pratiquement ne donne pas de bons résultats.

Seelig et Gould ont examiné le pouvoir osmotique et bactéricide de l'alcool dans les concentrations entre 50 degrés et 99 degrés. Ils ont constaté que les alcools concentrés (plus de 94°) ont un pouvoir de pénétration considérable et leur action se manifeste très vite. L'action de l'alcool à 80 degrés est plus faible et plus lente. L'opinion classique, que l'alcool entre 50 degrés et 70 degrés a la plus grande action, n'est pas juste. Les expériences ont établi que le pouvoir osmotique et bactéricide de l'alcool est strictement proportionnel avec sa concentration. Entre les concentrations de 95-99 degrés il n'y a pas une différence appréciable.

J'ai employé l'alcool éthylique pur ou dénaturé avec musc, eucalyptol ou lavandule, dénaturation qui le rend moins cher. Le naphtol s'il n'est pas bien conservé en vase clos s'altère à la longue. La solution de naphtol a une couleur jaunâtre. Mise sur la peau elle laisse une couche blanchâtre de naphtol. Elle possède une odeur légère, particulière au naphtol, beaucoup moins forte et moins désagréable que celle du soufre. La proportion du naphtol pour l'adulte est de 7-10 grammes p. 100 d'alcool, suivant l'état de la peau. Toutefois on peut abaisser la concentration à 5 grammes p. 100 pour les malades qui présentent des lésions profondes de grattage et auxquels une solution plus concentrée pourrait provoquer des douleurs.

La disparition du prurit est la deuxième indication dans le traitement de la gale. Le prurit scabiosique est une vraie maladie. Le malade a de l'insomnie ; il présente de l'excitation nerveuse et ne peut pas travailler. A cause du grattage il se fait des lésions et des infections de la peau. Le prurit disparaît complètement après la première lotion parce que le naphtol est anesthésique. Cependant pour les personnes nerveuses on peut associer à la solution de naphtol 1 gramme p. 100 de menthol.

400 grammes de solution suffisent pour un traitement. On peut donc formuler :

Naphtol β...........	28-40 grammes
Alcool à 90°.........	400 —

Le *mode d'application* consiste dans une lotion faite sur toute la surface du corps, avec une compresse mouillée dans la solution. Pour faciliter la pénétration de l'alcool, la peau doit être sèche. Il n'est pas utile de donner des bains pendant le traitement. Les vieilles et récentes expériences ont montré que la graisse contenue dans la peau favorise l'osmose de l'alcool et si nous dissolvons ces graisses avec du savon nous empêchons la pénétration de l'alcool (Seelig et Gould). On fait la lotion minutieusement, région par région, sans frotter, sur tout le corps et on ne doit pas laisser de places non traitées, parce que les surfaces en apparence saines, qui ont des lésions discrètes, peuvent présenter des éruptions les jours suivants. Après avoir terminé la première, on commence la deuxième lotion en prenant les régions dans le même ordre et en poursuivant le même but de bien imbiber la peau.

On ne doit pas traiter les régions qui n'ont pas la gale comme la face et le cuir chevelu. Pour le scrotum seulement, à cause de la cuisson que produit la solution alcoolique, on doit employer la solution diluée. Pour le reste du corps, le malade ne sent qu'une sensation légère de cuisson sur les régions plus délicates. Quand la peau est profondément grattée ou eczématisée, la cuisson est un peu

plus vive, mais elle ne persiste que quelques instants, juste le temps de l'évaporation de l'alcool. La personne qui est obligée de faire le traitement à plusieurs malades doit se graisser les mains pour éviter le contact prolongé du médicament. Le deuxième et le troisième jour on fait de la même façon deux lotions l'une après l'autre. Dans des cas très peu nombreux, j'ai dû revenir le quatrième ou le cinquième jour. C'est seulement quand on emploie des solutions trop faibles, dans les formes avec nodules profonds, ou quand la peau trop épaisse et lavée (les mains des travailleurs) n'a pas été pénétrée suffisamment par le naphtol. Dans ces cas, on peut faire des lotions partielles sur les parties malades parce que le reste du tégument est suffisamment pénétré par le médicament.

Les solutions alcooliques de naphtol sont très bien supportées par la peau. Dans aucun cas je n'ai vu de phénomènes d'irritation, eczéma, prurit, furoncles, complications qui suivent souvent le traitement habituel.

Les habits et les objets qui ont servi au malade doivent être désinfectés.

On peut résumer ces quelques lignes en disant qu'on peut guérir la gale par les solutions de 7-10 grammes de naphtol β pour 100 grammes d'alcool supérieur à 90 degrés. Il suffit d'imbiber largement la peau en faisant chaque jour sur toute la surface du corps deux lotions l'une après l'autre pendant deux ou trois jours.

NOTES D'OBSTÉTRIQUE D'URGENCE

TRAITEMENT DES HÉMORRAGIES DUES AU PLACENTA PRÆVIA

Par M. le docteur BOURRET,
Ancien chef de clinique obstétricale à la Faculté de Lyon,
Accoucheur de la Maternité du Creusot.

Deux mots d'historique ne nous paraissent pas déplacés, car, à propos de cette importante question, il est des noms qu'il n'est pas permis d'ignorer.

A AMBROISE PARÉ revient certainement l'honneur d'avoir indiqué le premier le moyen héroïque de lutter contre les hémorragies par insertion basse du placenta, en s'efforçant de réaliser l'évacuation rapide du contenu utérin. Guillemeau, Louise Bourgeois, Mauriceau adoptèrent la même méthode qui, en des mains moins prudentes et moins expertes, devint bientôt « l'accouchement forcé », responsable d'un grand nombre de désastres.

PUZOS fut le promoteur d'une tout autre méthode de traitement qui consistait à introduire un doigt dans le col et à perforer les membranes. L'auteur, par cette manœuvre, avait-il en vue réellement le traitement direct de l'hémorragie, ou voulait-il seulement, à l'exemple de ses contemporains, hâter l'évacuation utérine? Le fait peut se discuter au point de vue historique; mais, au point de vue pratique, il est incontestable que par cette manœuvre il créait une méthode nouvelle de traitement, méthode qui, d'ailleurs, porte son nom.

Enfin, en 1776, LEROUX (de Dijon) fut le premier à employer contre les hémorragies de la grossesse la compression réalisée par le tamponnement vaginal. « Ce moyen de traitement, a écrit l'auteur trop enthousiaste de cette méthode, vous le trouverez sans peine dans la cabane du pauvre comme dans le palais des grands : ce sont des lambeaux d'étoupe imbibés de vinaigre. »

Depuis lors, on a beaucoup discuté sur la question du traitement des hémorragies par insertion basse du placenta, mais il faut convenir que toutes les méthodes plus récentes, à part celle de l'arrachement total du placenta préconisée par Simpson, ne sont que des variantes des anciennes et qu'elles ont pour but, comme ces dernières, de réaliser :

Soit l'*accouchement rapide :* dilatation manuelle (Bonnaire) ou instrumentale (Bossi), césarienne;

Soit la *libération des membranes :* large dilacération préconisée par Pinard;

Soit la *compression :* tamponnement (Tarnier), ballons (Champetier), Braxton-Hichs.

Comme nous allons le voir, en nous plaçant au point de vue de la pratique courante, toutes ces méthodes ont du bon, elles trouvent chacune des indications en rapport essentiellement avec les circonstances cliniques.

Pour en simplifier l'étude, envisageons le traitement des hémorragies pendant la grossesse, pendant le travail, pendant la délivrance.

A. PENDANT LA GROSSESSE. — C'est le cas que vous rencontrerez le plus souvent; vous savez, en effet, que le placenta prævia donne des accidents hémorragiques pendant la deuxième moitié de la grossesse, à l'époque où la formation par distension du segment inférieur provoque le décollement partiel du tissu cotylédonaire.

Un principe doit toujours guider votre ligne de conduite dans la thérapeutique que vous allez instituer, ce principe est le suivant : vous devrez toujours subordonner le traitement à la *gravité*, nous ne disons pas à l'*abondance* de l'hémorragie. Pour juger de cette gravité, vous auriez grand tort de vous baser seulement sur la quantité de sang perdu, il vous faut tenir compte de la répétition de l'hémorragie et surtout de son retentissement sur l'état général et en particulier sur le pouls.

Ce principe établi, passons en revue les différentes éventualités qui peuvent se présenter.

I. Il s'agit d'une première hémorragie, ou celle-ci, bien qu'ayant été précédée d'autres, ne *retentit pas sur l'état général* : le visage est coloré, le pouls bien frappé et de rythme normal; le traitement consistera essentiellement dans le *repos surveillé*, mais celui-ci devra être réalisé d'une façon méthodique et répondre aux conditions suivantes : *a*. repos *absolu* au lit; *b*. surveillance médicale ou par une infirmière éclairée tant que persiste le moindre suintement sanguin; *c*. recherche journalière de la fréquence du pouls; *d*. suppression de toute injection; *e*. lever prudent seulement quatre ou cinq jours après cessation de toute hémorragie.

Dès ce moment, il est de toute importance :

1. D'avertir la malade et son entourage de la gravité des accidents auxquels elle est exposée par le retour qu'elle doit considérer comme certain des hémorragies.

2. De la mettre dans les meilleures conditions pour avoir un secours efficace et immédiat au moment de la réapparition des accidents; donc lui interdire tout voyage, tout déplacement, tout effort, toutes secousses; la mettre si possible à l'hôpital ou dans une clinique; si cela n'est pas réalisable faire préparer chez elle tout ce qui sera nécessaire un jour ou l'autre pour l'intervention (coton stérilisé, eau bouillie, antiseptiques, sérum artificiel) et demander à être prévenu au moindre suintement sanguin.

3. Il sera bon aussi de s'assurer dès ce moment d'une présentation longitudinale, et, si possible, d'une présentation du siège, plus avantageuse pour le traitement ultérieur.

Nous ne saurions trop insister sur l'importance qu'il y a à surveiller attentivement toute femme enceinte ayant eu une hémorragie si minime soit-elle pendant la deuxième moitié de la grossesse, hémorragie qui, vous en êtes bien persuadés, je le suppose, est *toujours* un phénomène *anormal* et *grave*. N'oubliez pas ce que disait déjà de ces malades Mme Bourgeois :

« Il faut les veiller comme le chat la souris. » Cette surveillance vous paraîtra sans doute toute naturelle dans les cas où malgré le repos le suintement sanguin persistera, mais elle est encore plus importante dans les cas où l'hémorragie a complètement cessé et où il serait essentiellement nuisible de se laisser aller à une quiétude, excusable chez la malade, mais inadmissible chez un praticien instruit.

II. Il s'agit d'une deuxième ou troisième hémorragie, ou, plus exactement, d'une hémorragie qui retentit d'une façon permanente *sur le pouls* qui bat régulièrement à 100 ou au delà, et sur l'*état général*; que la gravité de l'hémorragie tienne à son abondance, à sa persistance ou à sa répétition, que l'hémorragie continue ou soit arrêtée au moment de votre visite, peu importe, il faut intervenir : 1° pour remonter la malade et lutter contre son anémie; 2° pour faire cesser l'hémorragie actuelle aussi bien que pour prévenir l'hémorragie prochaine qui se reproduira sûrement et mettra rapidement en danger un organisme déjà affaibli.

Quels moyens utiliserez-vous pour remplir ces deux conditions :

1. Pour *lutter contre l'anémie hémorragique* : vous éviterez de remuer et de brusquer la malade pour lui éviter toute syncope; vous la réchaufferez et lui injecterez du sérum artificiel chaud, sous les seins, ou en injection intraveineuse si l'anémie est très marquée et immédiatement menaçante; dans ce dernier cas vous n'oublierez pas d'utiliser, si vous le pouvez, la transfusion sanguine rendue si facile par la méthode du sang citraté de Jeanbrau.

Ce traitement de l'anémie, vous aurez à l'instituer suivant les circonstances, soit avant toute intervention obstétricale, lorsque, à votre arrivée, la malade est déjà tellement affaiblie que vous avez à redouter tout nouveau traumatisme forcément hémorragipare, soit pendant que vous intervenez, soit quelquefois seulement lorsque vos manœuvres sont terminées : dans tous les cas il sera tout à fait exceptionnel que vous n'ayez pas à y recourir.

2. Pour *arrêter l'hémorragie* différents moyens sont à votre disposition :

a. Il y a d'abord le *tamponnement vaginal*; celui-ci ne peut être employé que comme un pis-aller, car il est particulièrement dangereux au point de vue infection chez les malades anémiées, et beaucoup plus nocif que dans les cas d'hémorragies par avortement; combien de malades traitées par le procédé de Leroux n'ont échappé à la mort par hémorragie que pour s'éteindre quelques jours plus tard par suite d'accidents infectieux !

N'utilisez donc le tamponnement vaginal dans le traitement du placenta prævia que lorsque vous serez dans l'impossibilité absolue de faire mieux; soyez alors bien persuadés de la grave responsabilité que vous assumez au sujet de la possibilité de l'infection ultérieure de la malade et réalisez toutes les conditions possibles pour faire un tamponnement parfaitement aseptique.

b. Au lieu d'utiliser le tamponnement ne craignez pas d'avoir recours à la *large dilacération des membranes*, à la méthode de Puzos modifiée par Pinard. C'est une méthode facile à réaliser et qui, dans un très grand nombre de cas, suffit à elle seule à arrêter les hémorragies; si elle n'y réussit pas elle n'en reste pas moins le premier temps des autres manœuvres thérapeutiques qu'il vous faudra mettre en œuvre.

Voici comment vous devez procéder : après vous être assurés que la présentation du fœtus est longitudinale, ou, dans le cas contraire, après avoir transformé une présentation transversale en sommet ou mieux encore en siège, vous perforerez les membranes au moyen de l'extrémité d'une branche de pince d'Hégar, puis avec le doigt préalablement aseptisé, vous pénétrerez dans l'orifice ainsi obtenu, vous l'agrandirez le plus possible en dilacérant largement les membranes de tous côtés de façon à obtenir une large ouverture et à éviter désormais tout tiraillement au moment des contractions.

La manœuvre est très simple lorsqu'il s'agit d'une multipare et d'un placenta latéral; mais, chez une primipare, on peut avoir de la difficulté à pénétrer jusque sur les membranes; il faut alors pratiquer une dilatation préalable aux bougies d'Hégar, ou, à défaut de ces instruments, faire pendant quelques heures, au moyen d'une mèche aseptique un tamponnement cervical.

Dans le cas de *placenta prævia central* l'ouverture de l'œuf est-elle à préconiser? C'est discutable; si l'on peut sur l'un des bords trouver les membranes et les ouvrir largement, il n'y a pas à hésiter à le faire; mais si, pour ouvrir l'œuf, il faut perforer le gâteau placentaire lui-même, il ne faut plus compter sur cette manœuvre seule pour obtenir l'arrêt de l'hémorragie; il faut faire suivre la perforation du pôle inférieur de l'œuf de l'exécution immédiate de la manœuvre de Braxton-Hichs ou de la pose d'un ballon.

Dans les autres cas, après la rupture large des membranes, on voit très souvent l'*hémorragie s'arrêter*, le bord du placenta n'étant plus tiraillé à chaque contraction par les membranes qui s'y inséraient; il n'y a alors qu'à maintenir la malade au lit, à redoubler de soins aseptiques et antiseptiques, à prendre la température de la malade et à attendre le travail qui, en général, ne tarde pas à se déclarer.

Dans les cas où l'*hémorragie ne s'arrête pas*, dans ceux où, après un arrêt momentané, elle reprend, dans ceux, enfin, où avant que le travail ne se déclare spontanément il y a indication de hâter l'accouchement (souffrance de l'enfant, par exemple), il faut chercher à réaliser l'*évacuation rapide de l'utérus*.

On peut y parvenir par différents moyens :

1. Par *césarienne* abdominale ou vaginale : c'est un moyen bien discutable, parce que mutilant la mère pour une dystocie accidentelle et pour un fœtus prématuré et souvent déjà compromis.

2. Par *dilatation instrumentale* au moyen du dilatateur de Bossi; inutile d'insister, c'est un instrument que vous n'aurez sans doute pas à votre disposition et dont, du reste, vous pouvez facilement vous passer.

3. Par la *dilatation manuelle* suivant la technique de Bonnaire, cette méthode ne réussit bien que chez les grandes multipares à col déjà largement entr'ouvert et surtout lorsque le travail est déjà commencé depuis un certain temps; c'est donc une méthode à employer de préférence dans le traitement des hémorragies au cours de l'accouchement.

4. Par la mise en place d'un *ballon de Champetier;* celui-ci introduit à l'intérieur même de l'œuf va faire tampon sur le placenta, arrêter l'hémorragie et en même temps provoquer l'accouchement rapide.

5. Par la *méthode de Braxton-Hichs* qui produit le même résultat; l'agent de compression, d'excitation et de dilatation du col seul est différent, le ballon étant remplacé par la cuisse et la fesse du fœtus.

Les deux procédés nous paraissent recommandables; chacun a des inconvénients, mais l'un et l'autre sont parfaitement efficaces contre l'hémorragie.

Néanmoins, comme dans la plupart des cas vous n'aurez peut-être pas à votre disposition des ballons de Champetier utilisables, il me semble que c'est à la manœuvre de Braxton-Hichs que vous aurez le plus souvent recours puisqu'elle offre l'immense avantage de ne nécessiter aucune instrumentation spéciale. C'est donc cette manœuvre que nous décrirons d'une façon spéciale.

Point n'est besoin d'anesthésie, celle-ci étant du reste particulièrement dangereuse chez ces malades profondément anémiées; une main, la droite habituellement, étant introduite sans brusquerie à l'intérieur du vagin, deux doigts si c'est possible, un seul dans les autres cas, pénètrent à travers le col et les membranes ouvertes dans l'intérieur de l'œuf; si le fœtus est en présentation du siège le ou les doigts auront tôt fait de saisir un pied, celui qui correspond à la hanche anté-

rieure si possible, et de l'abaisser à travers le col; si le fœtus est en sommet il faut naturellement et préalablement réaliser par des manœuvres externes une version qui transformera la présentation du sommet en présentation du siège. Cette version par manœuvres externes sera réalisée si possible par un aide ou un confrère, ce qui simplifie énormément les choses; sinon par l'opérateur lui-même, mais celui-ci n'ayant pour faire tourner le fœtus que sa main restée libre, l'évolution du fœtus ne sera pas toujours très facile à obtenir. On y parvient pourtant avec un peu de patience et d'habileté; la bascule du fœtus étant réalisée, un pied ne tarde pas à passer au contact des doigts intracervicaux; quel que soit ce pied, il sera sage de le saisir aussitôt et de l'entraîner au travers du col. Ceci fait, persuadez-vous bien que toute la manœuvre active est terminée, il n'y a plus qu'à attendre. Sous l'influence de l'excitation déterminée par l'abaissement intracervical du membre inférieur, les contractions utérines ne tardent pas à apparaître et elles suffisent à maintenir le tamponnement réalisé par la partie fœtale : l'hémorragie s'arrête, le travail avance en général assez rapidement et l'expulsion du fœtus se fait; comme il s'agit d'une présentation secondaire du siège il vous faut naturellement procéder à l'extraction de la tête dernière comme s'il s'agissait d'un siège primitif.

Pourquoi une fois l'un des pieds abaissés à l'intérieur du col, ne faut-il pas tirer pour hâter l'extraction? Simplement parce que le col sur lequel s'insère le placenta est particulièrement friable, très sujet aux déchirures, déchirures dont les conséquences sont particulièrement redoutables chez des malades déjà profondément anémiées et que le moindre traumatisme hémorragipare suffit à achever.

Donc, après abaissement du pied à l'intérieur de l'orifice cervical, renoncez à toute manœuvre active, toujours très dangereuse, laissez l'expulsion du siège du fœtus se faire spontanément, n'intervenez que pour faire en temps voulu l'anse au cordon, l'abaissement des bras s'ils sont relevés et la manœuvre de Mauriceau pour extraire la tête dernière. Evidemment, au cours de ce travail spontané, l'enfant, après avoir subi l'évolution nécessitée par la version mixte, est très exposé à souffrir; cela est certainement le principal inconvénient de la manœuvre de Braxton-Hichs avec laquelle le pourcentage de mortalité infantile est toujours élevé; mais il ne faut pas perdre de vue que les accidents du placenta prævia sont une menace très grave pour la vie de la mère, et que, d'autre part, l'enfant dans ces cas est habituellement un prématuré dont la viabilité est souvent assez problématique; il est donc indiscutable qu'il ne faut rien faire qui puisse augmenter les chances de mort de la mère en faveur d'un fœtus déjà compromis. Donc une fois le pied abaissé, résistez à la tentation de tirer dessus pour hâter son expulsion, laissez l'accouchement se faire spontanément, la question de la durée de la dilatation devient secondaire du moment que l'hémorragie est arrêtée.

B. Pendant le travail. — Les détails, dans lesquels nous sommes entrés à propos du traitement du placenta prævia pendant la grossesse, nous autoriseront à être bref dans l'étude du traitement pendant le travail : les méthodes de traitement sont les mêmes naturellement, mais elles seront, vous le comprenez tout de suite, infiniment plus faciles à réaliser puisque le col est en voie de dilatation. Vous aurez donc recours successivement à la rupture large des membranes, puis, si cela est nécessaire, à la mise en place d'un ballon de Champetier ou à l'exécution du Braxton-Hichs, ou au simple abaissement intracervical d'un pied si vous avez la chance de vous trouver en présence d'une présentation du siège.

Nous devons pourtant vous signaler une autre méthode qui a d'assez nombreux partisans pendant le travail et qui a surtout été préconisée par Bonnaire sous le nom d'*accouchement méthodiquement rapide*. Cette méthode a pour but de vider rapidement l'utérus par la dilatation digitale ou manuelle. Cette méthode n'est facile à réaliser et par conséquent acceptable que si vous vous trouvez en présence d'une grande multipare à col souple et déjà assez fortement dilaté. En dehors de ces cas particulièrement favorables ne vous risquez pas à tenter la dilatation du col avec les doigts, encore moins avec un instrument tel que le dilatateur de Bossi; vous vous exposeriez à de véritables désastres; encore une fois ayez le respect des tissus cervicaux surtout lorsqu'ils donnent insertion aux cotylédons placentaires, et redoutez toute intervention tant soit peu traumatisante chez les malades anémiées.

C. Pendant la délivrance. — Une fois le fœtus expulsé, rien ne comprimant plus le placenta, l'hémorragie va avoir toute chance de se reproduire; or, ces hémorragies de la délivrance sont particulièrement à redouter chez ces malades en équilibre sanguin tout à fait instable; aussi aurez-vous avantage, en général, à pratiquer, immédiatement après l'expulsion, une délivrance artificielle manuelle. Celle-ci est d'autant plus indiquée que le placenta inséré sur les parois peu contractiles du segment inférieur a peu de tendance à se décoller spontanément et que la délivrance naturelle risque bien de se faire attendre. Une fois le placenta expulsé tout danger n'a pas disparu; on observe dans quelques cas des hémorragies particulièrement graves dues au manque d'efficacité des ligatures vivantes, peu développées dans la musculature de la partie inférieure de l'utérus. Contre ces hémorragies toujours redoutables ne perdez pas votre temps en moyens anodins; il faut d'emblée faire un tamponnement intra-utérin, intrasegmentaire et intravaginal serré; ou bien, suivant la technique de Momburg, serrer fortement la taille de la malade au moyen d'un lien de caoutchouc, tuyau de gaz par exemple, jusqu'à supprimer toute circulation dans la partie sous-ombilicale du tronc; ou encore, avec deux bonnes pinces tire-col, abaisser fortement au dehors de la vulve le col utérin de façon à couder les utérines et à supprimer momentanément leur circulation; cet abaissement permet, en outre, de reconnaître les déchirures du col qui peuvent être la cause de l'hémorragie observée et qui seront dès lors faciles à suturer.

Nous ne ferons que vous signaler la nécessité dans laquelle on s'est trouvé quelquefois de pratiquer l'hystérectomie pour avoir raison de ces hémorragies tardives; c'est une ressource ultime qu'il faut connaître mais que vous pourrez éviter sans doute grâce aux moyens de petite chirurgie signalés plus haut.

Telles sont les principales ressources thérapeutiques auxquelles vous devrez avoir recours dans le traitement des hémorragies par insertion basse du placenta. Ces ressources sont nombreuses et efficaces; à vous de savoir en tirer parti suivant les circonstances en vous persuadant bien, d'une part, que toute hémorragie survenant pendant la deuxième moitié de la grossesse est un accident grave qui, d'un jour à l'autre, peut compromettre la vie de la mère, et, d'autre part, que « la plupart des insuccès dans le traitement du placenta prævia tiennent, soit à une intervention trop tardive, soit à l'infection que l'on peut éviter, soit aux effractions de tissus causées par une intervention mal conduite, exceptionnellement à la persistance de l'hémorragie après intervention obstétricale » (Couvelaire).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le Thorax et l'emphysème, la chondrectomie, par le docteur Eugène Douai, aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, ancien interne des hôpitaux. Un fort volume grand in-8 avec 111 figures dans le texte et hors texte. Tome IV des *Annales de la clinique chirurgicale du professeur Pierre Delbet*. — Prix : 20 fr. — Paris, F. Alcan et R. Lisbonne.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE ANNUELLE DU 21 JANVIER 1920)

PRIX DÉCERNÉS EN 1919.

Médaille Lannelongue (médaille d'or et 5.000 fr. en espèces). — La médaille est décernée à M. le professeur Henri Gaudier (de Lille) pour l'ensemble de ses travaux sur l' « Excision et la réunion immédiate des plaies de guerre ».

Prix Dubreuil (400 fr.). — 200 fr. à M. Marchak, interne des hôpitaux, pour son mémoire sur les « Fractures de jambe ; méthode de traitement du professeur Pierre Delbet » ; 200 fr. à M. Massart, interne des hôpitaux, pour son mémoire sur le « Traitement chirurgical de la paralysie radiale traumatique par la transplantation tendineuse ».

Prix Marjolin-Duval (300 fr.). — Le prix est décerné à M. Gatellier, aide d'anatomie à la Faculté pour son mémoire sur l' « Emphysème médiastinal aigu d'origine traumatique » ; un encouragement de 200 fr. est accordé à M. Georges Jeanneney (de Bordeaux) pour son mémoire sur « Les applications chirurgicales de l'oscillométrie ».

Prix Laborie (1.200 fr.). — Le prix n'est pas décerné. Un encouragement de 200 fr. est accordé à Mme le docteur H. Houdré pour son mémoire intitulé : « Indications et mode opératoire des amputations secondaires. Evolution des moignons. »

Prix Ricord (300 fr.). — Le prix n'est pas décerné. Un encouragement de 200 fr. est accordé à M. le docteur Marcel Vigot, interne des hôpitaux, pour sa thèse intitulée : « Contribution à l'étude anatomo-pathologique de la gangrène gazeuse. »

Prix Aimé-Guinard (1.000 fr.). — Le prix est accordé à M. Henri Costantini, ancien interne des hôpitaux, pour son mémoire intitulé : « De la chirurgie des plaies récentes du cœur par projectiles et instruments tranchants. »

Prix Jules Hennequin (1.500 fr.). — Le prix est décerné à feu Jean Tanton, médecin principal de l'armée, pour son « Traité des fractures ». Des encouragements de 500 fr. sont accordés à M. René Bloch, interne des hôpitaux, pour son mémoire sur « Les fractures du col du fémur chez l'enfant et l'adolescent et la coxa vara » ; à M. Jean Madier, ancien interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté, pour son mémoire sur « Les plaies ostéo-articulaires de la hanche » ; à M. Fernand Masmonteil, interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté, pour son travail sur « Les fractures diaphysaires de l'avant-bras ».

PRIX A DÉCERNER EN 1920 (séance annuelle de 1921).

Prix Dubreuil, annuel (400 fr.). — Destiné à récompenser un travail sur un sujet d'orthopédie.

Prix Marjolin-Duval, annuel (300 fr.). — A l'auteur (ancien interne des hôpitaux ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) de la meilleure thèse inaugurale de chirurgie publiée dans le courant de l'année 1920.

Prix Laborie, annuel (1.200 fr.). — A l'auteur du meilleur travail inédit sur les « Greffes osseuses ».

Les manuscrits destinés au prix Laborie doivent être anonymes et accompagnés d'une épigraphe reproduite sur la suscription d'une enveloppe renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat.

Les travaux des concurrents devront être adressés au secrétaire général de la Société nationale de chirurgie, 12, rue de Seine, Paris (VIe), avant le 1er novembre 1920.

PRIX A DÉCERNER EN 1921 (séance annuelle de janvier 1922).

Prix Marjolin-Duval, annuel (300 fr.). — A l'auteur (ancien interne des hôpitaux ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) de la meilleure thèse inaugurale de chirurgie publiée dans le courant de l'année 1921.

Prix Laborie, annuel (1.200 fr.). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie.

Prix Dubreuil, annuel (400 fr.). — Prix destiné à récompenser un travail sur un sujet d'orthopédie.

Prix Ricord, bisannuel (300 fr.). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie, ou d'un mémoire publié dans le courant de l'année et n'ayant pas été l'objet d'une récompense dans une autre société. Les manuscrits destinés au prix Ricord peuvent être signés.

Prix Jules Hennequin, bisannuel (1.500 fr.). — Au meilleur mémoire sur l'anatomie, la physiologie, la pathologie ou les traumatismes du squelette humain. Ce prix ne peut être partagé.

Prix Demarquay, bisannuel (700 fr.). — A l'auteur d'un travail inédit sur les « Résultats immédiats et éloignés du traitement chirurgical des ulcères de la petite courbure de l'estomac ».

Prix Gerdy, bisannuel (2.000 fr.). — A l'auteur d'un travail inédit sur l' « Action des anesthésiques généraux sur le foie ».

Les manuscrits destinés au prix Laborie, au prix Gerdy et au prix Demarquay doivent être anonymes et accompagnés d'une épigraphe reproduite sur la suscription d'une enveloppe renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat.

Les travaux des concurrents devront être adressés au secrétaire général de la Société nationale de chirurgie, 12, rue de Seine, Paris (VIe), avant le 1er novembre 1921.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 24 JANVIER 1920)

Epilepsie et glandes endocrines. — Pour M. Léopold-Lévi, les lésions cortico-méningées sont le substratum de l'épilepsie essentielle. Pour que la crise éclate, il faut l'intervention d'un mécanisme toxique, circulatoire, calcifiant, anaphylactique, auquel prennent part les glandes endocrines. La clinique, l'anatomo-pathologie, l'expérimentation montrent l'intervention dans la genèse des crises épileptiques des troubles des glandes surrénale, hypophyse, ovaire, thyroïde, parathyroïde.

Les déviations fonctionnelles de ces glandes, leurs lésions anatomiques sont parfois en sens inverse, ce qui précise la nécessité de l'équilibre neuro-endocrinien. Parfois, plusieurs glandes sont touchées simultanément dans l'épilepsie.

Types de prothèse allemande pour mutilés de guerre. — M. Rœderer présente différents types de prothèse allemande qu'il a pu recueillir et en fait la critique sans vouloir établir de comparaison entre les prothèses allemande et française. Il attire l'attention sur ce fait que la prothèse immédiate a été systématiquement appliquée à tous les amputés du membre inférieur, d'où plus rapide reprise de la vie courante. Aux membres supérieurs, les recherches d'accessoires de travail ont été extrêmement poussées. Il faut signaler également dans la prothèse allemande du membre supérieur, la recherche fréquente de la vitalisation des moignons, suivant la méthode italienne.

Sur les variétés rares de bradycardie avec projections de tracés polygraphiques. — Sur ce sujet très technique, illustré de documents graphiques recueillis par l'auteur, M. Mougeot (de Royat) envisage en particulier les pouls lents de variétés rares : 1. la dissociation auriculo-ventricu-

laire d'apparence complète que débloque soit l'atropine, soit l'adrénaline; 2. la bradycardie sinusale totale dans sa variété rare, réfractaire aux épreuves de l'atropine, du nitrite d'amyle et de la compression oculaire; 3. la bradycardie nodale de James Mackensie, pour laquelle il propose une théorie: l'existence d'un bloc sino-auriculaire total.

Radiomensuration du rachis et du thorax (*avec projections*). — M. SANDOZ présente un nouvel appareil de mensuration de la colonne vertébrale et du thorax au moyen de la radiographie, qui peut être également utilisé pour le repérage des lésions viscérales, caractérisé par des moyens de fixation rigoureuse du sujet et des points de repère fixes constitués par deux fils entrecroisés. Cet appareil permet de se rendre compte exactement des déviations vertébrales et des déformations thoraciques et de juger de la valeur réelle des méthodes de redressement.

Résultats du forage de la prostate (*avec projections*). — Par son procédé du forage de la prostate, qu'il emploie dans les causes de rétention d'urine d'origine prostatique (au cours d'abcès chroniques de la prostate, de polypes de l'urètre postérieur ou du verumontanum, d'inflammation chronique de la portion antérieure de la prostate), M. LUYS, évitant ainsi la prostatectomie, acte chirurgical important et souvent disproportionné avec la lésion à traiter, obtient une proportion de guérisons de 35 p. 100.

Scoliose. Assouplissement en position d'Abbott. — Pour M. BARBARIN, la méthode d'Abbott seule donne des résultats dans les scolioses graves, invétérées. Dans les scolioses souples, réductibles, toutes les méthodes de gymnastique peuvent et doivent donner des résultats entre les mains des spécialistes qui savent modeler un thorax, lui refaire des muscles et établir un programme d'exercices rationnels.

M. RŒDERER partage les vues de M. Barbarin au sujet de la division des scolioses en scolioses réductibles et scolioses irréductibles, ces dernières seules devant être traitées par la méthode d'Abbott. Pour M. Rœderer, la gymnastique respiratoire est un des éléments essentiels de la méthode d'Abbott. Malheureusement, la position fléchie est défavorable à la respiration profonde.

CONGRÈS

LES PROCHAINS CONGRÈS DE MONACO

Notre confrère le docteur Maurice Faure a montré ici même il y a un an (1) l'importance des congrès qui vont se tenir à Monaco pendant les prochaines vacances de Pâques. Nous croyons utile de rappeler aujourd'hui le programme de ces réunions scientifiques qui ont pour but de démontrer la supériorité de la France et de ses alliés au point de vue des cures hydrominérales, climatiques, marines et alpines, et de mettre en valeur des ressources insuffisamment utilisées jusqu'ici.

Tous ces congrès sont placés sous la présidence effective de S. A. S. le prince Albert Ier de Monaco, membre associé de l'Institut de France. Le vice-président est M. le professeur Robin, le secrétaire général le docteur Bardet. Notre confrère Victor Gardette en est l'administrateur.

CONGRÈS D'HYDROLOGIE ET DE GÉOLOGIE HYDROMINÉRALE

Questions mises à l'étude. — Spécialisation de la thérapeutique et de la cure hydrominérale. Rapporteurs : MM. le professeur Albert ROBIN et G. BARDET. — La protection des sources. *a.* Etude géologique. Rapporteur : M. MARTEL. *b.* Etude technique. Rapporteur M. GUÉRIN. — Les analyses d'eaux minérales et les progrès de l'hydrologie. Rapporteur : M. LINOSSIER. — Les voyages d'études médicales aux stations; leur utilité pour l'enseignement de la thérapeutique hydrominérale et climatique. Rapporteurs : MM. CARRON DE LA CARRIÈRE et JOUAUST. — L'utilisation des stations hydrominérales et maritimes par le Service de santé militaire pendant et après la guerre. Rapporteur : M. Ray. DURAND-FARDEL.

CONGRÈS D'HYGIÈNE ET DE CLIMATOLOGIE

Questions mises à l'étude. — Première section. — Alimentation en eau potable des villes d'eaux, stations de bains de mer, stations climatiques et touristiques. Rapporteur : M. F. DIÉNERT. — Evacuation des eaux résiduaires des villes d'eaux, stations de bains de mer, stations climatiques et touristiques. Rapporteur : M. G. DIMITRI.

Deuxième section. — Pollution de l'air par les industries dans les régions d'altitude, stations thermales et balnéaires. Rapporteur : M. le professeur HUGOUNENCQ. — Captation des poussières atmosphériques au moyen des courants électriques à haute tension. Rapporteur : MM. D'ARSONVAL et F. BORDAS. — Pollution de l'air par les poussières des routes. Procédés modernes de construction et d'entretien des chaussées. Rapporteur : M. Clifford RICHARDSON (point de vue américain); M. Georges DUMONT (point de vue français). — Les poussières domestiques ; les moyens de les combattre. Rapporteur : Mme la générale WEISS.

Troisième section. — Aménagement d'ensemble des stations thermales, climatiques, balnéaires. Rapporteur : M. L. BONNIER. — Aménagement des établissements de cure dans les stations thermales, climatiques et balnéaires. Rapporteur : M. L. GAULTIER. — Aménagement des hôtels et des habitations privées dans les stations thermales, climatiques et balnéaires. Rapporteur : M. AUBURTIN.

Quatrième section. — Climatologie comparée des régions côtières de la France au point de vue météorologique. Rapporteur : M. Joseph VALLOT. — Climatologie comparée des côtes de France au point de vue médical. Rapporteur : M. SARDOU. — Technique et unification des mesures en héliologie. Rapporteur : M. DUPAIGNE.

Cinquième section. — L'héliothérapie, complément du traitement climatique. Rapporteur : M. D'ŒLSNITZ. — L'héliothérapie appliquée aux blessures de guerre. Rapporteur : M. LÉO.

CONGRÈS DE THALASSOTHÉRAPIE

Questions mises à l'étude : Les tuberculeux à la mer. — Tuberculoses médicales. Rapporteur : M. le professeur Albert ROBIN. — Tuberculoses chirurgicales. Rapporteur : M. ANDRIEU.

Le Comité italien a désigné comme rapporteurs :

MM. le professeur Camillo POLI, qui traitera la question : « La thalassothérapie et l'héliothérapie dans la lutte contre la tuberculose ». — Les professeurs PUTTI et Dario MARAGLIANO qui traiteront de « La thalassothérapie dans la tuberculose chirurgicale ». — Les professeurs RONZONI et CARPI qui traiteront de « La thalassothérapie dans la tuberculose médicale ».

CONGRÈS DES VILLES D'EAUX, BAINS DE MER ET STATIONS CLIMATIQUES

Questions mises à l'étude. — La protection des sources (étude législative et administrative). Rapporteur : M. Georges MAILLARD. — Amélioration à apporter dans l'Administration municipale des stations thermales. Rapporteur : M. PIERRE. — Perfectionnement de la spécialisation des installations et de l'outillage balnéaires. Rapporteur : M. GUÉRIN, ingénieur. — Publicité collective. Rapporteur : M. Alfred MEILLON (de Cauterets). — Organisation des régimes dans les stations thermales et climatiques. Rapporteur : M. BINET (de Vichy).

Se tiendront en même temps : une conférence hôtelière interalliée pour favoriser l'industrie hôtelière dans les sta-

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1919, 20 fév., n° 9, p. 141.

tions de cure; un congrès de l'alpinisme et un congrès de tourisme.

Le congrès comprend des membres titulaires et des membres associés. Ne peuvent être membres associés que les personnes de la famille directe des membres titulaires.

La cotisation des membres titulaires est fixée à *25 francs*, celle des membres associés à *15 francs*.

La carte de congressiste, délivrée par l'administrateur, après paiement de l'une ou l'autre de ces cotisations, permettra de participer aux réceptions et excursions organisées pendant le congrès et donnera droit aux divers avantages qui pourront être obtenus pour les congressistes.

Tous les membres titulaires ou associés peuvent assister aux séances des divers congrès, mais seuls les membres titulaires ont qualité pour y prendre la parole ou contribuer à leurs travaux. Seuls aussi les membres titulaires ont droit à leurs publications éventuelles ainsi qu'aux volumes du compte rendu général et ceci dans les conditions suivantes :

1° Chaque congressiste titulaire aura droit exclusivement aux comptes rendus du congrès auquel il se sera fait inscrire en versant sa souscription.

2° Pour obtenir les volumes des autres congrès il devra le spécifier, en se faisant inscrire, et verser un supplément de *10 francs* pour chacun de ceux dont il voudra recevoir un exemplaire.

Toute communication présentée devra être inédite et soumise à l'acceptation du bureau du congrès auquel elle sera destinée. Le texte, ainsi qu'un bref résumé, devront en être adressés au secrétaire général de ce congrès au plus tard deux mois avant l'ouverture.

Les adhésions doivent être adressées avec leur montant à l'administrateur des congrès, le docteur Victor Gardette, à l'Institut d'océanographie, 195, rue Saint-Jacques, Paris (5e).

Sur demande il sera adressé une brochure détaillée sur les congrès.

JURISPRUDENCE

LE MÉDECIN ET LA LOI DU 31 MARS 1919 SUR LES PENSIONS DE LA GUERRE

LES DÉCRETS DES 4 ET 26 SEPTEMBRE 1919

Nous avons, lors de la promulgation de la loi du 31 mars 1919 qui modifiait profondément la législation des pensions militaires, exposé ici même le rôle important que le médecin aurait à jouer dans son application. (V. *Gaz. des hôpit.*, n° 28, 10 mai 1919, p. 445.) Depuis lors, les journaux de défense professionnelle, et plus particulièrement le *Concours médical*, sous la plume de son excellent rédacteur en chef, Julien Noir, ont demandé que la rétribution des services rendus par le médecin ne soit pas dérisoire, et que des honoraires de famine ne soient pas alloués au médecin dont la responsabilité est fortement engagée et dont les soins seront constants et parfois difficiles, et nous nous sommes associés à cette campagne si juste.

Cependant deux décrets fort importants ont été promulgués : l'un du 2 septembre 1919, contresigné par le ministre de la Guerre, l'autre du 26 septembre 1919, contresigné par le ministre de l'Intérieur. (*J. O.*, 4 septembre et 16 octobre 1919.) Ce dernier est suivi d'une circulaire aux préfets du 15 octobre.

Le décret du 2 septembre porte règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 31 mars.

Après avoir indiqué quels documents médicaux doivent figurer au dossier de tous militaires présents sous les drapeaux qui, avant de quitter le service, veulent faire valoir leurs droits à une pension, le décret, dans son chapitre II, s'occupe des militaires renvoyés dans leurs foyers. Lorsqu'un militaire de cette catégorie veut faire valoir ses droits à pension, il adresse une demande au directeur du Service de santé de la région où il réside. Dans cette demande, doit figurer l'indication que son état de santé lui rend impossible ou difficile tout déplacement. Dans les huit jours qui suivent la réception de la demande par le centre de réforme, le médecin chef réclame au corps tous les documents médicaux de l'intéressé. Le médecin chef peut, en outre, correspondre directement avec les autorités civiles pour obtenir tous renseignements. Puis, l'instruction terminée, le militaire est convoqué pour les visites médicales réglementaires.

Les visites se font soit au centre de réforme, soit dans certaines localités, soit lors des tournées de visite obligatoires pendant quatre ans dans chaque canton, et elles sont effectuées par deux médecins experts qui peuvent être des médecins civils, pris sur une liste annuelle dressée par l'administration. En cas d'urgence ou de circonstances spéciales, le médecin chef du centre de réforme peut désigner, pour une affaire déterminée, un ou deux médecins experts ne figurant pas sur la liste, mais attachés à un service public (art. 3 à 7).

Préalablement à l'examen de l'intéressé, les médecins experts doivent être mis en possession des pièces de l'instruction nécessaires à cet examen. Ils peuvent procéder à la visite, soit ensemble, soit séparément ; mais dans tous les cas, ils établissent chacun un certificat qui est revêtu de leur signature. L'intéressé a la faculté de produire aux médecins experts tout certificat médical ou document qu'il juge utile et dont il peut demander l'annexion au dossier. Il peut également, à chacune des visites auxquelles il est procédé, se faire assister par un médecin de son choix ; ce médecin, présente, s'il le juge utile, des observations écrites, qui sont jointes au procès-verbal. Dans le cas où l'état de santé de l'intéressé ne permet de le transporter, celui-ci en fait, nous l'avons dit, une déclaration, à laquelle il joint un certificat médical. La visite est alors faite à domicile (art. 8 et 9).

Lorsque l'instruction médicale est achevée, le dossier est transmis au président de la Commission de réforme, qui convoque l'intéressé pour lui faire connaître la proposition dont il est l'objet. La Commission entend les observations que peuvent avoir alors à présenter soit l'intéressé, soit le médecin par lequel il a le droit de se faire assister, et formule ses propositions. Si l'intéressé, invité à se présenter devant la Commission de réforme, s'en rapporte à l'avis des médecins experts, il en avise, par écrit, le président de la Commission de réforme, laquelle, si elle n'adopte pas les conclusions des médecins experts, convoquera l'intéressé qui peut se faire assister de son médecin (art. 10 et 11).

Le procès-verbal de la Commission de réforme accompagné de toutes les pièces de l'instruction est transmis au ministre pour procéder à la liquidation.

On sait qu'en vertu des articles 7 et 68 de la loi du 31 mars 1919, le militaire est en droit de demander la revision ou la constatation de son état pour réserver ses droits éventuels à une pension. Pour les demandes en revision, les visites médicales et les règles de procédure sont les mêmes que celles que nous venons d'exposer. En ce qui concerne les demandes de constatation d'état, l'ancien militaire adresse une demande par lettre recommandée au directeur du Service de santé. Le directeur transmet la demande à un centre de réforme qui désigne un médecin expert pour procéder à la visite de l'intéressé. Celui-ci peut se faire accompagner par un médecin assistant qu'il choisit, et remettre telles attestations qu'il croit nécessaires pour être annexé au certificat de visite, établi en double exemplaire. Une contre-visite peut être ordonnée (art. 14 à 16).

Les mêmes formalités énumérées dans les seize articles ci-dessus rapportés sont applicables aux anciens militaires résidant à l'étranger (art. 17-19).

Le décret examine ensuite le droit des veuves, des enfants

et des ascendants. Toute veuve de militaire qui fait valoir ses droits à une pension adresse une demande, dont la signature est légalisée, au fonctionnaire de l'intendance de son département, en y joignant toutes pièces justificatives. Parmi ces pièces figureront, sans aucun doute, les certificats médicaux nécessaires lorsque le militaire est décédé après sa démobilisation. Les demandes de pension en faveur d'orphelins sont présentées par leur représentant légal. Lorsqu'il y a lieu à application de l'article 20 de la loi du 31 mars 1919 en faveur d'un orphelin atteint d'une infirmité incurable, le mettant dans l'impossibilité de gagner sa vie, l'orphelin ou son représentant légal adresse une demande à l'autorité qui saisit le médecin chef du centre de réforme compétent. Ce dernier désigne deux médecins experts pour visiter l'intéressé qui peut se faire assister par un médecin choisi par lui et produire des certificats qui sont annexés au procès-verbal. En ce qui concerne les ascendants qui sollicitent une allocation, lorsque l'ascendant ne remplit pas les conditions d'âge requises par la loi du 31 mars 1919, invoqué des infirmités ou maladies incurables, la demande doit en faire mention. Il en est de même, lorsque la mère, veuve, divorcée et non mariée, invoque, pour obtenir une allocation, le fait qu'elle a à sa charge un ou plusieurs enfants infirmes. Les infirmités ou les maladies sont constatées dans les formes prévues pour l'orphelin incurable dans l'impossibilité de gagner sa vie (art. 20 à 28).

Puis le décret dans ses articles 28 à 31 s'occupe de l'organisation des tribunaux des pensions et des cours régionales. Chaque année, dans la seconde quinzaine de novembre et chaque fois qu'il est nécessaire, le président du tribunal civil du chef-lieu intéressé fait parvenir au ministère de la Justice, en vue de la désignation d'un médecin titulaire et de deux médecins suppléants, la liste départementale des médecins experts près les tribunaux du département et la liste de dix membres présentée par les syndicats ou associations de médecins du département. Cette liste doit contenir autant de noms complémentaires que le tribunal des pensions comporte de sections en sus de la première et est établie, s'il y a plusieurs associations ou syndicats dans les formes prévues à l'article 32 du décret pour les délégués des pensionnés. Cet article dispose : « Les associations ont le droit de se grouper en vue de la répartition à faire par le préfet pour l'établissement des listes. Dans ce cas, il est attribué à chaque groupement un nombre de représentants proportionnel au nombre total des adhérents des associations groupées. Au cas où une association ou groupement ne procède pas dans les délais impartis (un mois au moins avant la date à laquelle le préfet est tenu, première quinzaine de décembre, de faire parvenir la liste des pensionnés au président du tribunal des pensions) à la désignation des membres qu'ils ont à élire, le préfet attribue cette nomination à d'autres associations ou groupements proportionnellement au nombre de leurs adhérents. Enfin si la liste de vingt membres ne peut être établie, le pensionné est désigné par le tribunal » (art. 29).

Les articles 37 à 42 fixent les règles et la procédure. Nous renvoyons pour cela à notre première étude page 445, examen des articles 38 et 40 de la loi du 31 mars 1919.

Enfin l'article 44 dispose qu'il est alloué aux médecins pour l'ensemble des actes, convocations, examens, rapports et dépôts de rapports devant le tribunal des pensions, pour pensionné examiné, une somme fixe de 25 francs. L'article 48 alloue au médecin, membre titulaire ou suppléant du tribunal départemental des pensions, une indemnité de 7 à 10 francs par heure de séance, selon un tarif arrêté par le ministère de la Justice. Les frais de voyage et de séjour des membres du tribunal délégués sont remboursés sur mémoire vérifié et taxé par le président du tribunal départemental des pensions.

(A suivre.) R.-MARCEL PETIT.

LIVRES NOUVEAUX

Automatisme et suggestion (1), par le professeur H. Bernheim (de Nancy).

Combien de théories philosophiques et combien de systèmes médicaux n'a-t-on pas édifiés de toutes pièces sur l'automatisme et la suggestion. Il eût mieux valu définir les conditions de ces phénomènes et commencer par mieux circonscrire ce qui, dans l'activité psychique, peut être tenu pour vraiment automatique. Le mécanisme qui fait éclore les idées, qui transforme ces idées en paroles ou en actes, est automatique et inconscient, mais le psychisme en lui-même est toujours conscient, l'être humain pendant qu'il le manifeste est conscient.

Ce sont surtout les phénomènes, trop longtemps tenus pour mystérieux, du somnambulisme spontané et expérimental et ceux de l'état dit hypnotique qui ont accrédité cette conception du psychisme automatique et inconscient. Ces manifestations pourtant, quand on en pénètre le mécanisme, perdent vite leur caractère de merveilleux. Elles n'ont pas besoin pour se produire de l'intervention supposée d'influences nouvelles et inédites, mais elles obéissent aux lois générales de l'idéo-dynamisme. Elles s'expliquent, d'une part, par la connaissance des productions psychiques du sommeil, et de l'autre par la notion de cette propriété normale qu'est la suggestibilité.

Le sommeil dit hypnotique plus ou moins profond est identique au sommeil ordinaire ; les phénomènes dits hypnotiques dus à la suggestion peuvent être réalisés dans le demi-sommeil ordinaire et même chez beaucoup à l'état de veille sans manœuvres spéciales ; ils peuvent même se réaliser spontanément sous certaines influences par un mécanisme physiologique. L'hallucinabilité dans cet état dit hypnotique n'est pas plus étrange que celle qui existe chez nous tous dans les rêvasseries de la veille ou dans les rêves du sommeil chaque fois que l'esprit non occupé par des idées actives est abandonné à l'imagination, cérébrative passive ; le somnambulisme spontané n'est, en réalité, qu'un rêve en action.

La thérapeutique dite hypnotique n'est pas une influence mystérieuse sur l'automatisme du sujet, faite à son insu par une sorte de cambriolage cérébral comme beaucoup le pensent encore. En un mot, il n'y a pas d'hypnotisme, il n'y a que de la suggestibilité et la suggestion thérapeutique à l'état de veille n'est que de la psychothérapie.

Telles sont les notions dominantes de cet ouvrage qui résume ainsi les conceptions psycho-physiologiques et l'expérience clinique d'une vie consacrée à l'étude tout d'abord de l'hypnotisme et du somnambulisme, ensuite de la suggestion et de la psychothérapie. Ce n'est pas de théories abstraites et transcendantes, mais de documents fournis par l'observation de l'homme sain et malade que sont issues les idées fondamentales de ce petit livre de psychologie clinique.

P. CAMUS.

Grandes et petites obésités. Cure radicale (2), par Fr. Heckel.

L'auteur a remanié complètement un certain nombre de chapitres, tout en réduisant le volume de l'ouvrage. La lecture en est fort intéressante. Heckel définit d'abord les obésités, « syndromes englobant l'ensemble des troubles fonctionnels qui vont de l'état d'adiposité physiologique à l'envahissement graisseux ». Il y a donc des grandes et des petites obésités, celles-ci marquant les premiers stades de l'évolution pathologique.

L'obésité est donc un syndrome banal. Comme toutes les maladies de la nutrition, c'est un trouble évolutif, progressif,

(1) Un vol. de la Biblioth. de philos. contemp. — Paris, Alcan.
(2) 2e édition. Prix : 15 francs. — Paris, Masson.

susceptible de s'associer à d'autres états morbides de même ordre : diabète, goutte, asthme, migraine, hémorroïdes, rhumatisme, etc. Toutes ces affections qui font partie du groupe de l'arthritisme sont influencées dans leur pathogénie d'une part par l'action du système nerveux, d'autre part par les intoxications exogènes et endogènes (souvent endocrines).

Pour Heckel, l'obésité se définit surtout par son coefficient, c'est-à-dire par le rapport du taux de la graisse au reste de l'organisme, en particulier à la masse musculaire qui diminue quand la graisse augmente (coefficient adipomusculaire).

Ainsi donc les obésités, « syndromes à extension progressive, facilement corrigibles dans la première phase de leur évolution (petite obésité)..., sont produites par des altérations exogènes ou endogènes des fonctions adiporégulatrices du système nerveux ou plutôt neuroglandulaire ».

Trois éléments les caractérisent :

1º La surcharge graisseuse du tissu conjonctif et plus tard la dégénérescence graisseuse des éléments nobles.

2º Des troubles fonctionnels divers : nerveux, endocritiques, cardiovasculaires, digestifs, musculaires.

3º L'accroissement de rapport $\frac{\text{graisses}}{\text{muscles}}$ qui, normalement est de $\frac{1}{10}$.

L'auteur discute un certain nombre d'erreurs et de préjugés concernant le sujet qu'il traite : erreurs sur le poids des parties constituantes du corps, sur le taux et le rôle du tissu graisseux, etc. Il montre qu'on ne peut évaluer le bilan nutritif en calories. Il redresse une série d'erreurs au sujet de l'engraissement par l'âge, de l'activité normale de l'individu. « L'inactivité crée l'obésité, et l'obésité progresse par l'inactivité. » « Pour assimiler il faut faire un appel du tirage organique par la désassimilation. »

Heckel analyse ensuite les facteurs étiologiques des obésités. La clinique et la symptomatologie, la pathogénie des obésités sont longuement étudiées. Il décrit des obésités d'origine nerveuse et neuroglandulaire ; par ralentissement de la nutrition et par arthritisme, par hyperlipogénie, par hypolipolyse. Souvent plusieurs de ces causes sont associées.

Le traitement est exposé fort en détail. L'auteur classe les méthodes et les critique. Il distingue :

1º Des méthodes basées sur la réduction alimentaire globale.

2º Des méthodes basées sur la réduction de certains aliments (hydrates de carbure, graisses).

3º Des méthodes basées sur l'augmentation ou la diminution des liquides.

4º Des méthodes empiriques.

5º Des méthodes physiques.

6º Des méthodes mixtes.

Les caractères d'une bonne cure sont sa durée, son application relativement facile, ses résultats qui doivent être définitifs et amener une perte en poids régulière et pas trop rapide. Il n'y a pas de régime type : à chaque sujet on doit trouver sa cure particulière. Pas de régime triste et uniforme, pas de disproportion entre la ration et la capacité digestive. La cure doit être entrecoupée de périodes de régime normal. Le patient apprendra à manger modérément et à se priver de boissons abondantes. On associera au régime une cure de rééducation et de réfection musculaires, ce qui ne veut pas dire sportive.

F. LÉVY.

Les Emotions et la guerre (1),
par M. Maurice DIDE.

La grande guerre européenne était assurément le champ d'expériences le plus large et le plus varié qu'il fût possible d'imaginer pour l'étude des émotions individuelles ou collectives chez les peuples les plus cultivés du globe. M. Dide a su profiter de ces riches enseignements ; il a pu, dans les circonstances les plus dramatiques, observer, réfléchir et faire ample moisson de faits intéressants. Ce sont les principales de ses observations psychologiques et cliniques qu'il a rassemblées dans ce volume. Il les a classées en trois parties.

(1) Un vol. de la Biblioth. de philos. contemp. — Paris, Alcan.

La première a pour titre l'émotion choc de guerre et l'hypnose. L'auteur y envisage le but psychique que vise le belligérant : déprimer, inhiber l'adversaire en déterminant chez lui la panique. D'où la nécessité de connaître à la fois l'action matérielle des explosions de guerre sur l'organisme et les réactions émotives inhibitrices, l'hypnose et les psychoses des batailles.

L'étude des manifestations psycho-émotives conduit à la notion de l'égoïsme émotionnel et dépressif des individus : ce sont les faits nombreux décrits sous le nom d'hystérie de guerre, de neurasthénie de guerre avec tous leurs syndromes psycho-physiopathiques, avec leur évolution et les principes fondamentaux de leur traitement.

A cette seconde partie l'auteur ajoute un chapitre, sans doute un peu disparate mais curieux, sur la psychologie allemande contemporaine. Il lui donne une appellation dont les termes semblent un peu jurer d'être assemblés mais font image : l'égoïsme collectif psychopathique. Il en fait un égoïsme passionné nationaliste, une sorte de folie collective.

La troisième et dernière partie comporte l'étude dans la guerre des passions expansives et altruistes, des tendances affectives optimistes, de l'expression esthétique de l'héroïsme et de la volonté triomphante.

Il ne convient pas à la critique de reprocher à cet ouvrage ni un classement parfois un peu artificiel des chapitres ni une documentation nécessairement incomplète, ainsi d'ailleurs que le reconnaît l'auteur lui-même. Il faut connaître dans quelles conditions difficiles les matériaux en ont été recueillis à la tranchée et au poste de secours du bataillon, dans les centres neurologiques du front ou du territoire. Ce qu'il importe surtout d'apprécier, dans ce recueil de faits vécus et rassemblés sans doctrine préétablie, c'est l'ardeur qui l'anime et c'est la foi patriotique avec laquelle il a été écrit.

P. CAMUS.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES AUTOMOBILES POUR LES MÉDECINS DES RÉGIONS LIBÉRÉES

Nous avons déjà annoncé (*Gaz. des hôpit.*, nº 8, 22 janv. 1920) que le ministre des Régions libérées, sur la demande de l'Union des syndicats médicaux de France venait de mettre à la disposition des médecins des départements sinistrés un premier lot de 100 voitures.

Voici la confirmation de notre information :

M. Deguise, député, expose à M. le ministre des Régions libérées que les médecins chargés d'un lourd service attendent toujours qu'on mette à leur disposition, même sur les dommages, les moyens de transports automobiles, qu'on en avait fait l'offre télégraphiquement à des praticiens qui, depuis un mois, réclament en vain et demande à quelle date les malades pourront être assurés d'avoir les soins que l'Etat se doit à lui-même d'organiser, de préférence dans les pays dévastés. (*Question du 22 janvier 1920.*)

Réponse. — Les difficultés qu'éprouvent les médecins des régions libérées à se procurer, dans les adjudications organisées par la liquidation des stocks, les voitures automobiles qui leur sont indispensables pour l'exercice de leur profession, n'ont pas échappé à l'attention de l'administration. Dans le but de procurer à ces praticiens les moyens de locomotion qui leur font défaut, l'acquisition directe par le ministère d'un premier lot de 100 voitures légères Ford a été décidée ; cette opération vient d'être réalisée. Ces automobiles vont être mises, par voie de location et à des conditions avantageuses, à la disposition des médecins et des vétérinaires et leur répartition pourra être faite dans un délai maximum de quinze jours. (*J. O.*, 30 janv. 1920.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le Loyer du médecin, par R.-M. PETIT, avocat à la Cour d'appel de Paris: Un vol. in-8°, 1919. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, A. Maloine et fils.

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES & DIAGNOSTIC DE LA PARALYSIE FACIALE PÉRIPHÉRIQUE

DÉFINITION. — On désigne ainsi une affection consécutive à une altération du nerf dans son trajet périphérique, c'est-à-dire au niveau ou au-dessous de son noyau d'origine. La lésion peut donc siéger aussi bien dans le trajet intrabulbaire que sur le tronc du nerf. Mais insister sur ce fait que l'on divise théoriquement le facial périphérique en trois segments : la partie *périphérique proprement dite* (extracranienne), la partie *intratemporale* et la portion *intracranienne*.

C'est la paralysie faciale périphérique proprement dite que nous prendrons comme type de description.

SYMPTOMES. — I. **Début**. — Brusque ou progressif suivant la cause. Précédé ou non de douleurs qui siègent derrière ou dans l'oreille. Parfois la douleur est si intense qu'on a décrit une forme douloureuse.

II. **Etat**. — Etudier successivement les troubles moteurs, sensoriels, réflexes, sensitifs, trophiques et vaso-moteurs.

1. TROUBLES MOTEURS. — Ils varient suivant que les muscles de la face sont au repos ou en mouvement.

a. *Au repos*. — C'est une paralysie totale de la moitié de la face; *facies* : asymétrie faciale avec masque spécial, sillons et rides effacés, joue plus pleine; *bouche* : commissure labiale relevée du côté sain; *nez* : pointe déviée du côté sain; rétrécissement de la narine qui s'aplatit dans l'inspiration au lieu de se dilater; *œil* : fente plus large du côté paralysé. Paupière inférieure en ectropion, épiphora fréquent (paralysie du muscle de Horner), et, ultérieurement, possibilité de kératite, ulcération cornéenne; *joue* : fume la pipe.

b. *Au mouvement*. — Etudier de même et systématiquement; *facies* : mimique disparue; exagération de la déviation des traits du côté sain dans le rire, le pleurer; *front* : impossibilité de plisser le front et de froncer le sourcil du côté malade; *œil* : inocclusion du côté malade (signe de Ch. Bell); *bouche* : parole défectueuse, impossibilité de prononcer les lettres b et p, etc., et de siffler; mastication gênée; ouverture avec déformation en raquette. Il est classique de décrire, dans les cas graves, la déviation de la langue et de la luette. Mais cela est discuté, et nous y reviendrons dans les formes intrapétreuses.

Pour Lermoyez, cette déviation du voile serait très contestable, le voile étant innervé par le vago-spinal (nerfs pétreux profonds) et non par le facial proprement dit.

Enfin, signaler le signe du peaucier (Babinski).

2. TROUBLES SENSORIELS. — Les troubles de l'ouïe et du goût se voient au cours des lésions intrapétreuses du facial. Nous les retrouverons à propos de cette forme clinique.

3. TROUBLES RÉFLEXES. — Suppression des réflexes du nez, de la bouche, des yeux (clignement de la paupière) qui seraient conservés, au contraire, dans la paralysie centrale.

Les *mouvements associés* sont fréquents : le malade ferme les yeux quand il veut rire ou qu'on lui dit d'ouvrir la bouche. Ils traduisent la production d'un effort plus grand qu'il ne faut.

4. TROUBLES SENSITIFS. — Ils devraient être nuls, le facial étant un nerf moteur. Cependant l'on doit signaler les phénomènes douloureux pouvant précéder ou accompagner la paralysie : points douloureux dans l'oreille, autour de l'oreille, au niveau de l'orbite ou du maxillaire. Les troubles d'*anesthésie* qui pourraient être constatés relèvent de lésions concomitantes du trijumeau.

5. TROUBLES VASO-MOTEURS. — On a signalé de la rougeur en plaques avec hyperthermie du côté paralysé, de la bouffissure des joues, des paupières.

6. TROUBLES TROPHIQUES. — Dans les cas graves, il se produit à la longue de l'atrophie musculaire avec contracture; la peau de la face est lisse, sèche, tendue. Strauss a signalé des modifications de la réaction sudorale (une injection de 1 milligramme de pilocarpine provoquerait de la sudation du côté malade une à deux minutes après le côté sain).

ÉVOLUTION. — D'après les réactions électriques, il est classique de distinguer trois formes de gravité différente (Erb) :

a. **Forme légère**. — Pas de modifications des réactions électriques. Elle guérit en une à deux semaines. C'est le type de la paralysie dite a frigore.

b. **Forme moyenne**. — Les troubles moteurs disparaissent en trois semaines et la guérison complète s'effectue en deux mois. Il y a diminution de la contractilité galvanique et faradique du nerf. Parfois troubles plus graves du côté des muscles avec réaction de dégénérescence et inversion de la formule. Le retour de la contractilité volontaire précède parfois le retour de l'excitabilité du nerf.

c. **Formes graves**. — Qui traduisent les névrites du nerf facial. La R. D. est complète : inexcitabilité faradique des muscles et du nerf, inexcitabilité galvanique du nerf; exagération de l'excitabilité galvanique des muscles, puis abolition. Inversion de la formule; contraction lente et vermiculaire. Le pronostic de ces formes est grave car elles mettent des mois à guérir, et bien souvent ne survient qu'une guérison partielle.

C'est dans ces paralysies faciales graves, traînantes et incomplètement guéries, que l'on peut observer certains troubles tardifs.

L'*excitabilité mécanique du nerf* est souvent exagérée (signe de Chvosteck dans la tétanie). Parfois l'excitabilité neuro-musculaire n'est pas abolie, mais exagérée (Babinski).

Les *spasmes musculaires* ont été désignés à tort sous le nom de tics. Ils sont, soit cloniques (secousses brusques, en éclair, souvent en série), soit toniques (grimaces ou contractions déformantes comme dans l'hémispasme facial).

Les *contractions associées* ont été déjà signalées ainsi que les contractions paradoxales tendant à l'inverse du mouvement commandé.

La *contracture* secondaire est discutée : fréquente d'après Duchenne, la déviation de la face change de sens. Elle est niée par Erb qui croit avoir affaire à une rétraction secondaire des fibres musculaires.

Récidives. — Ne sont pas exceptionnelles : paralysies récidivantes périodiques, associées avec migraine par exemple.

Formes cliniques. — A côté des paralysies légères, moyennes et graves, des paralysies récidivantes, des paralysies chroniques avec contracture, citer d'autres formes : paralysie faciale au cours d'infections diverses, de grippe; *paralysie faciale du nouveau-né* à la suite d'accouchement pénible; bénigne en général, elle guérit en quelques jours. La paralysie faciale bilatérale ou *diplégie faciale* qui est rare. La face est transformée en un masque immobile, sans rides et sans expression. La parole est difficile, la mastication impossible, les yeux sont larmoyants, la salive s'écoule de la bouche.

(*A suivre.*)

L'Équilibre des substances hétérogènes, par Willard GIBBS, exposé abrégé, traduit et complété de notes explicatives par G. MATISSE. Un vol. in-16 double couronne (115 × 180) de VIII-102 pages, avec 11 figures dans le texte, 1919. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Gauthier-Villars et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS, — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 15 francs par an. Étudiants étrangers, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 6 fr. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 3 février. — MM. Chiray, 19 ; Leconte, 17 ; Touraine, 18.

— CONCOURS DE DENTISTE ADJOINT DES HÔPITAUX. — Séance du 2 février. — « Pathogénie. Symptômes et traitement des accidents dus à l'éruption vicieuse de la dent de sagesse inférieure. » — MM. Béliard, 24 ; Maurel, 27 ; Leclercq, 20 ; Courtaing, 25 ; L'Hirondel, 20 ; Solas, 20.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Lecture des copies.* — *Anatomie.* — Séance du 2 février. — MM. Perrochaud, 12 ; Lebée, 11 ; Mme Michaux, 12 ; MM. Guillouet, 14 ; Walter, 15 ; Blamoutier, 13.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 1er février. — Question donnée : « Anthrax ». — MM. Seillé, 18 ; Vidal, 14 ; Bertrand, 14 ; Salathé, 11 ; Mathieu (Jean), 11 ; Risterucci, 14 ; Servel, 15 ; Risacher, 19 ; d'Auxion, 12 ; Royer, 10 ; Bardy, 13 ; Souron, 14 ; Saidman, 14 ; Vacher, 13 ; Tiby, 16 ; Suau, 12.

Séance du 2 février. — Question donnée : « Erysipèle de la face. »

MM. Welte, 17 ; Blanche, 13 ; Sarles, 13 ; Robert, 12 ; Tambareau, 15 ; Vanheuverswyn, 13 ; Salmon, 19 ; Thoral, 12 ; Viteau, 16 ; Thomas (Marcel), 16 ; Seguy, 15 ; Vazeille, 12 ; Seligmann (Emile), 15 ; Valence, 16 ; Thomas (Jules), 12 ; Sailly, 14 ; Surmont, 18.

Anatomie. — Séance du 2 février. — Question donnée : « Configuration extérieure et rapports de l'utérus. »

MM. Froyez, 10 ; Fumery, 14 ; Jabiol, 8 ; George, 17 ; Huard, 13 ; Gognel, 7 ; Hudelo, 18 ; Héry, 15 ; Evrain, 14 ; Denniel, 18 ; Guilleminot, 13, Flahaut, 9 ; Gouvenot, 15 ; Dessaint, 17 ; Goldman, 13 ; Deguillaume, 3 ; Salathé, 8 ; Haye, 17.

Séance du 31 janvier. — Question donnée : « Os iliaque. »

MM. Huet, 12 ; Hériard, 12 ; Fritz, 15 ; Fouché, 9 ; Hernu, 14 ; Isnel, 16 ; Farret, 16 ; Grardel, 16 ; Ferraris, 9 ; Henriot, 9 ; Hamon, 13 ; Daudy, 12 ; Hamel, 7 ; Garnier, 17 ; Gueullette, 17 ; Isaac (Georges), 12 ; Iselin, 17 ; Giet, 13 ; Garcin, 16.

— Le concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en médecine de quatrième année (concours de médecine), aura lieu le lundi 22 mars 1920, a 16 heures, à l'Hôtel-Dieu.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'Administration tous les jours, de 11 heures à 15 heures, du 10 au 14 février 1920 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au service du personnel au plus tard le samedi 14 février 1920, à 15 heures, dernier délai.

— Le concours pour les prix à discerner à MM. les élèves internes en médecine de quatrième année (concours de chirurgie et d'accouchement), aura lieu le mercredi 24 mars 1920, à 16 heures, à l'Hôtel-Dieu.

Les élèves qui desireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'Administration tous les jours, de 11 heures à 15 heures, du 10 au 14 février 1920 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au service du personnel au plus tard le samedi 14 février 1920, à 15 heures, dernier délai.

— Le concours pour la nomination aux places d'élève externe en médecine des hôpitaux et hospices civils de Paris, aura lieu le lundi 15 mars 1920, à 4 heures précises, dans la salle des concours de l'Administration, rue des St-Pères, n° 49.

Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 11 heures à 15 heures, du lundi 2 février au samedi 28 février 1920 inclusivement.

— La répartition dans les services hospitaliers pour l'année 1920-1921, aura lieu dans les conditions suivantes :

MM. les élèves internes (pour entrer en fonctions le 1er avril 1920) : internes et internes provisoires, le jeudi 25 mars, à 14 heures.

MM. les élèves externes (pour entrer en fonctions le 1er mars 1920) : externes nommés aux concours des années 1909 à 1913 inclus et exerçant actuellement leurs fonctions, le lundi 23 février, à 14 heures; externes de première année (externes ayant concouru en 1920), le mercredi 25 février, à 14 heures.

N. B. — MM. les élèves seront appelés suivant leur numéro de classement aux concours.

HOPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Un concours pour la nomination à deux places de médecin des hôpitaux s'ouvrira le 10 avril 1920. S'inscrire à l'administration des hospices, 56, passage de l'Hôtel-Dieu.

— SAINT-ETIENNE. — Le concours pour deux places de chirurgien des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. les docteurs Arnaud et Perrenot.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LYON. — Le concours du

prosectorat s'est terminé par la nomination de MM. Aigrot et Bonniot.

Le concours de l'adjuvat par la nomination de MM. Fayol et Wertheimer.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — M. Ch. Nicolle (de Tunis) a été élu membre correspondant dans la section de médecine et de chirurgie en remplacement du regretté professeur Raphaël Lépine (de Lyon).

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le médecin principal de la marine Duclot.

Au grade de chevalier (à titre posthume).— M. le docteur : Poujol (André-Jean), matricule 245, médecin-major de deuxième classe : pendant une période difficile, a organisé le service médical du régiment d'une façon parfaite. Le 15 juillet 1918, à la suite d'un repli ordonné par le commandement, a réussi, grâce à son dévouement et à son sang-froid, à évacuer tous ses blessés sous un violent bombardement. A été mortellement blessé le 19 juillet. A été cité. (*J. O.*, 20 janv. 1920.)

LES MÉDECINS ET LA CONTRIBUTION SUR LES BÉNÉFICES DE GUERRE. — Le Conseil d'Etat vient de rendre un arrêt déclarant la profession médicale imposable à la taxe sur les bénéfices de guerre.

Cet arrêt, dont les conséquences sont multiples, sera commenté par notre collaborateur R.-M. Petit dans une de ses prochaines notes de Jurisprudence.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE LA NATALITÉ. — Le Conseil a adopté les vœux suivants :

« 1° Que le prix actuel du pain soit maintenu pour toutes les familles ayant trois enfants de moins de seize ans, et qu'à l'occasion de cette mesure le principe d'une contribution nationale aux besoins des familles nombreuses soit envisagé par le gouvernement et le Parlement ;

2° Le Conseil supérieur, considérant le défaut du lait, qui est à l'heure actuelle une cause grave de mortalité infantile, émet le vœu que des mesures immédiates et énergiques soient prises pour limiter la quantité de lait utilisée par les industries de transformation et pour que le lait soit réservé avant tout à l'alimentation des enfants ;

3° Le Conseil émet le vœu que la discussion de la proposition de loi Lannelongue sur la répression de l'avortement votée par le Sénat soit inscrite le plus tôt possible à l'ordre du jour de la Chambre des députés. »

GRÈVE DE MÉDECINS AUTRICHIENS. — Une dépêche de Vienne, au journal *Le Temps*, annonce que les médecins des hôpitaux et leurs assistants ont décidé de se mettre en grève.

RENSEIGNEMENTS

551. — **ON DÉSIRE ACHETER** : 1° *Dujarrier*. Anat. des memb. 2° *Bergé*, *Enriquez*, *Laffitte*, *Lamy*. Path. int. — Ecrire E. P. Mérat, 50, rue Broca (Ve).

SOMMAIRE DES ANALYSES

(Les articles en *caractères italiques* sont ceux qui sont analysés, les autres ne sont qu'annoncés.)

NUMÉROS D'ANALYSES DÉJA PARUS


CACHETS "ROCHE"
DE THIOCOL
Sirop Roche
Ch. Weiss
COMPRIMÉS ROCHE
DE THIOCOL

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

NEUROLOGIE

Sous la direction de M. le docteur J. LHERMITTE.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

Racines latérales. Les racines sensitives peuvent gagner le cordon postérieur à travers le cordon latéral et la corne postérieure. (QUERCY. *Encéphale*, 10 janv. 1920, n° 1, p. 13.) — Etude d'un cas démontrant que les racines postérieures peuvent pénétrer dans la moelle en dehors de leur lieu normal, traverser les faisceaux cérébelleux direct et pyramidal, gagner la base de la corne postérieure, s'incurver en arrière et gagner le cordon postérieur pour y retrouver ses congénères. Cette anomalie s'explique par l'embryologie et la phylogénie.

J. LHERMITTE.

Les localisations cérébrales. (Von MONAKOW. Un vol., 1033 p., 268 fig.; Bergmann, Wiesbaden 1914.) — L'auteur aborde d'abord la définition même de la « localisation cérébrale » et montre qu'il est nécessaire de distinguer : 1° la localisation anatomique; 2° la localisation du symptôme ou du syndrome pathologique; et 3° la localisation fonctionnelle ou physiologique. La localisation fonctionnelle se meut dans le temps et varie suivant l'époque, le moment chronologique envisagé; la localisation anatomique se limite à l'espace. Très justement l'auteur fait toucher du doigt l'erreur des nombreux auteurs qui, employant abusivement le langage psychologique pour l'appliquer à des faits physiologiques, parlent de représentations optiques, tactiles, acoustiques, etc., dont les images seraient déposées dans l'écorce du cerveau. Le concept d'une représentation pure est une abstraction, car, en dehors des phénomènes moteurs auxquels elle se lie, elle contient toujours une gamme de sensations et d'images souvenirs qui, plus ou moins puissantes, viennent s'interférer avec elle. Il n'est pas besoin d'ajouter que V. Monakow rejette formellement l'idée simpliste de « centres psychiques ».

Dans un important chapitre, l'auteur précise les notions qu'il a introduites dans la science en 1902 : la diaschisis. Il ne s'agit point, comme certains semblent le penser, d'un phénomène identique à l'inhibition, mais d'un fait très particulier et qui consiste dans la transmission du trouble fonctionnel, que crée la destruction d'une partie d'un système physiologique donné, au système tout entier. Ainsi, une altération de la zone corticale motrice provoque, par son retentissement sur la corne antérieure de la moelle, une paralysie flasque avec hypotonie; celle-ci s'atténue et disparaît lorsque la rupture d'équilibre s'est stabilisée. La diaschise peut s'étendre à une région plus ou moins lointaine du foyer encéphalique, elle peut même retentir sur l'encéphale tout entier comme dans le coma.

Relativement à son évolution, la diaschise peut être lente lorsque des processus chroniques la déterminent, ou brusque lorsqu'elle est conditionnée par des altérations subites : l'hémorragie ou le ramollissement par exemple.

Dans un intéressant chapitre, V. Monakow étudie la question toujours à l'étude de l'aphasie. Il faut bien se garder, dit l'auteur, de croire que l'on peut superposer la zone de l'aphasie telle que nous l'enseignent les faits cliniques et anatomiques et la zone du langage. Celle-ci ne saurait, comme la précédente, être limitée. Avec une vue pénétrante de la physiologie des mouvements, l'auteur étudie la valeur fonctionnelle des soi-disant centres moteurs de l'écorce cérébrale, localisés comme l'on sait dans la frontale ascendante. Contrairement à ce que nous enseigne une physiologie rudimentaire, les centres corticaux ne sont nullement des « centres des mouvements volontaires »; tout ce qu'ils représentent c'est l'origine anatomique de la grande voie d'association cortico-bulbo-spinale des faisceaux pyramidaux. Chaque espèce de mouvement doit être appris par l'enfant chez lequel se montent et s'édifient, depuis le plus simple jusqu'au plus compliqué, toute une série de mécanismes moteurs propres à chacun de ces mouvements. Aucun mouvement complexe ne peut se réaliser sans l'intervention des centres extrarolandiques.

J. LHERMITTE.

SÉMÉIOLOGIE

Sur le phénomène de Strümpell. (NOÏCA. *Revue neurol.*, 1919, n° 7, p. 567.) — Consistant en une contraction du jambier antérieur et de l'extenseur propre du gros orteil, le phénomène décrit par Strümpell se rencontre dans nombre de paralysies spasmodiques d'origine cérébrale ou spinale. Il constitue un excellent signe pour affirmer la nature organique de l'affection.

La cause du phénomène est plus obscure. Babinski et Jaworski l'interprètent comme un mouvement conjugué passif tandis que Pierre Marie et Foix le considèrent comme un mouvement actif lié à la véritable contraction du jambier antérieur et de l'extenseur propre. L'auteur, après avoir repris l'étude du phénomène de Strümpell chez des sujets sains et chez de nombreux malades, conclut qu'il s'agit d'une contraction active, musculaire, qui porte le pied en dedans, contraction que l'on peut observer ébauchée chez des sujets jeunes.

Contrairement à l'opinion de P. Marie et Foix le signe de Strümpell n'appartient pas, selon M. Noïca, à la série des phénomènes d'automatisme médullaire; on peut l'observer, en effet, très manifeste, alors que font défaut le signe de Babinski, le signe des raccourcisseurs. Le signe de Strümpell n'est qu'un mouvement associé normal; et, s'il apparaît si souvent à la suite des lésions du système nerveux central, c'est que l'hémiplégie ou la paraplégie atteignent surtout les mouvements isolés et laissent persister les mouvements d'ensemble tels la flexion de la jambe associée à l'adduction du pied qui constitue le phénomène de Strümpell.

J. LHERMITTE.

Les réflexes d'automatisme médullaire dans les lésions traumatiques du système nerveux central. (Francesco BONOLA. *Riv. ital. di neuropatol., psich. ed elettrot.*, oct. 1919, vol. XII, fasc. 10, p. 305.) — L'auteur étudie les réflexes d'automatisme médullaire, d'une part, chez les sujets atteints de lésions cérébrales, et, d'autre part, chez les blessés de la moelle épinière.

Les réflexes d'automatisme font défaut dans les lésions de la zone corticale, de même que le phénomène de l'orteil de Babinski, que l'on ait affaire à une monoplégie crurale ou à une paraplégie complète. Lorsque les lésions sont plus profondes et intéressent la substance blanche, les réflexes d'automatisme apparaissent assez volontiers, même dans la phase du coma. Ce fait est intéressant à retenir, car il permet, dans quelques cas, d'établir le diagnostic du côté lésé par l'hémiplégie. La nature de la lésion encéphalique, compression, inflammation, destruction, dégénération, ne semble jouer aucun rôle dans la détermination des réflexes d'automatisme.

Dans les lésions traumatiques de la moelle les réflexes d'automatisme ne réalisent qu'un seul type, le retrait du membre inférieur, et n'apparaissent qu'un à deux mois après l'époque


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
εστ
επαθαντ
René
Vincent
DRAEGER

du traumatisme. En général, il existe, selon l'auteur, un parallélisme entre l'intensité des réflexes d'automatisme et le déficit fonctionnel. D'après la forme et l'intensité de ces réflexes, il est impossible de conclure à la gravité de la lésion médullaire. En général, la zone réflexogène dépasse en haut les bandes radiculaires des première et deuxième lombaires, mais souvent aussi elle se limite aux pieds et à la jambe. Lorsque la moelle lombo-sacrée est atteinte, les réflexes d'automatisme spinal disparaissent. J. LHERMITTE.

Cf. — Contribution à l'étude de l'automatisme médullaire. (Abramo LITVAK. *Rivista di pathologia nervosa e mentale*, 1919, fasc. 1-2, p. 1.)

Sur la valeur diagnostique des variétés du réflexe de Babinski. (Robert BING. *Schweizer Archiv für Neurol. und Psychiatrie*, Bd III, H. I, p. 89.) — Il existe, on le sait plusieurs procédés pour mettre en évidence l'extension lente du gros orteil qui caractérise essentiellement le phénomène de Babinski. Quelle est la valeur clinique de ces divers procédés que nous devons à Oppenheim, Gardon, Schäfer, Throckmorton ? Telle est la question que se pose M. Bing.

L'auteur, comparant la manière de réagir des sujets atteints de lésions cérébrales et spinales dans 246 faits, conclut que chez les premiers le réflexe de Babinski ne s'accompagne pas de la contraction réflexe des muscles de la cuisse, tandis que, chez les seconds, celle-ci s'observe dans les deux tiers des cas. Dans 101 cas de paralysie spastique d'origine cérébrale l'auteur n'a jamais constaté la survenance d'un mouvement de retrait des membres inférieurs accompagnant le signe de l'orteil. Chez 45 sujets atteints de lésion spinale le signe de Babinski associé au mouvement de fuite du membre inférieur a été relevé 24 fois.

D'autre part, il semble acquis à M. Bing que le seuil de l'excitation nécessaire à provoquer le réflexe de Babinski soit particulièrement bas lorsqu'il s'agit de compression de la moelle.

Le phénomène de Gordon qui consiste dans le retrait du membre inférieur associé à l'extension du gros orteil provoqué par la pression profonde du triceps sural ou de son tendon apparaît beaucoup plus fréquemment dans les cas de lésion médullaire. Fait à noter, le phénomène de Gordon semble à l'auteur se manifester avec prédilection dans les compressions spinales ; il annoncerait, non pas comme le signe de Babinski, la dégénération du faisceau pyramidal, mais seulement le trouble de sa fonction conductrice. L'auteur signale, en terminant, deux faits intéressants : la signification de gravité du pronostic que comporte l'extension de la zone réflexogène de l'extension de l'orteil puis l'extraordinaire rareté du phénomène de Babinski dans la sclérose latérale amyotrophique malgré l'intense dégénération pyramidale. J. LHERMITTE.

Sur l'origine du phénomène de Babinski. (Abramo LITVAK. *Bulletino delle Scienze mediche*, série IX, vol. VII, fév. 1919.) — L'auteur rapporte une observation démontrant que le phénomène de l'orteil peut apparaître très rapidement, dès le deuxième jour, après l'établissement d'une section complète anatomique de la moelle dorsale. Le blessé succomba le cinquième jour et l'autopsie montra que la moelle était séparée en deux tronçons au niveau de la troisième dorsale. Le phénomène de Babinski est donc d'origine médullaire et l'auteur se rallie à la thèse de Vulpian, selon laquelle l'extension réflexe du gros orteil est un des composants du grand mouvement de retrait (réflexe de défense) des membres inférieurs. J. LHERMITTE.

Pathogénie de réactions méningées urémiques. (Henri ROGER. *Annales de médecine*, 1919, t. VI, n° 5, p. 369.) — On sait qu'au cours des états urémiques à forme nerveuse, il est très fréquent de constater, dans le liquide céphalo-rachidien, la présence d'éléments figurés soit purement leucocytaires, soit leucocytaires et hématiques. L'auteur, s'appuyant sur des faits personnels et sur les nombreux cas recueillis dans la littérature, montre que, en réalité, la réaction du liquide céphalo-rachidien n'est pas liée uniquement à une cause toxique mais qu'elle est sous la dépendance de complications cérébrales intercurrentes : hémorragie, ramollissement du cerveau, le plus souvent. La clinique confirme d'ailleurs l'explication fournie par l'auteur, car dans les cas où, chez un azotémique, on constate une réaction leucocytaire ou hémoleucocytaire, la lésion en foyer hémorragique ou nécrotique s'affirme par de nombreux symptômes en rapport avec le siège et l'étendue de la lésion. J. LHERMITTE.

CERVEAU

Monoépilepsie, monoalgie brachiale avec hypoesthésie et kinanesthésie. Contribution à l'étude de l'épilepsie partielle, de l'apraxie kinétique et de l'agnosie manuelle. D'HOLLANDER. *Archives médicales belges*, n° 5, mai 1919, p. 537.) — Cette observation fort intéressante a trait à une femme de cinquante ans qui présenta rapidement, sans ictus, des troubles complexes limités au bras gauche : épilepsie partielle, topoanesthésie, monoalgie, astéréognosie. Parmi ceux-ci les douleurs sont surtout à retenir, car l'on sait que les algies d'origine centrale limitées à un membre sont des plus exceptionnelles. En particulier, ni M. P. Marie ni M. Bénisty ne les ont rencontrées dans les lésions traumatiques du cerveau si limitées fussent-elles.

Le parallélisme étroit que l'observation de l'auteur met en évidence entre les troubles moteurs et sensitifs est un argument important en faveur de l'hypothèse de la superposition des centres de la motricité et de la sensibilité et, par conséquent, de la division de la zone sensitive en centres spéciaux pour les membres. J. LHERMITTE.

L'étude anatomo-pathologique de 40 néoplasmes intracraniens. (Godwin GREENFIELD. *Brain*, vol. XLII, part. I, 1919, p. 29.) — Après avoir étudié l'histologie pathologique des tumeurs du tissu conjonctif et rappelé la constitution des endothéliomes méningés, des sarcomes et des cylindromes du cerveau, l'auteur aborde la question beaucoup plus intéressante des tumeurs développées aux dépens des éléments nerveux eux-mêmes : névroglie, cellules et fibres nerveuses. Les gliomes peuvent apparaître isolément et prendre le type de gliomes fibreux, cellulaires pseudosarcomateux ou de néoplasmes embryonnaires que l'on peut appeler les spongioblastomes, le spongioblaste étant l'élément fondamental dont le développement donne naissance aux éléments névrogliques. A côté des néoplasmes précédents il existe des gliomes qui très rapidement se disséminent sur le système nerveux central et les racines des nerfs rachidiens.

Enfin il existe dans le cerveau des néoplasies caractérisées par la prolifération de cellules nerveuses embryonnaires, ce sont des neuroblastomes c'est-à-dire des tumeurs formées aux dépens des éléments extodermiques matriciels des cellules nerveuses adultes. J. LHERMITTE.

L'atrophie progressive du globus pallidus. (J. RAMSAY HUNT. *Brain* 1917, vol. XL, p. 58.) — Il existe un type de paralysie agitante juvénile caractérisée anatomiquement par une atrophie progressive du globus pallidus et de ses voies afférentes et efférentes. Il est probable que cette maladie peut aussi se développer à l'âge adulte et elle est à différencier des cas de paralysie agitante d'origine artériosclércuse ou sénile.

D'après l'auteur, la maladie de Parkinson n'est qu'un syndrome recouvrant des lésions diverses mais que réunit leur topographie. Au point de vue physiologique, le corps strié (noyaux lenticulaire et caudé) apparaît comme un ganglion sous-cortical présidant au contrôle et à la régulation des mouvements automatiques et volontaires, composé de deux éléments cellulaires différents : les uns, les petites cellules du noyau caudé et du putamen, les autres les grandes cellules à

type moteur du globus pallidus. R. Hunt admet que les premières ont un rôle inhibiteur et coordinateur, les autres une fonction proprement motrice. Une lésion destructive mais élective atteignant, tout ensemble, les deux variétés cellulaires précédentes produit le syndrome de C. Vogt : athétose double, diplégie spastique, tremblement et paralysie pseudobulbaire; une altération plus destructive, massive, comme celle qui est à la base de la maladie de Wilson donne lieu à un syndrome différent décrit d'abord par Gowers sous les termes de chorée tétanoïde : rigidité, tremblement, spasmes toniques et cloniques et accessoirement mouvements choréoathétosiques.

Le syndrome de C. Vogt et le syndrome de Wilson représentent, par conséquent, les degrés différents d'une lésion destructive se limitant à un même organe : le corps strié. La survenance ou l'absence de tel ou tel symptôme dépend uniquement de l'atteinte ou de la conservation des éléments anatomiques particuliers dont se compose le corps strié.

J. LHERMITTE.

Discussion critique sur la nature de la myoclonie essentielle. (Pierce CLARK. *The journal of nervous and mental diseases*, juillet 1919, p. 17.) — La myoclonie essentielle apparaît vraisemblablement liée à une altération « ultramicroscopique » du cerveau moyen, une abiotrophie du *néostriatum* (noyau caudé et putamen). Les contractions musculaires myocloniques seraient ainsi sous l'étroite dépendance de la perturbation de la fonction tonigène du néostriatum.

J. LHERMITTE.

CERVELET

Contribution à l'étude des malformations du cervelet. (R. BRUN. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, Bd. III, H. 1.)— Très important travail original comprenant, en outre, une bibliographie complète sur la question. Les malformations du cervelet sont associées, dans la plupart des cas, à des malformations d'autres parties du système nerveux. En principe ces malformations correspondent à une inhibition d'une ou de plusieurs phases du développement. Aussi peuvent-elles frapper soit le cervelet tout entier, soit le *néocerebellum* soit le *paléocerebellum*.

Les dysplasies cérébelleuses qui constituent le chapitre le plus intéressant au point de vue anatomique, déforment soit la configuration extérieure de l'organe soit la structure interne. Les premières sont surtout les malformations des circonvolutions : allogyrie, macro ou microgyrie, agyrie; les secondes peuvent se décomposer en deux groupes : le premier qui comprend les hétérotopies de la substance grise, le second les malformations de l'architectonique cérébelleuse et que l'auteur désigne du nom d'hétérotaxie. Il semble qu'un grand nombre de ces malformations, et précisément celles qui intéressent le plus le médecin, ressortissent à l'hérédité.

J. LHERMITTE.

Sur un cas d'abcès du lobe droit du cervelet d'origine otique avec coexistence d'hémiparésie totale unilatérale. (R. DAMADE et BOISSERIE-LACROIX. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 7 déc. 1919, n° 35, p. 410.) — On sait à quel point peuvent être silencieux les foyers suppurés des lobes du cervelet. L'observation des auteurs est à retenir précisément en ce qu'elle montre la possibilité d'une hémiplégie complète affectant le même côté que la suppuration auriculaire. L'existence d'une paralysie motrice réalisant une telle localisation serait symptomatique des abcès cérébelleux antérieurs à évolution inférieure lesquels ont tendance à comprimer la voie motrice au-dessous de sa dissociation. Il convient de tenir compte de ce fait pour l'intervention chirurgicale.

J. LHERMITTE.

MOELLE ÉPINIÈRE

Etude sur l'origine et la nature de la sclérose en plaques. (MARINESCO. *Revue neurologique*, 1919, n° 6, p. 481.) — Il est entendu aujourd'hui que la sclérose en plaques est une maladie infectieuse. Le siège et la forme si capricieuse en apparence des foyers de sclérose est en rapport avec le trajet des petits vaisseaux, particulièrement des veines. Le virus de la sclérose en plaques semble arriver aux centres nerveux par les voies lymphatiques.

Kuhn et Steiner (1917), injectant à des cobayes et des lapins du sang et du liquide rachidien de sujets atteints de sclérose en plaques, ont pu mettre en évidence l'existence de troubles moteurs chez les animaux en expérience, ainsi que la présence dans le sang d'un spirochète spécial.

Siemerling (1918) prétend avoir trouvé à l'aide de l'ultramicroscope des spirochètes dans le cerveau d'un individu mort de sclérose en plaques.

Les recherches expérimentales de Marinesco lui ont permis, chez des cobayes inoculés par voie intracérébrale, de retrouver dans le liquide rachidien le spirochète spécial, différent du tréponème et semblable à celui décrit par Kuhn et Steiner.

F. LÉVY.

Contribution à l'étude de la pathogénie du tabes. (GALLOTTI et AZEVEDO. *Revue neurologique*, 1919, n° 6, p. 489.) — Spielmeyer (1906) a pu reproduire, par l'inoculation sus-arachnoïdienne de trypanosomes chez le chien, un véritable tabes trypanosomique caractérisé par des lésions de dégénération des racines postérieures du nerf optique et de la racine sensitive du trijumeau. Le processus dégénératif a une prédilection pour la moelle cervicale, les régions inférieures de la moelle restant tantôt intactes ou étant tantôt très peu lésées. Comme dans le tabes humain la dégénération commence au point de pénétration de la racine postérieure dans la pie-mère.

Gallotti et Azevedo ont reproduit les expériences de Spielmeyer. Au lieu du trypanosome Brucei, ils ont utilisé les variétés Gambiense et Cruzi en injections intracraniennes. Leurs expériences moins démonstratives que celles de Spielmeyer s'accordent sur quelques points avec celles de cet auteur, par exemple sur l'existence d'une dégénération radiculaire postérieure.

F. LÉVY.

La section totale de la moelle dorsale. (J. LHERMITTE. Un vol., 229 p., 1919, Maloine.) — L'auteur reprend complètement l'étude de la transsection traumatique complète de la moelle dorsale et apporte onze observations anatomo-cliniques personnelles. D'après M. Lhermitte, l'évolution de la transsection dorsale s'effectue en trois phases : la première, phase de shock, où les réflexes tendino-osseux sont abolis, le tonus musculaire abaissé, les fonctions vésico-rectales supprimées et dans laquelle, dans aucun cas, ne se manifestent de réflexes dits de défense; la seconde, phase d'automatisme médullaire, caractérisée par la survenance de mouvements spontanés des membres inférieurs, rythmiques ou arythmiques, de mouvements de défense provoqués facilement par une excitation plantaire et plus tard par toute excitation des membres abdominaux superficielle ou profonde. Les mouvements d'automatisme médullaire ne sont guère variés et réalisent presque exclusivement le retrait des membres abdominaux. Les réflexes de flexion et d'extension croisés sont exceptionnels et seulement ébauchés. Pendant cette période, les fonctions vésicales et rectales se restaurent et l'évacuation des réservoirs se réalise automatiquement. Il faut signaler que, dans plusieurs faits, le réflexe plantaire, lorsque apparaissent les réflexes défensifs, se fait en extension. Le signe de Babinski n'a donc pas une origine corticale mais médullaire, il n'est qu'un des termes du grand mouvement de défense des membres inférieurs.

Dans la troisième phase, les mouvements d'automatisme médullaire s'effacent et finissent par disparaître lorsque apparaît la cachexie à laquelle, le plus souvent, succombent les malheureux blessés, quelle que soit la durée, parfois de plusieurs années, de leur survie.

L'auteur a également étudié les fonctions sympathiques

dans les transsections dorsales complètes, et montré que celles-ci non seulement persistaient souvent mais même pouvaient être exaltées ; c'est dire que, chez certains sujets, les membres paralysés et anesthésiés sont le siège d'une intense sudation et que les poils sont en érection permanente. Dans plusieurs cas, on assiste au retour des érections complètes sans éjaculation.

M. Lhermitte, dans la partie anatomique, décrit, non seulement les différents types de transsection spinale, mais les lésions variées dont sont souvent atteints les segments spinaux supérieur et inférieur : foyers de ramollissement, dégénération primaire traumatique des fibres cordonales, sans parler des dégénérations secondaires classiques.

En terminant, l'auteur étudie en détails la régénération des fibres spinales, car, d'après ses recherches, cette régénération est à peu près constante dans les cas à évolution prolongée. Celle-ci s'effectue exclusivement aux dépens des fibres des racines postérieures, mais, malgré son intensité, n'aboutit jamais, dans les cas les plus favorables, qu'à une ébauche à peine esquissée de la restauration des fonctions sensitives

L. GAYARD.

La vessie automatique, la sudation excessive et quelques autres réflexes dans les blessures graves de la moelle épinière. (Henry HEAD et George RIDDOCH. *Brain*, 1917, vol. XL, 2e et 3e parties, p. 188.) — Lorsque la moelle dorsale est complètement divisée, la vessie commence à expulser automatiquement son contenu, le plus tôt au vingt-cinquième jour après le traumatisme. La miction involontaire et automatique se réalise lorsque le contenu vésical atteint de 100 grammes à 600 grammes. La forme de la miction ne présente aucun rapport avec le siège de la lésion. Lorsqu'il s'agit d'une transsection spinale la contraction du muscle vésical peut être provoquée par une excitation portée sur le territoire anesthésié ; au contraire, lorsque le renflement lombo-sacré est complètement détruit ces excitations sont absolument impuissantes.

Les auteurs ont observé parfois une sudation excessive de la région paralysée et anesthésiée et attribuent cette hyperidrose à l'excitation du segment spinal sous-jacent à la lésion transverse. Si la transsection est très haute, à la troisième dorsale, la sudation se produit également sur les membres supérieurs et sur le thorax au-dessous de la troisième côte ; une section passant par le sixième segment dorsal détermine une hyperidrose du tronc dont la limite supérieure est la cinquième côte et parfois une moiteur limitée aux paumes des mains.

Dans certains cas, toute excitation du segment paralysé et anesthésié détermine à la fois un redoublement de l'hyperidrose et des phénomènes réflexes d'ordre moteur ; mouvement de retrait des membres abdominaux surtout. L'injection d'eau dans la vessie et dans le rectum provoque également une augmentation de la sudation, sur tout le territoire anesthésié.

J. LHERMITTE.

Les fonctions réflexes de la moelle complètement divisée chez l'homme et leur comparaison avec celles qui dépendent de lésions moins complètes. (Henry HEAD et George RIDDOCH. *Brain*, vol. XL, 2e et 3e parties, p. 264.) — Très important travail dans lequel les auteurs étudient les différents réflexes d'automatisme médullaire chez les sujets atteints de sections complètes ou incomplètes de la moelle. Dans les faits de section dorsale complète, il persiste un certain degré de tonus musculaire, mais celui-ci diffère du tonus que l'on relève dans les sections incomplètes. Dans le premier cas les membres inférieurs sont en demi-flexion, les pieds en flexion dorsale ; dans les seconds les jambes sont dans l'extension, les pieds et les orteils en flexion plantaire. Si le mouvement réflexe provoqué par une excitation des membres paralysés apparaît uniforme dans les cas de section complète (flexion de tous les segments du membre excité), dans les lésions moins sévères la flexion réflexe est moins vive et s'accompagne d'un mouvement d'extension du membre opposé. De plus, dans ce dernier cas, le spasme réflexe présente une plus longue durée. Le tonus de posture qui, chez l'homme, est un tonus d'extension, fait complètement défaut dans les sections spinales complètes.

La section spinale complète détermine donc un type de paraplégie en flexion tandis que les sections incomplètes qui permettent le passage de l'influx nerveux encéphalique donnent lieu à la paraplégie en extension. J. LHERMITTE.

NERFS PÉRIPHÉRIQUES — SYMPATHIQUE

La névrite hypertrophique de l'adulte. (DIDE et COURJON. *Revue neurol.*, n° 11, 1919, p. 825.) — Il existerait, outre les types infantiles décrits par Déjerine et Sottas, P. Marie et Boveri, des types de névrite hypertrophique de l'adulte simples ou compliqués. Les premiers se traduisent par une amyotrophie des membres supérieurs, les seconds par des symptômes de la série cérébelleuse très atténués, les signes essentiels de la maladie demeurant au premier plan.

J. LHERMITTE.

Névrite hypertrophique progressive non familiale de l'adulte. (G. ROUSSY et L. CORNIL. *Ann. de méd.*, t. VI, n° 4, 1919, p. 296.) — Etude anatomo-clinique d'un cas de névrite à type hypertrophique chez un sujet âgé de quarante-quatre ans, indemne de tout antécédent héréditaire ou familial. Les symptômes les plus manifestes consistaient en une amyotrophie à type Duchenne-Aran, une ataxie des quatre membres avec signe de Romberg, un tremblement intentionnel aux membres supérieurs. Contrairement à la forme classique de Déjerine et Sottas, on ne relevait ni myosis ni signe de Robertson. Au point de vue anatomique, les faits les plus saillants sont : la dégénération des gaines myéliniques, la prolifération des noyaux de Schwann, la régénération frappante des cylindraxes.

En dehors des types de Déjerine-Sottas et de P. Marie-Boveri, l'observation des auteurs rapprochée des faits rapportés par E. Long, Chiarini-Natzari est une preuve qu'il existe une troisième forme de névrite hypertrophique chez l'adulte, progressive et non familiale. J. LHERMITTE.

Le problème clinico-chirurgical des lésions de guerre des nerfs périphériques à type paralytique. (Silvio RICCA. *Il Policlinico*, vol. XXV, M. 1918.) — Guidé par les travaux des auteurs français, l'auteur passe en revue les symptômes se rapportant aux diverses blessures des nerfs périphériques. La partie la plus intéressante a trait aux signes qui traduisent la régénération des fibres nerveuses. Le premier symptôme est le fourmillement accompagné ou non de troubles paresthésiques. Toutefois l'un et l'autre de ces signes ne comportent pas une indication constante de pronostic favorable ; ils témoignent seulement d'une restauration embryonnaire. Quant à l'excitabilité électrique, les conclusions que l'on peut tirer de son étude ne sont pas absolument concordantes. D'après M. Ricca, le phénomène le plus sûr pour apprécier la restauration initiale d'un nerf consiste dans le retour de la contractilité volontaire. Celle-ci n'est pas toujours facile à apprécier et il faut non seulement rechercher le gonflement du muscle par le palper mais la tension de son tendon. La contraction musculaire du début de la régénération est loin d'être toujours typique, elle peut être syncinétique ou même fibrillaire.

De même que tous les auteurs, M. Ricca a pu constater combien peut varier la puissance de régénération des nerfs périphériques et des plexus. Incontestablement les plexus présentent une activité de prolifération remarquable ; dans la statistique de l'auteur les lésions plexuelles se restaurèrent dans 80 p. 100 des cas, ensuite viennent le nerf sciatique, puis le médian, le radial, enfin le cubital dont la régénération ne s'effectue que dans 25 p. 100 des faits seulement. De

même que relativement à la régénération, les nerfs se montrent très différents dans leur aptitude algogène. Aussi, très justement, l'auteur pense que les phénomènes causalgiques, si fréquemment observés dans le cubital, le sciatique poplité interne et le médian, sont non point d'origine extrinsèque mais intrinsèque.

L'auteur étudie longuement les symptômes auxquels donnent lieu les réparations anormales des nerfs, en particulier les restaurations fonctionnelles partielles et les contractures secondaires.

Quant à la thérapeutique, l'auteur préconise deux méthodes : la neurolyse et la suture. Cette dernière ne doit pas être considérée comme le moyen idéal d'aider à la régénération mais comme une condition favorable. J. LHERMITTE.

Evolution et aspects cliniques de la diplégie faciale. (Aloyso DE CASTRO. *Rev. neurolog.*, nov. 1919, p. 801.) — La paralysie faciale bilatérale est considérée par les classiques comme peu fréquente surtout dans sa forme périphérique. Cette opinion est contestée par l'auteur. Celui-ci admet même que la prosopodiplégie acquise est plus fréquente que la congénitale.

La prosopodiplégie acquise survient dans deux circonstances : soit comme épiphénomène au cours d'une polynévrite, soit comme une manifestation isolée et autonome. Très généralement, lorsque la paralysie faciale fait partie du complexus de la polynévrite, elle s'installe après la paralysie des membres.

La prosopodiplégie autonome relève, selon M. de Castro, dans 95 p. 100 des faits, de la syphilis. De règle, la diplégie s'établit en deux temps et la paralysie demeure plus prononcée d'un côté. Dans quelques cas, la diplégie apparaît alternante et s'avère plus accusée chez le même sujet, tantôt d'un côté tantôt de l'autre.

La face est peu déviée si la paralysie est symétrique mais le masque est figé, inexpressif, la prononciation des mots difficile.

Lorsque survient la régression de la paralysie on constate d'abord le retour de la contractilité de l'orbiculaire palpébral, puis celle du muscle frontal. Il est intéressant de noter que, dans certains cas, l'occlusion unilatérale des paupières peut être parfaitement effectuée alors qu'il n'en est pas de même de leur occlusion simultanée.

Le temps que met la diplégie faciale à disparaître oscille entre quelques jours et des mois. Parfois, les phénomènes paralytiques ne s'améliorent que d'un seul côté à la fois et ce n'est que lorsqu'un côté est redevenu normal que l'autre présente un retour de sa motricité. La terminaison par contracture est peu fréquente : il en est de même des spasmes particuliers aux lésions inflammatoires du nerf facial.

J. LHERMITTE.

Syndrome sympathique. (F. RAMOND et P. A. CARRIER. *Ann. de méd.*, 1919, t. VI, n° 1, p. 22.) — Ce syndrome est constitué par un ensemble de symptômes se groupant suivant une identique modalité et vraisemblablement lié à un trouble de l'innervation du grand sympathique. Il comprend des manifestations cardiaques vaso-motrices, sécrétoires, respiratoires, dyspeptiques, mentales et nerveuses.

Les premières comptent parmi les plus importantes : crises de palpitations douloureuses et angoissantes, instabilité cardiaque sans variations nettes ni constantes de la tension artérielle. Les secondes se produisent soit par crise soit d'une manière permanente. Ce sont des bouffées de chaleur parfois cuisantes à la face, la coloration cyanotique des ongles et des mains avec hypothermie, des fourmillements et des paresthésies variées des extrémités. Outre les transpirations profuses, on relève aussi l'existence d'un tremblement permanent mais s'exagérant par moments et de perturbations digestives. Celles-ci comptent parmi les signes les plus fréquents du syndrome : sensation de ballonnement de l'épigastre, tendance irrésistible au sommeil après les repas, fatigue extrême se prolongeant pendant toute la durée de la digestion gastrique. Il est à remarquer que, si plusieurs symptômes sont liés à l'hyperexcitabilité du grand sympathique, il en est d'autres qui ne peuvent reconnaître comme cause qu'une inhibition de cet appareil. Il existe en somme un déséquilibre sympathique.

J. LHERMITTE.

Le liquide céphalo-rachidien dans l'herpès zoster et la relation de l'herpès zoster avec la syphilis. (W. BROWN et DUJARDIN. *Brain*, vol. XLII, 1re partie, p. 86.) — Le fait frappant c'est que le zona affecte avec prédilection les sujets syphilitiques ; c'est ainsi que les auteurs ont observé 9 cas de zona chez 1.200 syphilitiques et 10 cas seulement sur 13.000 sujets indemnes de cette infection. Cette constatation s'accorde absolument avec les faits rapportés autrefois par MM. Head et Campbell dans les statistiques desquelles on relève environ deux tiers de syphilitiques chez les malades atteints de zona vulgaire. Chez les syphilitiques il semble que l'éruption zostérienne se localise spécialement sur les territoires dépendant des racines lombaires et sacrées.

J. LHERMITTE.

Cf. — Les zonas de la face. Zona du trijumeau et zona du nerf facial ou zona otitique. (SICARD, H. ROGER et A. VERNET. *Revue neurol.*, n° 1, p. 15.)

NEUROLOGIE DE GUERRE

Traité clinique de neurologie de guerre. (P. SOLLIER, CHARTIER, F. ROSE et VILLANDRE. Alcan, 1919, 825 p., 313 fig.) — Ce livre est un résumé suffisamment complet de l'état de nos connaissances en neurologie de guerre ; il contient, d'autre part, certaines idées personnelles intéressantes. Celles-ci sont dues à M. Sollier qui a consacré un très important chapitre à l'étude de ces troubles que l'expérience de la guerre nous a montrés si variés et si fréquents et qui ont provoqué tant de discussions. Nous voulons dire les troubles successivement appelés « fonctionnels », « pithiatiques », « psychiques » ou « hystériques ». Selon M. Sollier, l'hystérie de guerre non seulement n'a augmenté son actif d'aucun phénomène nouveau, mais a confirmé pleinement l'enseignement clinique de Charcot. Non seulement nous avons vu reparaître les grandes attaques convulsives, la fréquence extrême des troubles de la sensibilité superposés aux perturbations motrices mais nous avons reconnu l'efficacité des procédés thérapeutiques anciens et les inconvénients signalés autrefois et méconnus depuis, de certains autres.

Conformément à la thèse qu'il défendait déjà en 1908, M. Sollier soutient aujourd'hui que l'hystérie n'est pas une maladie, mais une tendance constitutionnelle du système nerveux à conserver les attitudes qu'il a prises dans des conditions données. Plasticité spéciale et manque d'élasticité des éléments nerveux, tels sont, en définitive, les deux faits qui permettent de comprendre la physionomie et l'évolution des états hystériques. Mais si, en temps de paix, les émotions (et non pas seulement les suggestions) comptent parmi les facteurs les plus importants des accidents hystériques, en temps de guerre c'est le traumatisme direct ou indirect par la commotion que l'on trouve à leur base.

Pour ce qui est des troubles réflexes remis en honneur par MM. Babinski et Froment, M. Sollier les range en trois catégories : la première qui comprend les troubles liés à la douleur (attitudes antalgiques) ; les secondes, les phénomènes secondaires de l'hystérie caractérisés par les amyotrophies, les rétractions fibrotendineuses, etc., conséquences de l'immobilisation prolongée, enfin les troisièmes qui sont des cas mixtes fréquemment rencontrés et dans lesquels le trouble hystérique est survenu à la suite d'un léger trouble du premier ordre et où le syndrome d'immobilisation est venu fixer les choses.

Le traitement chirurgical des plaies du crâne est parfaitement exposé par M. Villandre qui montre combien il est dangereux d'abandonner à la trop décevante *vis medicatrix naturæ* ces blessures cranio-encéphaliques en apparence bénignes et qui, trop souvent, se compliquent du fait de l'expectation médicale d'accidents d'ordre infectieux. J. LHERMITTE.

Syndrome de désorientation dans l'espace consécutif aux plaies profondes du lobe frontal. (Pierre MARIE et BÉHAGUE. *Rev. neurolog.*, 1919, n° 1.) — Parmi les régions qui constituent ce que l'on peut appeler la *terra incognita* du cerveau, le lobe frontal est, sans conteste, celui qui a le plus intrigué la sagacité des neurologistes. Certes, bien des troubles morbides ont été mis à l'actif des lésions des lobes frontaux : torpeur intellectuelle, lenteur de l'idéation, perturbations des mouvements volontaires mais, aujourd'hui encore, aucun de ces symptomes ne nous apparaît comme suffisamment précis pour orienter le diagnostic vers une lésion des lobes frontaux. Le syndrome décrit par les auteurs semble plus caractéristique. Il consiste dans la perte plus ou moins complète de l'orientation dans l'espace. Il importe de remarquer qu'il s'agit exclusivement de la perte de l'orientation en direction et que jamais celle-ci ne s'associe à l'affaiblissement de la perception de la durée du temps. Chez aucun des blessés observés on ne relevait de signe en rapport avec une altération du cervelet ou du labyrinthe. Le syndrome de désorientation n'apparaît que lorsque la lésion est assez profonde pour atteindre la majeure partie des fibres émanant de l'écorce des circonvolutions frontales ou s'y rendant.

J. LHERMITTE.

Paraplégies organiques sans lésions de la dure-mère dans les blessures du rachis par projectiles de guerre. (G. GUILLAIN et J. A. BARRÉ. *Ann. de méd.*, t. V, n° 2, mars-avril 1918, p. 115.) — Ces paraplégies correspondent aux faits de commotion médullaire étudiés pendant la guerre par différents auteurs. Selon MM. Guillain et Barré, la lésion médullaire dominante est l'hématomyélie, mais quand la survie est assez longue une partie de la zone hémorragique se ramollit; assez souvent on rencontre des suffusions sanguines sous-arachnoïdiennes. La nécrose aiguë que Claude et Lhermitte ont constatée dans tous les cas de commotion spinale serait assez rare, d'après les auteurs; mais ceux-ci n'ont pas pratiqué d'examen histologique et il s'agit d'une lésion qui n'est, le plus souvent, visible qu'au microscope.

Les lésions commotionnelles donnent lieu à deux syndromes : 1° le syndrome de transsection totale; 2° le syndrome de lésion en foyer. Le diagnostic de cette dernière lésion pourra être établi grâce à la constatation d'un réflexe plantaire en extension, la conservation de la sensibilité sur un territoire plus ou moins limité, la douleur provoquée par la manœuvre de Lasègue. J. LHERMITTE.

Sur les céphalées d'hypotension chez les anciens trépanés pour blessure du crâne et sur son traitement. (R. LERICHE. Soc. méd. des hôpit. de Lyon. Séance du 2 déc. 1919, *Lyon médical*, n° 1, 10 janv. 1920.) — A côté des céphalées liées à l'hypertension céphalo-rachidienne et qui sont les plus fréquentes, il en est d'autres qui présentent des caractères inverses. Elles ne sont pas influencées par l'exposition au soleil, par l'ingestion de boissons abondantes; elles surviennent pendant la nuit et ne s'accompagnent jamais d'une expansion de la cicatrice de trépanation. La mensuration de la tension du liquide céphalo-rachidien montre que celle-ci est inférieure à la normale. Il convient donc de lui opposer un traitement différent de celui que l'on met en œuvre contre les céphalées des hypertendus. M. Leriche, dans un fait de ce genre, a pratiqué avec succès la sympathectomie péricarotidienne interne. Sept à huit heures après la sympathectomie, est apparue une vasodilatation intense de l'hémiface correspondante accompagnée du syndrome oculo-pupillaire habituel. Les douleurs encéphaliques disparurent et, trois mois après l'intervention, le malade reste guéri.

J. LHERMITTE.

Cf. — Troubles artériels et vasomoteurs dans les commotions. — LOGRE et BOUTTIER. *Revue neurol.*, mars-avril 1918, nos 3-4, p. 93.

DYSTROPHIES

La lipodystrophie progressive. (L. BOISSSONNAS [de Genève]. *Revue neurol.*, oct. 1919, n° 10, p. 722.) — Il s'agit d'une affection caractérisée par la disparition progressive et complète de la graisse du tissu cellulaire sous-cutané du haut du corps et, d'autre part, par l'augmentation du tissu adipeux sous-cutané dans le segment du corps limité en haut par les crêtes iliaques.

La maladie débute par l'émaciation progressive du visage, puis le thorax s'amaigrit ainsi que le cou, les épaules, l'abdomen, le mont de Vénus n'est pas épargné. La progression est fort lente. Ce n'est qu'après la disparition du pannicule adipeux de la moitié supérieure du corps qu'apparaît l'hypertrophie graisseuse des membres inférieurs. Celle-ci s'arrête nettement au-dessus des malléoles. Le système musculaire est complètement épargné. Par contre, dans plusieurs observations sont mentionnées des perturbations du système nerveux : exagération des réflexes tendineux avec trépidation spinale, abolition du réflexe plantaire, nystagmus, tics de la face, incontinence d'urine. Les viscères, les glandes endocrines, l'hypophyse en particulier semblent parfaitement normales.

La pathogénie de la lipodystrophie est des plus obscures; l'auteur pense cependant qu'il s'agit d'une lésion du système nerveux dont le rôle, dans la fixation de la graisse, n'est plus à démontrer, mais jusqu'ici aucun fait positif ne vient appuyer cette hypothèse. J. LHERMITTE.

Dystrophie génito-glandulaire. (Oscar DE SOUZA et Al. DE CASTRO. 1 vol., 194 p., 55 fig. Imprensa nacional, Rio de Janeiro, 1917.) — La dystrophie étudiée par les auteurs tient dans un ensemble de symptômes liés à un trouble de la fonction endocrine des glandes sexuelles. Celui-ci peut être pur ou compliqué par le retentissement d'autres glandes à sécrétion interne. Les éléments de la dystrophie génitale consistent en des perturbations du métabolisme, des modifications des organes génitaux et des caractères sexuels secondaires. Les organes génitaux sont atrophiés dans les deux sexes; l'instinct sexuel est aboli; les anomalies des caractères sexuels secondaires portent sur le système pileux : absence de poils au visage, au pubis, aux aisselles, sur les membres; la voix est eunuchoïde.

D'après la symptomatologie, plusieurs types cliniques peuvent être édifiés. Le type simple réalise le tableau du « chétivisme », les sujets sont pâles, imberbes et présentent de l'hypoplasie cardio-vasculaire. Le type infantile se rapproche beaucoup du précédent. Quant aux formes gérodermique et eunuchoïde, elles sont voisines. Dans les deux types les sujets présentent l'habitus des castrats mais dans le type gérodermique (le sénilisme) la peau est fripée et non pas bouffie ou adipeuse comme dans le type eunuchoïde.

Toutes les formes de la dystrophie génito-glandulaire dérivent de la même altération anatomique : l'atrophie ou l'agénésie de la glande interstitielle de l'ovaire ou du testicule. J. LHERMITTE.

Cf. — Le traitement médical de la maladie de Graves avec l'étude de l'usage de l'extrait du corps jaune. (Hermann HOPE. *The Journ. of nervous and mental diseases*, 1918, n° 4, p. 254.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 15 francs par an. Étudiants étrangers, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 6 fr. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 4 février. — MM. Lemaire (H.), 19; Joltrain, 19 1/2; Monier-Vinard et Fiessinger, 20.

Liste des candidats admis à subir la deuxième épreuve :

MM. Monier-Vinard, Fiessinger, Sézary, Weil, Debré, Chiray, Lemaire (H.), Renaud, Lévy-Valensi, Brulé, Pinard, Joltrain, Gougerot, Géraudel, Ameuille.

— CONCOURS DE DENTISTE ADJOINT DES HÔPITAUX. — Séance du 5 février. — MM. Leclercq, 15; Courtaing, 13; Béliard, 17.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Lecture des copies.* — *Anatomie.* — Séance du 4 février. — MM. Lanos, 11; Hermet, 12; Delmas, 11; Boulin (Raoul), 15; Enot, 9; Marchal, 11; Le Coulm, 10.

Pathologie. — Séance du 3 février. — MM. Godard (Henri), 12; Desfarges, 10; Ecot, 14; Tierny, Fatou et Lauzier, 11; Walser, 10; Bernard (Etienne), 12; Cayla, 10; Labeste, 9.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 4 février. — Question donnée : « Symptômes et évolution du mal de Pott dorso-lombaire. »

MM. de Vadder, 17; Séglas, 15; Stockmann et Sureau, 12; Thibault et Westphall, 14; Turpin, 17 1/2; Vuillame et Theillier, 17; Touvay et Trystram, 13; Rouganski, 12; Trotot, 17; Segond, 17 1/2.

Anatomie. — Séance du 3 février. — Question donnée : « Muscles pectoraux et leurs nerfs. »

MM. Huguenin, 17; Gauran (Marcel) et Mathieu (Jean), 13; Choquet, 10; Faugeron, 11; Bernard (Georges), 10; Blanche, 11; Fombeure, 15; Crama, 12 1/2; Hillemand, 18; Gourdin-Serveniere et Gueutier, 16; Denis le Sève, 19; Hervier, 14; Jacquemaire et Funck, 19; Gournay, 15; Girot, 17; Geray, 14; Grandjean, 10; Georgesco, 9; Rondy, 14.

HOPITAL CIVIL DE TUNIS. — Un concours sera ouvert au siège de la Faculté de médecine à Paris, le mercredi 17 mars 1920, à 9 heures du matin, pour un emploi de chirurgien et pour un emploi de médecin chefs de service à l'hôpital civil de Tunis.

Les candidats devront se faire inscrire à la Direction de l'hôpital civil de Tunis.

La liste d'inscription sera close le 28 février 1920.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Marcel Labbé est nommé professeur de pathologie et thérapeutique générales.

— PRIX DÉCERNÉS POUR L'ANNÉE 1918-1919. — Prix Jeunesse (hygiène) : M. le docteur Lassablière; prix Lacaze : M. le docteur Gougerot; prix Ch. Legroux : M. le docteur Leclercq (Arthur); prix Corvisart : M. le docteur Binet; prix Barbier : M. le docteur Noguès.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — NANCY. — Sont nommés professeurs: d'anatomie, M. Lucien; d'histologie, M. Collin; de clinique obstétricale et d'accouchements, M. Frühinsholz.

COMMISSION PARLEMENTAIRE DE L'HYGIÈNE. — Le bureau de la Commission d'hygiène à la Chambre des députés est ainsi constitué : président, M. Emile Vincent; vice-présidents, MM. Claussat, Delom-Sorbé, Even, Grinda, Victor Morel, Peyroux; secrétaires, MM. Avril, Burnet, Dezarnault, Inghels, Lévy, Morucci.

COMMISSION SÉNATORIALE DE L'HYGIÈNE — M. Paul Strauss a été élu président.

LE SERVICE MÉDICAL DE NUIT A PARIS. — Le préfet de police vient de prendre un arrêté portant réorganisation du service médical de nuit.

Ainsi que nous l'avons annoncé en analysant le rapport de M. E. Massard au Conseil municipal (*Gaz. des hôpit.*, 17 janv. 1920, n° 6), ce service est assuré par trente médecins désignés par le préfet et recrutés au concours sur titres. La

durée de leur mission sera de trois ans au plus, avec une indemnité fixe annuelle de 3.000 francs et une indemnité de 50 francs par nuit de garde effective pour les remplacements dont sont chargés cinq médecins suppléants.

La Ville de Paris est divisée en cinq secteurs dans chacun desquels un médecin se tient en permanence de dix heures du soir à sept heures du matin, du 1er octobre au 31 mars, et de dix heures du soir à six heures du matin, du 1er avril au 30 septembre, à la disposition des malades qui font appel au service médical de nuit.

La garde est prise dans un poste central de police où sera aménagée une chambre avec un lit de repos. L'appel du médecin se fait au poste de police le plus proche du malade.

Le poste de police prévient immédiatement par téléphone la direction de la police municipale qui envoie une voiture automobile prendre le médecin pour le conduire chez le malade et le ramener ensuite à son poste. Chaque voiture est munie d'une boîte pharmaceutique de secours contenant les médicaments d'urgence indispensables, tels que comprimés, cachets, ampoules et une petite provision de seringues ou instruments stérilisés.

La garde médicale est organisée de manière que le tour de chaque médecin revienne tous les six jours.

En ce qui concerne le service des accouchements, il continue à être assuré par les sages-femmes inscrites au service médical de nuit, et le tarif de leurs honoraires est ainsi fixé : visite simple, 15 francs; accouchement simple, 35 francs; accouchement double, 60 francs. Dans le cas où une sage-femme aura à recourir à l'intervention d'un médecin, elle requerra, dans les conditions indiquées plus haut, un médecin du service médical de nuit.

CITATIONS A L'ORDRE DE L'ARMÉE. — MM. les docteurs :

Récamier (Joseph-Henri), médecin-major de deuxième classe à l'hôpital auxiliaire n° 41, à Châlons-sur-Marne : pendant toute la guerre, et en particulier sous les bombardements de Châlons, a donné aux soldats toute sa science professionnelle et un admirable dévouement, animé par une âme militaire, qui a dompté ses souffrances physiques. (*J. O.*, 9 déc. 1919.)

Freal (Joseph-Victor-Henri), docteur en médecine à Chaumont-Porcien (Ardennes) : resté à Chaumont-Porcien pendant l'occupation, a hébergé, nourri et soigné chez lui plusieurs soldats français blessés, s'est multiplié pour assurer la subsistance à d'autres soldats recueillis par des habitants de la région. Arrêté le 22 novembre 1916, alors que depuis quelques mois il avait été investi des fonctions de maire, a subi cinq mois de dure captivité ; s'est refusé énergiquement à dénoncer ses compatriotes. Condamné à mort et fusillé à Hirson est mort bravement pour la France, le 10 avril 1917. (*J. O.*, 9 déc. 1919.)

Jourdran (Edmond), médecin principal de première classe, directeur du Service de santé de l'armée du Danube : directeur du Service de santé d'un groupement temporaire de divisions, dans le secteur d'attaque de l'offensive de septembre 1918, contre les Bulgares, a fait preuve de belles qualités militaires, allant jusque dans les premières lignes sous un feu intense d'artillerie, s'assurer du fonctionnement des postes de secours et de relève des blessés. (*J. O.*, 15 janv. 1920.)

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — Ont été élus *membres titulaires* en remplacement de MM. Verriest, Casse, Rommelaere, Stubbe, van Gehuchten, V. Desguin, Léon Gallez et de Winiwarter, décédés : MM. Lucien Beco (de Liége), J. Bordet (de Bruxelles), S. Demoor (de Bruxelles), F. Hendrickx (de Cureghem), F. Henrijean (de Liége), M. Herman (de Mons), D. Van Duyse (de Gand), C. Willems (de Liége).

Membre honoraire étranger. — M. E. Roux, directeur de l'Institut Pasteur à Paris.

Correspondants belges. — MM. A. Brachet (de Bruxelles), F. de Beule et H. Fredericq (de Gand), H. Lentz (de Tournai).

Correspondants étrangers. — MM. G. W. Crile (de Cleveland), C. Gorini (de Milan), C. S. Herrick (de Chicago), E. V. Mac Callum (de Baltimore), T. Tuffier (de Paris), A. D. Waller (de Londres).

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE. — La prochaine séance aura lieu mardi prochain, 10 février, à quatre heures trois quarts à l'hôtel des Sociétés savantes, 8, rue Danton.

Elle sera suivie d'un dîner confraternel au restaurant Bonvalet, 29, boulevard du Temple (prix : 8 fr.).

La séance annuelle statutaire, qui n'a pu être organisée depuis 1914, du fait de la guerre, aura lieu le mardi 9 mars.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. (M. Pierre SEBILEAU, directeur des travaux scientifiques.) — Le cours de médecine opératoire générale pour 40 élèves, par M. le docteur Robert Gouverneur, prosecteur, commencera le mercredi 18 février 1920, à 2 heures, et continuera les jours suivants à la même heure.

Droit d'inscription : 80 francs. Gratuit pour internes et externes.

— Le cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie du tube digestif, du foie et des voies biliaires, en dix leçons), par M. le docteur Bergeret, prosecteur, commencera le lundi 1er mars à 2 heures, et continuera les jours suivants à la même heure.

Les élèves répètent individuellement les opérations. Droit d'inscription : 100 francs.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, les lundi, vendredi, de 2 à 3 heures.

PRATIQUE MÉDICALE

LA DÉPHOSPHATISATION CHEZ L'ENFANT, SON TRAITEMENT PAR LE PHYTINATE DE SOUDE, OU FORTOSSAN (1)

La déphosphatisation chez l'enfant, quelle que soit son étiologie, doit être recherchée et dépistée dès ses premiers symptômes, en raison des déformations du squelette qu'elle entraîne. Il faut la combattre, dit l'auteur, par la suppression des causes provocatrices d'abord, par l'amélioration du régime ensuite, enfin par une thérapeutique appropriée. L'enfant, au point de vue alimentaire, a besoin non seulement d'une ration d'entretien, mais encore d'une ration d'accroissement; l'assimilation, chez lui, doit être en avance sur la désassimilation, surtout au point de vue du phosphore qui joue un rôle si primordial dans l'édification du squelette et de la substance nerveuse. Mais la médication phosphorée chez le jeune, si l'on veut l'administrer à doses efficaces, n'est pas exempte de dangers. Les phosphates végétaux, les céréalo-phosphates, constituent la forme type que doit revêtir le phosphore pour entrer dans la thérapeutique infantile; il convient de rechercher ceux qui sont le plus assimilables et de digestion facile. Le phytinate de soude, ou fortossan, qui représente le phosphore sous sa forme de combinaison végétale naturelle, possède un coefficient d'assimilabilité bien supérieur à celui des autres préparations phosphorées organiques, il n'a jamais donné lieu, entre les mains de l'auteur, aussi bien dans son service hospitalier que dans sa clientèle, à aucun phénomène d'intolérance, à aucun trouble digestif. Soluble dans l'eau, presque insipide, il est bien accepté par tous les enfants, soit qu'on le délaie avec le lait du biberon, ou qu'on le mélange aux bouillies. D'un grand nombre d'observations relevées par l'auteur, il résulte que, sous l'influence de cette médication, le squelette se raffermit, se minéralise, l'éruption des dents est activée, les troubles digestifs disparaissent, et les courbes de poids, jusque-là stationnaires, se relèvent pour prendre une marche régulièrement ascendante. Ce médicament, d'une innocuité absolue, constitue donc un des meilleurs agents curatifs et prophylactiques à opposer au rachitisme et aux diverses manifestations pathologiques du premier âge.

(1) L. Gauthier, *Journ. de Méd. de Paris*, n° 11, nov. 1919.

REVUE GÉNÉRALE

LES MÉNINGITES DANS LA SYPHILIS ACQUISE ET HÉRÉDITAIRE (1)

Par le Dr R. BARTHÉLEMY,
Médecin de la Maison départementale de Nanterre.

Méningites de la syphilis héréditaire. — Deux parts sont à faire dans ce chapitre : l'une de troubles qui ne se distinguent en aucune façon de ce qu'on observe dans la syphilis acquise. Ils comprennent les accidents secondaires, tertiaires et quaternaires (parasyphilitiques) de Gaucher : méningites latentes, chroniques, aiguës, avec les mêmes signes de laboratoire ou de clinique, avec les mêmes modes d'évolution, en particulier vers le tabes, la paralysie générale, et les altérations plus ou moins complexes de la syphilis méningo-nerveuse circonscrite ou diffuse, parmi lesquelles la maladie de Little, l'hémiplégie infantile, etc.

Il faut toutefois signaler que des troubles cliniques très frustes se voient chez les enfants, qu'ils ont été longtemps considérés comme « névropathiques » ou « essentiels », mais qu'on est d'accord maintenant pour dire, avec M. Lereboullet et Mouzon, que « la recherche de l'hérédo-syphilis et le traitement spécifique sont nettement à conseiller lorsque seules des migraines persistantes, des tendances à la spasmophilie, des crises comitiales revêtant l'aspect de simples incontinences d'urine, etc. (on peut ajouter avec M. Hutinel certaines instabilités de caractère) viennent attirer l'attention sur le système nerveux ».

Il est possible, nous y insistons, de voir chez le très jeune hérédo, comme chez le syphilitique constitutionnel, tous les petits signes cliniques du prétabes, par exemple : signe d'Argyll (Bar), inégalité pupillaire, strabisme, amaurose, troubles réflexes, etc. Il est donc évident que la méningite a souvent un début *intra-utérin,* fait vérifié par Gasne sur des fœtus ou des morts-nés pour la méningo-myélite. Elle a une part importante dans la mortalité prénatale, et aussi dans ces accidents à symptomatologie fruste où le nourrisson s'éteint en quelques semaines ou quelques mois avec des phénomènes nerveux englobés sous le nom commode de *convulsion.*

« Plus caractérisée, la *méningite aiguë hérédo-syphilitique,* dit M. le professeur Hutinel, s'observe principalement après la naissance dans les premières semaines de la vie, au moment où l'infection est grave, diffuse, septicémique. » Il faut remarquer qu'ici, comme dans la syphilis acquise, elle paraît spécialement accentuée dans le cas de lésions cutanées importantes (Ravaut). Mais à cet âge on trouve rarement un tableau clinique aux traits accentués. A partir de la troisième semaine, les réactions aiguës sont un peu comparables à celles de la période tertiaire, c'est-à-dire qu'elles ne sont plus habituellement primitives, mais réchauffées, soit spontanément soit par une infection aiguë, sur un fond de méningite chronique latente.

Somnolence et subcoma ou insomnie et agitation rarement accompagnés de fièvre, faibles troubles du pouls et de la respiration, raideur modérée de la nuque, signes de Kernig et de Brudzinski, paralysies diverses, telles sont les nuances cliniques. Il faut y ajouter l'évolution en général favorable, et aussi le fait que l'association est possible avec une infection quelconque, qui parfois joue le rôle d'agent provocateur, en particulier avec la tuberculose.

L'autre groupe de faits est plus subtil, mais constitue une récente et belle synthèse pathogénique, faite (Hutinel et Babonneix) d'arguments étiologiques, anatomiques, cliniques, biologiques, thérapeutiques même.

Mis à part les faits de troubles de développement d'origine endocrinienne ou proprement névraxiale, il en subsiste une masse importante où la lésion des méninges, prépondérante, retentit au cours du développement sur les centres nerveux. Ce sont :

L'*idiotie méningitique* qui est une séquelle de la méningite précoce (Anglade, Calmette et Verduzan) comme la paralysie générale l'est d'une méningite plus tardive.

L'*hydrocéphalie,* due dans certains cas à une choroïdo-méningite tantôt subaiguë (Baginski) avec liquide louche, tantôt congénitale et chronique avec liquide clair et hypercytique (Merklen et Devaux, Nageotte et Lévi). Celle-ci fait des idiots, et le pronostic est en outre fatal ordinairement avant l'adolescence.

L'*idiotie mongolienne* qui peut être causée par l'hérédo-syphilis (A. Delille, Hutinel et Babonneix) ainsi que l'a montré dans un cas une gomme méningée microscopique.

Enfin différents syndromes plus ou moins complexes, avec troubles intellectuels ou autres, encéphaliques ou médullaires, dans lesquels l'hérédo-syphilis est de plus en plus mise en évidence, quelquefois par l'anatomie pathologique, mais surtout par la ponction lombaire.

Cette hérédo-syphilis méningée offre souvent une curieuse *hérédité similaire* (Babinski), en survenant chez des enfants dont les parents ne sont pas des spécifiques banaux, mais sont atteints de méningite chronique à forme de paralysie générale ou de tabes. Il y a méningite *conjugale* et méningite *héréditaire congénitale.* On voit ici encore la valeur prophylactique de la ponction lombaire.

La *pachyméningite hémorragique* syphilitique n'est pas exceptionnelle chez les hérédos, même nouveau-nés (Kowitz). Sa symptomatologie est des plus obtuses. Elle peut provoquer une tension de la fontanelle qui simule l'hydrocéphalie. Convulsions ou tendance au coma sont ses manifestations habituelles. Son pronostic est grave.

Evolution générale. — Il n'est pas inutile de regrouper ces différentes variétés suivant l'évolution de la syphilis. A la *période primaire,* surtout vers la fin, on trouve parfois déjà une réaction méningée, exceptionnellement complète.

Dès la *période secondaire* le liquide céphalo-rachi-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 11, p. 165.

dien peut être altéré totalement, Wassermann compris. C'est un précoce et mauvais présage. Plus habituellement on voit des réactions moins massives. La plupart d'entre elles disparaissent en un temps variable, *sans séquelles*. Cliniquement, on observe des poussées correspondantes, qui guérissent complètement, et d'autres qui conduisent tout droit et parfois très rapidement, avec ponction lombaire sans cesse positive, au tabes ou à la paralysie générale.

A la *période tertiaire*, les troubles méningo-nerveux tendent à s'extérioriser de plus en plus (avec un fond variable de signes du liquide céphalo-rachidien) tantôt par des signes en quelque sorte chroniques, tantôt par des poussées aiguës.

Enfin l'*hérédo-syphilis* n'échappe pas aux caractères précédents, avec un premier temps de réactions surtout cliniques et aiguës, un second temps d'évolution torpide entrecoupé ou non d'épisodes bruyants, et qui peut mener, comme dans la syphilis acquise, aux plus graves et définitives conséquences nerveuses.

Pronostic général. — Nous avons suffisamment indiqué dans ce qui précède la valeur pronostique des diverses méningites pour avoir besoin d'y revenir. Toutefois il y a lieu d'insister sur la gravité moins proche que lointaine, moins des méningites aiguës que des méningites latentes, et parmi celles-ci des réactions qui durent et résistent au traitement, de celles qui surviennent tard et n'en sont que plus tenaces. Au point de vue ponction lombaire la triade hyperalbumino-cytose-Wassermann positif est des plus fâcheuses, et la persistance du Wassermann positif doit faire prévoir la paralysie générale (Sicard et Roger).

De façon générale, les lésions méningées représentent un repaire tenace, parfois inexpugnable, un centre de résistance (Jeanselme et Verne) qui tient tête au traitement et domine le pronostic.

Diagnostic. — Il faut poser en principe que le diagnostic de réaction méningée latente ne pouvant être établi que par la ponction lombaire, celle-ci en constitue pendant plusieurs années souvent l'unique élément.

La réaction de Wassermann positive est catégorique. A son défaut, celle de Hecht-Bauer peut être positive. Il peut y avoir aussi réactivation. Elle est rarement isolée d'ailleurs. L'albuminose et la leucocytose, au contraire, non accompagnées d'elle, peuvent prêter à confusion du fait qu'elles se rencontrent dans d'autres méningites que celles de la syphilis. C'est le cas pour le *saturnisme*, auquel il faut penser avec certaines professions, avec des antécédents d'intoxication chronique, la présence d'un liséré de Burton, etc., et dans lequel la leucocytose est plus spécialement lymphocytaire.

La lymphocytose peut encore être, pour certains auteurs, *résiduelle*, c'est-à-dire ne correspondre à aucun processus en activité. Elle serait au contraire dans ce cas le seul « résidu » d'une reaction éteinte, et serait entretenue par la présence irritative des parties nerveuses dégénérées, celles-ci ayant même été les premières lésées (Sézary). Une telle conception est d'ailleurs de plus en plus discutée, car d'une part il y a des affections (maladie de Friedreich, sclérose latérale amyotrophique) où des dégénérescences beaucoup plus importantes ne s'accompagnent pas d'hyperleucocytose, et d'autre part ces hypercytoses sont presque toujours, contrairement à ce que l'on croyait, influençables par le traitement, surtout avec les produits actuels.

La ponction lombaire enfin est seule capable de faire diagnostiquer les réactions graves et persistantes qui conduiront à coup sûr, malgré parfois un traitement intensif et rationnel, à des complications nerveuses.

Les méningites syphilitiques *cliniques* peuvent ou non offrir un *syndrome méningé*.

Chez l'enfant, c'est bien entendu avec la *méningite tuberculeuse* que se pose tout d'abord le diagnostic. La subacuité habituelle de l'affection, les signes méningitiques bien accusés dans les cas nets y font tout naturellement penser. Mais d'habitude le trépied méningitique est moins marqué, le pouls et la température sont rarement dissociés, il y a moins de troubles vaso-moteurs, de convulsions, de contractures. La céphalée est remarquable par sa ténacité et ses exacerbations nocturnes. On trouve parfois, même dans la méningite aiguë, le signe d'Argyll. La ponction lombaire donne ordinairement plus d'albumine et exceptionnellement un coagulum fibrineux, il y a des polynucléaires, pas de bacille de Koch, et le Wassermann est positif. Enfin, si la nature syphilitique est soupçonnée et le traitement institué, les résultats excellents éliminent complètement la méningite tuberculeuse.

Mais il faut savoir que les deux peuvent coïncider. Dans ce cas le diagnostic clinique est pratiquement impossible, mais l'amélioration par le traitement s'observe bien, sans être définitive. Après cette rémission au contraire, l'infection bacillaire prend le dessus et suit son cours inexorable et le tableau clinique s'accentue et s'aggrave jusqu'à l'issue fatale. Heureusement de tels faits sont rares.

La *méningite cérébro-spinale* offre le plus souvent un début brusque, avec rachialgie, Kernig accentué, fièvre, herpès. La formule céphalo-rachidienne est beaucoup plus hypercytique, le liquide étant habituellement purulent ou au moins trouble, avec des polynucléaires très altérés, et la présence du méningocoque.

Le diagnostic est à faire aussi avec la *poliomyélite* qui se reconnaît d'habitude à son début plus brusque, son évolution moins lente et ses séquelles paralytiques spéciales. Mais on peut parfois ne distinguer les deux affections que par la ponction lombaire.

Il faut songer aussi aux *réactions méningées des infections*, pneumonique, éberthienne, ourlienne, qui peuvent tromper au début. L'évolution fait le diagnostic, et dans les oreillons c'est le gonflement parotidien, souvent trop discret.

On doit toujours envisager la possibilité d'une coïncidence, et surtout d'un *coup de fouet* donné par l'infection banale à une méningite syphilitique latente. Alors les plus avertis peuvent s'y tromper.

Chez l'adulte, le diagnostic de méningite tuberculeuse est également à faire, sur les mêmes bases que

chez l'enfant, mais avec la difficulté ajoutée de l'atypisme des formes.

La cérébro-spinale est ordinairement plus brutale. Nous avons vu son diagnostic.

Des réactions méningées surviennent en outre dans les différentes *infections* et *intoxications*. Les infections, comme chez l'enfant, offrent ordinairement leur caractère spécifique, éberthien, éruptif, grippal, et s'il y a doute c'est la ponction lombaire qui tranche.

Le syndrome rhumatismal de Nobécourt-Peyre est marqué par des douleurs cervico-sciatiques associées, et de la lymphocytose, d'ailleurs inconstante.

Dans les intoxications *exogènes*, on trouve d'abord le saturnisme, déjà vu, et dont le Wassermann céphalo-rachidien est parfois seul à distinguer la syphilis.

A signaler encore l'alcoolisme, l'intoxication par l'oxyde de carbone dont le diagnostic est si difficile lorsqu'on n'y songe pas.

Enfin comme intoxication *endogène*, l'*urémie* à forme méningitique ne peut guère être éliminée que par l'examen des urines, puis par la ponction lombaire.

S'il n'y a *pas de syndrome méningé*, on se trouve en présence de signes extrêmement divers (convulsions, paralysies, paraplégies, signes de tumeur, etc.) et qui ne peuvent être étudiés en détail. Pratiquement d'ailleurs, la céphalée, la dispersion des signes, l'irrégularité de l'évolution, les paralysies oculaires qui « sentent la vérole » doivent imposer l'idée de syphilis. Celle-ci sera contrôlée par la ponction lombaire systématique et les résultats du traitement.

Traitement. — Le traitement actuel de toute syphilis a pour but d'anéantir l'agent pathogène dans tout l'organisme. Ce que nous venons de voir montre que le tréponème, en l'absence de tout signe clinique et même sanguin, se cantonne activement et cause des dégâts aussi graves que silencieux dans les méninges. Il importe donc de préserver celles-ci :

1° En se rendant systématiquement compte de leur état avec des ponctions lombaires judicieusement réparties au cours de la syphilis, point déjà étudié.

2° Par un traitement général qui suffit souvent.

3° Par un traitement local, dont l'innocuité n'est pas absolue, dont la technique n'est pas définitivement réglée, mais dont les effets thérapeutiques sont souvent très beaux.

Traitement général. — Celui-ci est le plus pratique et de beaucoup le plus employé. Il est indiqué dans tous les cas, mais ne suffit pas dans tous, en raison de l'imperméabilité méningée aux substances médicamenteuses et d'autres conditions inconnues, spécialement dans la paralysie générale.

Dans les accidents aigus, il agit en général activement, sans doute à cause de la rupture de cette imperméabilité et aussi de la diffusion meilleure due à la congestion vasculaire.

Dans les méningites chroniques, surtout quand le Wassermann céphalo-rachidien est positif, le traitement, parfois dès la période secondaire, a besoin d'une intensité et d'une persévérance exceptionnelles pour ramener au statu quo normal.

Il ne s'agit plus, bien entendu, du traitement mercuriel pilulaire ou par injections, même rationnellement conduit. Il s'agit de séries faites avec les composés arsenicaux modernes, et comportant en moyenne 3g50 d'arseno et 5g50 de novarsenobenzol, répétées jusqu'à disparition des signes et *négativation du Wassermann céphalo-rachidien*. C'est ainsi que dans une observation de Jeanselme, Vernes et Bloch (réaction secondaire) il fallut 2 ans et 50 injections pour les obtenir.

Or si dans le tabes on a souvent de bons résultats, dans la méningo-encéphalite diffuse, on n'obtient rien par la voie intraveineuse, même aux doses formidables de 20 à 25 grammes de novarsénobenzol en 2 à 3 mois (Sicard), qui sont un maximum bien témoigné par la dermatite exfoliative, la kératodermie, l'alopécie généralisée, etc.

C'est pourquoi l'on a été logiquement amené aux tentatives suivantes.

Traitement local. — Il comporte accessoirement une perturbation de la perméabilité méningée, dont on profite pour faire du traitement général, et surtout l'introduction du médicament dans le sac méningien (injections intrarachidiennes, intracraniennes) ou au sein même des centres nerveux (injections intraventriculaires).

Le *mercure* a été employé le premier, dès 1903, par M. Sicard. L'iodure, le mercure colloïdal, le cyanure, le sublimé, ont été successivement utilisés par lui et par d'autres auteurs. « Mais, disait-il en 1918, les résultats n'ont pas été démonstratifs et nous n'avons plus recours à la méthode de mercurialisation directe méningée que pour quelques cas de tabes avec douleurs fulgurantes intolérables des membres inférieurs, ou avec crises gastriques répétées et paroxystiques, sans que l'on puisse cependant assurer au malade, même dans ces cas spéciaux, le succès définitif. » C'est aussi l'avis de Lévy-Bing. Hall, Culbertson et Slaght ont eu des réactions graves au sérum mercurialisé. Toutefois un certain nombre de médecins, en particulier à l'étranger, restent fidèles au *sérum* mercurialisé, employé seul ou par alternance avec le suivant.

Le traitement intrarachidien *salvarsanique* a été essayé par de nombreux auteurs. Au début, le mélange direct avec le liquide céphalo-rachidien donna des déboires, attribuables, au moins en partie, à des effets caustiques. Notre regretté camarade Marcorelles avait courageusement publié certains résultats désastreux (entre autres une paraplégie flasque complète ayant entraîné la mort, et produite par une seule injection de 10 centimètres cubes de sérum du malade après injection intraveineuse préalable, *sans* salvarsanisation supplémentaire in vitro).

Actuellement, certains considèrent que le procédé, employé avec de rigoureuses précautions (diagnostic précis, préparation générale intraveineuse ou musculaire *lente*) est *complètement inoffensif* (Lafora).

C'est l'avis de Swift, un des promoteurs de la méthode, et qui préconise exclusivement le sérum comme excipient, et n'y a d'ailleurs recours que

lorsque les autres traitements sont insuffisants. Rytina et Judd Micholson pensent de même.

On emploie le sérum du malade mercurialisé ou salvarsanisé soit in vivo soit in vitro. Dans le premier cas, on fait une intraveineuse, et l'on peut, dès l'heure qui suit, retirer au malade du sang. C'est le sérum de celui-ci, ordinairement inactivé par chauffage à 56 degrés pendant une demi-heure, qu'on injecte à la dose de 10 centimètres cubes environ. In vitro, le sérum est recueilli 24 heures après la prise, centrifugé en tubes fermés, et inactivé. Byrnes fait une solution aqueuse de sublimé et l'ajoute au sérum. Lafora et Escudé emploient le sublimé au taux de 4 milligrammes, le néosalvarsan à celui de 7 milligrammes par 10 centimètres cubes, dans les mêmes conditions (doses maxima). Ils commencent par le salvarsanisé à des doses de 2 à 3 milligrammes. Le mercurialisé, à réactions plus fortes, n'est employé qu'ensuite, à 1 milligramme au début. Le malade a été préparé par 4 ou 5 intraveineuses, à 2 à 6 jours d'intervalle, de 0,01 cyanure, 0,30 novarsenobenzol. Celles-ci sont continuées, en alternant et à doses progressives (2 par semaine au plus). Les intrarachidiennes sont faites à 20-40 jours d'intervalle (d'autres les font moins espacées, 1 par semaine : Lewis Gaines). La série dure 6 mois. On laisse un repos de 3 semaines avant la suivante.

Le tabes donnerait des améliorations complètes en sept à huit mois, la paralysie générale *peu avancée* en un an et demi. La paralysie générale de plus d'un an n'accorde qu'une rémission malgré l'insistance du traitement.

Chaque injection produit une réaction au bout de deux à trois heures, à type méningé, avec température, et moindre chez les paralytiques généraux que chez les tabétiques.

Warfield dissout 4 milligrammes de novarsenobenzol dans 2 centimètres cubes de sérum à 5 p. 1.000, et n'aurait jamais eu de réactions violentes.

Néanmoins cette méthode reste l'exception à employer, en raison de la fragilité possible du névraxe dans les syphilis nerveuses tardives (Tzanck et Marcorelles).

C'est pourquoi, dans le but de réduire les risques, Tzanck et Bernard emploient l'intraveineuse combinée à l'*aspiration* rachidienne de Sicard. On fait une série d'intraveineuses à doses croissantes, et cinq minutes après chacune une ponction lombaire évacuant au moins 10 centimètres cubes. Ces auteurs ont vu disparaître les signes de laboratoire, et même certains signes cliniques : céphalée, ataxie, frigidité, troubles sphinctériens.

Dans l'hérédo-syphilis, malgré la tolérance remarquable des jeunes sujets aux arsenobenzols, cette méthode est à recommander, en raison de la fragilité du système nerveux infantile.

Méningo-récidives. — L'étude du traitement doit être complétée par quelques mots sur elles. On a en effet depuis longtemps constaté (1910, Alexander, Beck, Biehl, 1911, Bayet, etc.) des accidents nerveux après traitement salvarsanique, et même parfois mercuriel (Benario), manifestations qui ne sont que des récidives, admises dès l'origine par Ehrlich lui-même. Ce sont des paralysies (3e, 6e, 7e, 8e paires), des méningites aiguës, de petits signes (neurotropisme d'alarme, de Sicard). La mise au point de leur pathogénie n'a pas été sans discussion. Mais il est reconnu aujourd'hui qu'il s'agit de syphilis insuffisamment traitées. Les mêmes faits s'observent pour les accidents cutanés, quand il n'a été fait que quelques injections, et habituellement après une période de calme trompeur de six à huit semaines en moyenne. C'est une sorte de réveil de foyers virulents, qui étaient latents sans doute, mais existaient au préalable (fausse méningo-rechute de Jeanselme et Chevallier), la deuxième méningite se révélant seule par la clinique.

Pour cette nouvelle raison, le traitement, *surtout entrepris avec un arsenobenzol*, ne doit pas être cessé trop tôt. Quelles que soient la rapidité et la perfection du « blanchiment », ce n'est pas à lui que doivent s'arrêter les visées thérapeutiques. On peut et l'on doit faire mieux, et comme l'a dit Leredde, « agir dans tous les cas, à toutes les époques, contre l'infection et non contre les symptômes, avoir pour but dans tous les cas de faire disparaître la séro-réaction et les altérations du liquide céphalo-rachidien, et dans tous les cas les empêcher de reparaître. »

Séries longues, séries répétées, traitement prudent mais sans mollesse, énergique quand le commande la situation, persévérant surtout quelle que soit la voie employée, tel est le bréviaire thérapeutique actuel.

BIBLIOGRAPHIE SUCCINCTE

Voir les Revues générales de Roger (*Paris méd.*, 19 avril 1913) et de M. Bloch (*L'Hôpital*, juin 1914), les thèses de Jolivet (Paris 1912) et de Bronstein (Paris 1912-1913) pour la bibliographie antérieure, et les traités classiques, les publications de M. Ravaut, les ouvrages de M. Leredde pour les notions générales cliniques, diagnostiques et thérapeutiques.

Babonneix et Javillier. Protéines et globulines céphalo-rachidiennes, *Soc. méd. des hôpit.*, 11 janv. 1918.

Barlaro, Camon et Mendez. Sobre la meningitis sifilitica, *Prensa med. arg.*, 1916-1918, p. 338.

Basile. Sopra un caso di meningiti sifilitica, *Riv. sanit.*, Napoli, 15 mars 1914.

Bly. Syphilitic meningitis in infants and young children, *Am. Journ. of syphilis*, Saint-Louis 1918, p. 712.

Déjerine. Méningite syphilitique précoce après traitement par le salvarsan, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 mars 1914.

Dujardin. Contribution à l'étude des réactions méningées syphilitiques, *Arch. méd. belges*, oct. 1918.

Eschbach. Méningite syphilitique à forme mentale, *Soc. méd. des hôpit.*, 1913, p. 787.

Fahr. Rasch todlich verlaufene men. luet., *Dermat. Woch. L. u. Hamb.*, 1914, p. 1103.

Gaines. Traitement intraspinal, *Med. Record*, 16 juin 1917.

Garbini. Un caso di men. basil. luet. precocissima, *Ann. di m. prov. di Perugia*, 1912, p. 115.

Gennerich. Beitrag z. lokalbehandl. der meningealen luet., *Münch. med. Woch.*, 1915, p. 1696.

Giraud. Méningite chronique syphilitique et saturnine, *Th. de Paris*, 1912-1913, n° 137.

Guinon. Méningite à pneumocoques chez un hérédo de six semaines, *Soc. méd. des hôpit.*, 1911.

HAMILL. Case of gummatous meningitis, *Proc. Roy. Soc. med.*, London 1915, neur. sect., p. 80.
HARVEY. Treatment of neurosyphilis, *Am. Journ. of Syphil.*, Saint-Louis 1918, p. 785.
HAUPTMANN. Diagnose der fruhluet. men. aus der liquorbefund, *Deut. med. Woch.*, 1914, p. 206.
HUTINEL. Méningites aiguës dans la syphilis héréditaire, *Presse méd.*, 22 avril 1918.
HUTINEL et NADAL. Hérédo-syphilis méningée et infections aiguës, *Paris méd.*, 6 déc. 1919.
ILYIA. Syphilis cérébro-méningée. Deux cas de pachyméningite hémorragique syphilitique, *Psik. Gaz.*, Petrograd 1915, p. 19.
KINNIER, WILSON et GRAY. Méningite aiguë syphilitique, *Brit. med. Journ.*, 29 sept. 1917.
KNAPP. Injections intraventriculaires dans la syphilis nerveuse, *Boston med. surg. Journ.*, 6 juillet 1916.
KRÆMER. Wassermann céphalo-rachidien positif dans la méningite non syphilitique, *Münch. med. Woch.*, 1918, p. 1131.
KRÆMER et ZADECK. Wassermann céphalo-rachidien positif dans la méningite non syphilitique, *Münch. med. Woch.*, 1918, p. 1435.
KOWITZ. Pachyméningite hémorragique chez le nouveau-né et le nourrisson, *Virch. Arch.*, 1914, p. 233.
LAFORA. Traitement intrarachidien des affections syphilitiques et parasyphilitiques, *Revue neurol.*, août 1919.
LAUNOIS, FROIN et LEDOUX. Blocage du cône dural par symphyse, *Gaz. des hôpit.*, 1914, p. 361.
LAWREY. Treatment of early syph. in relat. to develop. of neurosyph., *Bull. ment. dis.*, Boston 1918-1919, p. 76.
LECOUNT et DEWEY. Syphilitic leptomen, *Journ. of inf. dis.*, Chicago 1915, p. 142.
LÉVY-BING, GERBAY et DAGNAN-BOUVERET. Injections intrarachidiennes, *Ann. des mal. vén.*, 1918, p. 401.
MASSARY (DE) et CHATELIN. Méningite syphilitique avec paralysie labio-glosso-laryngée, *Revue neurol.*, 1914, p. 281.
MARCORELLES. Traitement intrarachidien, *Ann. de dermat.*, nov. 1916.
MAURIAC. Formes curables des méningites aiguës avec lymphocytose rachidienne, *Paris méd.*, 1918, n° 43.
MENNINGER. Traitement intraventriculaire chez des syphilitiques sans paralysie générale, *Journ. Nerv. ment. dis.*, New-York 1919, p. 424.
MESTREZAT. Le liquide céphalo-rachidien normal et pathologique, *Th. de Montpellier*, 1912.
MILIAN. In *Précis de syphiligraphie de Gaucher*.
NEUSTAEDTER. Syph. and parasyph. of the central nerv. syst., *Med. Record*, New-York 1919, p. 265.
NICHOLSON. Traitement syphilitique cérébro-méningé par injections intraspinales, *Med. Record*, 12 mai 1917.
NOUNE. Méningisme trois mois après l'infection et traitement énergique par le salvarsan, *Berl. klin. Woch.*, 1918, p. 797.
PETERSON. Un cas de méningite syphilitique avec compression motrice, *Finsk. läk. sallsk. handl.*, Helsingfors 1913.
PETIT. Méningite tuberculeuse et méningite syphilitique, *Th. de Paris*, 1913-1914, n° 30.
RAGOZ. Pachyleptomen. hypertr. gummosa, *Izviest. Imp. Voyenno med. Akad.*, Saint-Pétersbourg 1913.
RAMEAU. Accidents nerveux dans les syphilis traitées, *Th. de Paris*, 1914-1915, n° 24.
RAVAUT. Quand doit-on analyser le liquide céphalo-rachidien d'un syphilitique? *Presse méd.*, 8 oct. 1919 (avec bibliographie personnelle).
ROGER. Le meningiti sifilitiche, *Il Policlinico*, sez. prat., 18 janv. 1914.
ROSENBERG. Pachyméningite hémorragique dans le jeune âge, *Berl. klin. Woch.*, 1913, p. 2272.
SACHS. La vérité à propos des injections intraspinales, *Med. Record*, 23 juin 1917, p. 1115.
SÉZARY. La méningite parasyphilitique, *Presse méd.*, 1911, n° 66; — Les leucocytoses chroniques du liquide céphalo-rachidien des syphilitiques, *Gaz. des hôpit.*, 1912, n° 121.
SICARD et ROGER. Paralysie générale, syphilis nerveuse et liquide céphalo-rachidien, *Presse méd.*, 9 sept. 1918 (avec bibliographie personnelle).
SWIFT. Traitement intraspinal de la syphilis des centres nerveux, *Journ. of amer. med. Assoc.*, 1917, p. 2092.
TRÉNEL. Symphyse méningée fibreuse des lobes frontaux dans un cas de paralysie générale, *Soc. clin. de méd. ment.*, 1913.
TRUELLE et BOUDERLIQUE. Méningite syphilitique précoce avec troubles mentaux, *Revue gén. de clin. et de thérap.*, 1915, p. 529.
TZANCK et BERNARD. Injection intraveineuse et aspiration rachidienne, *Paris méd.*, 11 mai 1918.
VEDEL, ROGER et BLOUQUIER. Méningite syphilitique, mort rapide après ponction lombaire, *Montpellier méd.*, 1914, p. 9.
VINCENT (Cl.). Méningite chronique syphilitique, *Th. de Paris*, 1910.
WILLE. Tréponème dans le liquide céphalo-rachidien, *Amer. Journ. of Syph.*, 1917.
WITH. Réactions céphalo-rachidiennes dans les manifestations syphilitiques, *Brain*, vol. XL, p. 192.
WEILL. Hyperglycorachie dans les méningites syphilitiques, *Soc. de biol.*, 1918, p. 436.
WOHLWILL. Pachyméningite hémorragique, *Virch. Arch.*, 1918, p. 388.

ANAPHYLAXIE A L'ANTIPYRINE

APRÈS UNE LONGUE PHASE DE SENSIBILISATION

DÉSENSIBILISATION (1)

Par MM. F. WIDAL et PASTEUR VALLERY-RADOT

Les modifications humorales qui aboutissent à l'état anaphylactique, dont nous devons la découverte à M. Charles Richet, sont déterminées d'ordinaire par les substances albuminoïdes. Cependant un certain nombre d'observations déjà publiées prouvent que des substances cristalloïdes peuvent avoir la même action.

Nous rapportons un nouvel exemple d'un état anaphylactique produit par une substance non albuminoïde : l'antipyrine (2). Il s'agissait bien d'une anaphylaxie véritable et non d'un de ces cas d'intolérance médicamenteuse ou d' « idiosyncrasie » qu'on observe dès la première ingestion ; c'est donc dans le cadre de l'anaphylaxie alimentaire que doit prendre place l'observation que nous allons détailler.

Nous avons pu suivre ici avec une grande précision tout le cycle de l'anaphylaxie : il nous a été donné de retrouver dans l'anamnèse la phase de sensibilisation, de déclancher à volonté des accidents cutanés, enfin de parvenir à la désensibilisation. Aussi cette observation nous semble-t-elle avoir une portée d'ordre général.

Nous avons reconstitué par l'histoire de la malade la longue période de sensibilisation, ayant duré neuf ans, pendant laquelle cette femme put ingérer de l'antipyrine sans ressentir aucun trouble.

Dès son enfance, elle avait eu des migraines qui plus tard survinrent principalement aux périodes menstruelles. A vingt-quatre ans, elle prit pour la première fois un cachet d'antipyrine et, depuis, continua régulièrement cette médica-

(1) Communic. à l'Acad. des sciences, séance du 12 janvier 1920.
(2) Des travaux antérieurs ont essayé de montrer par la voie expérimentale qu'il existait une anaphylaxie à l'antipyrine : CRUVEILHIER (*Anaphylaxie provoquée par l'antipyrine*, Soc. de biol., séance du 29 juillet 1911) ; BRUCK (*Berl. klin. Woch.*, octobre 1910, p. 1929).

tion à chaque migraine. L'antipyrine fut tout à fait bien tolérée jusqu'à l'âge de trente-trois ans. C'est alors que la malade éprouva les premiers symptômes du diabète. A la même époque, elle eut des accidents cutanés à la suite d'absorption d'un cachet d'antipyrine. Ces accidents furent-ils déclenchés sous l'influence d'une transformation du milieu humoral due à un diabète concomitant? Cette hypothèse ne peut qu'être soulevée. Toujours est-il que, depuis lors, chaque nouvelle ingestion d'antipyrine fut suivie d'accidents du même type : quelques minutes après la prise d'un cachet, la malade avait dans la région labiale une sensation de brûlure, les lèvres et leur pourtour devenaient rouges et tuméfiés. Quelques heures après, les petites vésicules apparaissaient sur cet érythème ; les jours suivants ces vésicules se desséchaient.

Malgré ces accidents qui se reproduisaient avec une régularité absolue, ayant toujours la même localisation après chaque absorption du médicament, la malade continua à prendre de l'antipyrine toutes les fois qu'elle souffrait de la migraine, c'est-à-dire environ une fois par mois. A l'âge de quarante-deux ans, un médecin lui conseilla de cesser ce médicament.

Lorsqu'elle entra à l'hôpital Cochin, en février 1919, pour se faire traiter de son diabète, elle était âgée de quarante-neuf ans. Depuis sept ans, elle n'avait plus jamais absorbé d'antipyrine. Il nous a semblé intéressant de rechercher si après cette longue abstention elle était encore en état d'anaphylaxie pour ce médicament. L'essai suivant montre que l'état d'anaphylaxie persistait.

Le 15 février. — 14 h. 25 m. : Absorption de 0g75 d'antipyrine.

14 h. 34 m. : Sensation de brûlure au-dessus de la lèvre supérieure. Rougeur avec enflure à ce niveau.

14 h. 35 m. : Sensation de brûlure accompagnée de rougeur et d'enflure au-dessous de la lèvre inférieure.

14 h. 44 m. : La rougeur et l'œdème augmentent d'intensité et d'étendue. La lèvre supérieure est boursouflée et rouge.

15 h. : La sensation de brûlure qui avait persisté au niveau de l'érythème diminue, mais apparaît de l'œdème à la lèvre inférieure.

17 h. : La sensation de brûlure est très atténuée. La rougeur et l'œdème sont bien moins accentués.

Jusqu'à 24 h., la sensation de brûlure a persisté, mais très faible.

Le 16 au matin, on ne constate plus aucun symptôme.

A 16 h., la malade ressent du prurit au-dessous de la lèvre inférieure.

Le 17 au matin, le prurit a persisté. Placard rouge, surélevé au-dessous de la lèvre inférieure et empiétant sur la région médiane du menton.

Le soir, les symptômes disparaissent.

Du 19 au 21, desquamation au-dessus de la lèvre supérieure et au-dessous de la lèvre inférieure.

Ainsi, neuf minutes après l'absorption d'antipyrine, les accidents cutanés apparurent. Ces accidents furent caractérisés par une sensation de brûlure périlabiale avec œdème rouge, localisée, persistant quelques heures, suivie le lendemain d'une nouvelle poussée semblable.

La malade était donc toujours anaphylactisée à l'antipyrine et les accidents étaient du même type qu'autrefois : même localisation, même caractère de l'érythème; il est à remarquer seulement que l'érythème, qui se terminait autrefois avec des vésicules, se termine maintenant avec une desquamation.

Nous avons fait les semaines suivantes une série d'essais. Le 22 février, la malade ingère 0g75 d'antipyrine ; le 24 février, 0g50 ; le 1er mars, 0g25 ; le 6 mars, 0g10.

Après chaque absorption d'antipyrine, nous avons vu se déclencher des phénomènes reproduisant ceux que nous venons de relater.

L'intensité des accidents était indépendante de la dose ingérée.

Chez cette malade, la phase de sensibilisation fut extrêmement longue : elle dura neuf années. C'est seulement après ces neuf années que la malade fut anaphylactisée. De trente-trois à quarante-deux ans, elle eut des accidents toutes les fois qu'elle ingérait de l'antipyrine. Pendant sept années, de quarante-deux à quarante-neuf ans, elle s'abstint de ce médicament : il est remarquable de constater qu'après ce temps l'état anaphylactique persistait encore sans modification.

On sait que les accidents anaphylactiques sont accompagnés de troubles vasculo-sanguins caractérisés par trois ordres de signes : chute rapide de la pression artérielle, leucopénie très accentuée, troubles marqués de la coagulation sanguine. Nous avons constaté ces signes comme symptômes avant-coureurs dans l'urticaire d'origine alimentaire et dans l'asthme. L'un de nous les a désignés sous le nom de *crise hémoclasique*.

Dans ce cas d'anaphylaxie à l'antipyrine, nous n'avons pu déceler cette crise, probablement parce que les phénomènes se déroulaient suivant un rythme beaucoup trop rapide.

Il y avait lieu de rechercher ensuite si la sensibilisation était spécifique, c'est-à-dire si d'autres médicaments ne pouvaient pas provoquer d'accidents.

Nous avons fait ingérer à notre malade de la codéine, de l'urotropine, de l'aspirine, du pyramidon. Ces corps ne déterminèrent aucun symptôme, même pas le pyramidon, cependant si voisin de l'antipyrine.

Il s'agissait donc bien dans notre cas de sensibilisation spécifique à l'antipyrine.

Nous avons poussé plus avant l'étude de ce cas. Nous nous sommes efforcé de rechercher quelle était la dose la plus faible capable de provoquer des accidents ; nous avons, d'autre part, essayé la méthode d'antianaphylaxie proposée par M. Pagniez et l'un de nous contre les accidents d'anaphylaxie digestive.

Il ressort des essais successifs effectués qu'une dose minime de 5 centigrammes provoquait une crise semblable à celles réalisées par des doses de 50 centigrammes et 75 centigrammes avec cette seule différence que ces crises apparaissaient plus tardivement.

La dose de 2 centigrammes provoqua une fois des accidents légers au bout de cinquante minutes ; une autre fois aucun symptôme n'apparut. C'était bien la dose la plus faible capable de déclencher la crise. Avec 1 centigramme, nous n'avons observé aucun symptôme.

Nous avons utilisé la méthode antianaphylactique en faisant absorber à la malade la dose minime de 0g03, 0g02, 0g01 ou 0g005 d'antipyrine une heure avant de lui faire ingérer la dose massive de 0g25 ou 0g50. Sauf dans un essai où la dose de 0g02 provoqua des accidents et ne put par conséquent protéger la malade contre une dose massive, tantôt les manifestations cutanées furent évitées, tantôt la malade ressentit seulement un peu de prurit dans la région labiale avec ou sans érythème durant une ou quelques minutes. Cependant, de ces faits nous ne saurions tirer aucune conclusion parce qu'ils ont été observés à une époque où commençait à s'établir la désensibilisation de notre malade. En effet, le 5 avril, c'est-à-dire cinquante jours après la reprise de l'antipyrine, nous constations qu'une dose massive de 50 centigrammes ne déterminait plus que des accidents insignifiants.

L'état anaphylactique disparut progressivement, si bien que soixante-quatre jours après la reprise du médicament nocif la malade put absorber impunément 1 gramme de ce médicament. Depuis lors, souvent nous lui avons fait prendre de l'antipyrine à la dose de 1 gramme; jamais les accidents ne réapparurent, même pas le prurit. Nous avons donc obtenu la complète désensibilisation.

Dans le traitement de l'anaphylaxie alimentaire, il faut, en effet, distinguer la méthode d'antianaphylaxie et la méthode de désensibilisation. Par la méthode d'antianaphylaxie, on a

pour but d'empêcher l'apparition de la crise en faisant absorber au malade une dose minime de la substance active une heure avant l'absorption de la dose déchaînante ; on prévient bien ainsi une crise, mais on laisse subsister l'état anaphylactique. Par la méthode d'antisensibilisation, sous l'influence de l'absorption répétée de la substance à laquelle l'organisme est sensible, on supprime l'état anaphylactique, on affranchit l'organisme définitivement.

Une désensibilisation comparable à celle que nous avons obtenue a été réalisée par M. Lesné chez un sujet en état d'anaphylaxie alimentaire en le vaccinant d'une façon répétée par des doses infinitésimales de la substance anaphylactisante. Finizio, Schoffield, Guy Laroche, par des doses extrêmement minimes, homéopathiques progressivement croissantes de lait ou d'œufs, parvinrent à la désensibilisation de sujets en état d'anaphylaxie pour le lait ou l'œuf. M. Pagniez et l'un de nous, en supprimant les crises anaphylactiques par la méthode antianaphylactique, virent chez certains de leurs malades disparaître l'état anaphylactique.

Dans le cas que nous venons de rapporter, ce n'est pas par l'action de doses minimes progressivement augmentées que la désensibilisation a été obtenue, mais par la simple action de la substance anaphylactisante donnée aussi bien à dose massive qu'à dose minime.

Ce fait d'anaphylaxie à l'antipyrine nous a semblé intéressant à plus d'un titre. Il dépasse la portée d'un simple fait d'anaphylaxie alimentaire. C'est tout le « cycle » de l'anaphylaxie qu'il nous a permis de suivre avec une précision expérimentale, dans une observation clinique qui a porté sur une période de vingt-cinq années. L'étude des trois phases observées chez notre malade, celle de *sensibilisation*, celle d'*anaphylaxie*, celle de *désensibilisation*, comportent chacune des enseignements qui méritent d'être retenus.

Tout d'abord, dans ce cas, comme dans une série d'autres observations d'anaphylaxie alimentaire, on voit que la préparation de l'organisme a nécessité un laps de temps de plusieurs années et une action répétée de la substance anaphylactisante. Il en est de même, semble-t-il, dans les phénomènes de sensibilisation imputables à l'inhalation de certaines substances : l'un de nous, avec MM. Lermoyez, Abrami, Brissaud et Ed. Joltrain, a observé un cas d'asthme dans lequel la phase de préparation de l'organisme fut extrêmement longue ; il s'agissait d'un marchand de moutons dont les crises d'asthme étaient provoquées par l'odeur des moutons ; pendant trente-cinq ans, cet homme a vécu journellement au contact de ces animaux sans jamais ressentir le moindre malaise ; c'est seulement après ce laps de trente-cinq ans qu'il eut sa première crise d'asthme.

Au contraire, dans les cas d'anaphylaxie déterminée par la voie sous-cutanée ou par la voie vasculaire, la préparation peut ne durer que quelques semaines ou quelques jours et il n'est pas besoin que la substance anaphylactisante agisse plusieurs fois pour que l'organisme soit sensibilisé.

Ainsi, les processus de sensibilisation qui aboutissent aux crises anaphylactiques en clinique sont parfois tout différents de ceux que l'on observe en expérimentation. L'observation clinique montre la nature agissant lentement, mettant parfois de longues années à réaliser les modifications du terrain humoral qui auront pour conséquence l'état anaphylactique.

Il est remarquable que, sous l'influence de certaines substances introduites par la voie digestive ou sous l'influence de certaines odeurs, s'opèrent à bas bruit dans notre organisme des transformations insensibles qui finissent par en modifier la constitution à tel point que la moindre trace de cet aliment ou de cette odeur déclenche un brusque déséquilibre qui se traduit par la crise anaphylactique dont l'expression clinique se réalise sous forme d'asthme, d'accidents cutanés, de troubles nerveux ou digestifs.

Cet état d'anaphylaxie qui avait duré pendant un si long temps a disparu sous l'influence de la reprise du médicament absorbé cette fois non plus d'une façon espacée, à un mois d'intervalle comme jadis, mais d'une façon subintrante, alternativement à doses grandes et petites, parfois à une heure d'intervalle. Deux mois ont suffi pour obtenir la désensibilisation et libérer la malade de son état d'anaphylaxie si tenace.

Le « cycle » que nous avons observé avec une telle précision dans le cas de cette anaphylaxie à l'antipyrine doit exister pour une série de substances que nous ingérons et de particules que nous inhalons. Comme l'a si bien exprimé M. Charles Richet, il est probable que l'anaphylaxie alimentaire intervient pour modifier notre état d'équilibre perpétuellement instable et pour nous constituer une personnalité humorale, de même que les souvenirs et les sensations antérieures nous créent une personnalité psychologique. Un fait comme celui que nous venons de rapporter prouve que ces transformations ne sont pas définitives. La même cause qui a produit la sensibilisation peut, sous l'influence de variations dans son mode d'intervention, provoquer la désensibilisation. La vie est faite, sans doute, en partie de ces sensibilisations qui changent sans cesse notre « tempérament » en modifiant notre constitution humorale.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 26 JANVIER 1920)

Anaphylaxie à l'antipyrine après une longue phase de sensibilisation. Désensibilisation (1). — MM. F. WIDAL et PASTEUR VALLERY-RADOT. (Voir plus haut, p. 217.)

Sur les propriétés chimiques de l'humus et leur utilisation pour la protection des combattants contre les gaz asphyxiants. — MM. GRIFFON DU BELLAY et HOUDARD exposent leurs recherches sur le pouvoir filtrant de la terre vis-à-vis des gaz. Ils montrent qu'un filtre de terre bien ameublie, d'une épaisseur de 60 centimètres environ pouvait protéger, pendant plusieurs heures, les combattants contre les gaz asphyxiants alors en usage (fév. 1916), à la condition que la vitesse de passage du mélange gazeux à travers la terre ne dépassât pas sensiblement un litre par décimètre carré.

M. Lapicque eut de suite l'idée d'utiliser ce pouvoir absorbant de l'humus pour la protection collective des troupes dans les abris pendant les attaques par gaz. L'air pollué de l'extérieur, aspiré par un ventilateur à travers un filtre de terre qui l'épurait, permit aux hommes de respirer sans masques dans les abris. De plus, son afflux régulier eut pour résultat de déterminer une surpression s'opposant à l'entrée des gaz par les interstices des portes sommaires constituées par les toiles de tente.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 3 FÉVRIER 1920)

L'encéphalite léthargique. — La discussion se poursuit avec un intérêt toujours soutenu. Aussi est-il grand dommage que la mauvaise acoustique de la salle et le bruit des conversations particulières empêchent trop souvent la voix des orateurs de parvenir jusqu'au « perchoir » de la presse.

M. Pierre MARIE qui prend le premier la parole insiste sur la faible leucocytose dans l'encéphalite léthargique et sur la variété des degrés de la somnolence.

M. ACHARD montre la diversité des aspects cliniques de la maladie. Le symptôme fondamental est la somnolence à tous

(1) Séance du 12 janvier 1920.

les degrés. Les troubles moteurs ne consistent pas seulement en paralysies, il y a des myoclonies limitées, des soubresauts des tendons plus forts et plus étendus que dans la fièvre typhoïde. Tous ces troubles sont multiples, disséminés, mobiles. Même variété pour les phénomènes généraux, la fièvre peut être forte ou manquer, précéder la somnolence ou lui survivre.

M. Netter attache moins d'importance que les précédents orateurs à la faiblesse de la leucocytose, il pense en revanche, que le fait de constater très peu d'éléments cellulaires dans le liquide céphalo-rachidien est une preuve d'encéphalite. Il montre que l'encéphalite sévit un peu partout en ce moment, mais surtout en Italie, et sans aller jusqu'à demander la déclaration obligatoire, il trouve utile que les médecins fassent connaître les cas nouveaux et les localités atteintes par la maladie.

Les Anglais nous ont précédé dans cette voie en 1917-1918 et s'en sont bien trouvés.

M. Netter demande donc à l'Académie d'émettre le *vœu que le corps médical fasse connaître aux autorités sanitaires les cas dont ils ont connaissance.*

M. Mesureur rappelle qu'il a demandé aux médecins des hôpitaux de Paris de signaler à l'administration les cas qui se produisent dans leurs services.

Le vœu de M. Netter mis aux voix est adopté.

Sur la peste pulmonaire. — M. Broquet, qui a étudié la peste en Mandchourie, montre les différences fondamentales qui séparent la peste pulmonaire de la grippe. Dans la peste microbe connu, dans la grippe microbe invisible. Dans chacune des deux maladies, lésions différentes même quand elles portent sur le poumon.

Au surplus si le sérum antipesteux a pu donner des résultats dans la grippe c'est qu'il provoque la leucocytose et stimule les moyens de défense de l'organisme, au même titre que les autres sérums : antidiphtérique, antipneumococcique ou antistreptococcique.

C'est donc avec raison que l'auteur conclut : la grippe n'est pas la peste.

M. Achard, secrétaire annuel, donne ensuite communication des travaux suivants dont nous n'avons entendu que le titre :

L'encéphalite léthargique au Maroc. — M. Remlinger.

L'organisation tuberculeuse départementale. — M. Coubard.

Sur un cas d'empyème chronique traité par l'opération de Delorme. Paralysie radiale consécutive du plexus brachial. — M. Peugniez.

Présentations. — M. Hayem présente un livre.

M. Maurice de Fleury offre à l'Académie un portrait de Littré.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(séance du 29 janvier 1920)

Encéphalite épidémique à prédominance myoclonique abdomino-diaphragmatique. — MM. Sicard et Kudelski présentent un nouveau cas avec guérison du syndrome spécial d'encéphalite myoclonique qu'ils ont décrit à la dernière séance et caractérisé essentiellement par des douleurs et surtout des secousses à rythme myoclonique qui s'accusent fréquemment à la région abdomino-diaphragmatique. Ce syndrome se distingue de celui de l'encéphalite léthargique par l'absence de toute léthargie et de troubles oculaires. L'inoculation intraveineuse ou intracérébrale du liquide céphalo-rachidien au lapin a paru dans un cas avoir donné un résultat positif, mais jusqu'à présent il n'existe aucun critérium bactériologique ou humoral de certitude pour pouvoir assimiler ou différencier histologiquement ces deux syndromes encéphalitiques léthargique ou myoclonique.

Maladie de Paget localisée à un seul os long. — MM. de Massary et Lichelle présentent un malade atteint depuis dix ans d'hypertrophie régulière et d'incurvation considérable à concavité postérieure et interne du fémur droit. Cette déformation ne peut être imputée au rachitisme, ni à la spécificité et n'a pas été améliorée par le traitement antisyphilitique. Dans ces conditions et malgré l'absence d'autres déformations osseuses, il est logique de croire à une manifestation isolée de la maladie osseuse de Paget.

M. Œttinger considère ces faits, comme rares, il en a observé à la suite d'une chute avec lésion de l'humérus qui ressemblaient à une maladie de Paget localisée.

M. Leri confirme qu'au début de la maladie de Paget l'atteinte osseuse peut être localisée et insiste sur l'importance des lésions vasculaires.

Zona de l'oreille avec paralysie faciale. — M. Souques rapporte l'observation d'une femme atteinte de paralysie faciale périphérique à la suite d'un zona du pavillon de l'oreille. Les filets sensitifs du ganglion géniculé envahissent le pavillon de l'oreille et son atteinte explique à la fois le zona et la paralysie faciale. Cette malade a eu en plus quelques vésicules d'herpès sur la pointe de la langue en raison de l'innervation de la corde du tympan.

Persistance du canal artériel. — M. Bouquier présente le cas de persistance du canal artériel sans symptômes d'auscultation.

Un nouveau cas de syndrome glandulaire avec épilepsie tardive. — MM. G. Etienne et G. Richard (de Nancy).

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(séance du 20 janvier 1920)

Syndrome hypophysaire coïncidant avec une méningocèle dorsale et des malformations vertébrales. — MM. Apert et Cambessédès. Chez une enfant de douze ans on note l'apparition de signes hypophysaires. La radiographie montre un élargissement de la selle turcique. A la naissance, elle présentait une méningocèle dorsale supérieure qui a été opérée. La radiographie de la région décèle entre le spina bifida deux hémivertèbres avec côté à un siège éloigné, et de côté opposé. Si bien que la statique vertébrale est peu troublée.

Hydrocéphalie et illumination du crâne. — MM. Apert et Cambessédès montrent sur un enfant hydrocéphale que dans l'obscurité on peut illuminer le crâne, délimiter les zones de liquide, voir les sinus, etc.

Malformations congénitales multiples. — M. Lance. Chez une fillette de huit ans, opérée de bec de lièvre compliqué, on note une luxation congénitale de la tête radiale des deux côtés, une coxa vara gauche congénitale (subdivision du cartilage de conjugaison limitant deux îlots osseux), une insuffisance congénitale des deux hanches, une scoliose grave à trois courbures avec malformation de la cinquième lombaire (spina bifida) et déformation énorme de la troisième dorsale.

Subluxation palmaire du carpe. — M. Lance. Une fillette de neuf ans tombe sur le dos de la main en flexion dorsale et torsion du côté radial, il en résulte un arrachement des ligaments internes avec mobilisation du pisiforme et subluxation palmaire et radiale du carpe. La réduction est facile en hyperflexion, mais la luxation se reproduit dès qu'on diminue la flexion.

Complications tardives de l'appendicite : abcès gazeux sous-phrénique et abcès gazeux rétrocolique. — MM. P. Nobécourt et Stévenin rapportent l'observation de deux

enfants ayant présenté une appendicite très légère ; la défervescence fut incomplète et se prolongea par une période d'infection générale sans qu'aucun diagnostic de localisation puisse être posé. C'est la radioscopie seule qui montra la présence de gaz dans l'abdomen. Les malades furent opérés mais l'un succomba.

MM. SAVARIAUD et J. HALLÉ rapportent chacun un cas analogue.

Il ressort de ces faits que la bénignité de l'appendicite ne préjuge en rien de la gravité des complications qu'elle peut présenter, que le diagnostic des abcès putrides rétrocoliques et sous-phréniques est très délicat à poser. M. Savariaud en tire un argument de plus en faveur de l'intervention systématique précoce dans tous les cas où le diagnostic ferme d'appendicite a été posé.

Méningite cérébro-spinale chez un nourrisson. Début par arthrite. Mort par abcès du cerveau. — MM. NOBÉCOURT et PARAF. Chez un nourrisson entré au seizième jour d'une fièvre irrégulière avec rhino-pharyngite et diarrhée débute une arthrite du cou-de-pied. La ponction lombaire aussitôt pratiquée montre une méningite à méningocoque B. Malgré une sérothérapie intensive l'enfant meurt et l'on trouve un abcès du lobe occipital gauche.

Encéphalite léthargique à forme ambulatoire. — M. H. JANET présente un garçon de douze ans qui, depuis un mois, présente une somnolence continue et des troubles oculaires (presbytie, diminution du réflexe accommodateur, inégalité pupillaire).

MM. DUFOUR, GUINON, APERT, HALLÉ s'élèvent contre l'appellation d'encéphalite léthargique donnée à l'épidémie actuelle de troubles nerveux qui semble liée à la grippe. D'une part, ces complications ne portent pas exclusivement sur l'encéphale mais peuvent atteindre en même temps le bulbe, la moelle ou les nerfs périphériques (paraplégies spasmodiques, névrites). D'autre part des lésions cérébrales multiples peuvent donner lieu au symptôme léthargie qui ne présente ici aucun caractère spécifique.

Diphtéries cachées (crypto-diphtéries). — M. ABRAND signale comme fréquentes les diphtéries sans membranes visibles (diphtérie nasale, naso-pharyngienne). Leurs porteurs constituent un sérieux danger de contamination. Il en donne des observations.

Désinfection du naso-pharynx chez les porteurs de germes. — M. ABRAND croit que les procédés habituels (pastilles de sérum, badigeonnages variés) sont inefficaces. Il recommande la désinfection systématique des masses lymphoïdes du cavum par la voie nasale.

La prophylaxie actuelle de la diphtérie. — Cette question très importante a été soumise à l'étude de la Société à la suite d'une communication antérieure de M. WEILL-HALLÉ (Société de pédiatrie, décembre 1919). Dans cette étude M. Weill-Hallé faisait connaître la lutte entreprise aux Etats-Unis contre les porteurs de germes par Park, A. Zingher et leurs élèves. Pour rechercher dans les écoles les porteurs de germes ou les enfants sensibles à la diphtérie, non réfractaires, ces auteurs emploient l'intradermo-réaction de Schick, réac-

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de diagnostic chirurgical, par le docteur F. DE QUERVAIN, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Berne ; préface du professeur HARTMANN. Un fort vol. in-8 de 800 p., avec 700 fig. et 7 pl. en coul. — Prix : 44 francs. — Paris, Maloine et fils.

L'Art de prescrire, par le professeur GILBERT, professeur de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine. Un vol. in-8 de 400 p. (Bibl. de thérap. Gilbert et Carnot.) — Prix : broché, 12 francs ; cartonné, 16 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Les Psychoses cocaïniques, par le Dr H. PIOUFFLE. In-8 avec 5 pl. hors texte. — Prix : 12 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

tion à la toxine diphtérique analogue à celle que donne la tuberculine. Ils sont ainsi arrivés à ce que chez les enfants 55 p. 100 sont réfractaires à la diphtérie. Chez l'adulte cette immunité atteint 85 à 95 p. 100. Tous les enfants à réaction positive (porteurs de germes ou enfants non réfractaires à la diphtérie) devraient subir une vaccination préventive. Les auteurs américains emploient une vaccination active, qui, d'après eux, serait efficace, mais a le gros inconvénient de s'établir très lentement, plusieurs semaines ou plusieurs mois, pendant lesquels l'enfant reste exposé à l'infection.

M. Weill-Hallé demandait à la Société si cette vaccination active ne devait pas être généralisée aux écoles dans les grands centres pour prévenir l'éclosion des épidémies.

M. Martin, de l'Institut Pasteur, invité de la Société, dans une communication très documentée, discute la prophylaxie de la diphtérie.

Actuellement on est porté à lutter contre les porteurs de germes. Or, cela est très difficile et insuffisant. Il le montre par la description détaillée d'une épidémie dans une Institution où l'on a pu suivre la filiation des cas observés.

Les porteurs de germes sont difficiles à dépister, il n'y en a pas qu'à l'école, il y en a partout. Ensuite il faut les isoler, et cela jusqu'à désinfection complète pour être logique, or au bout de mois parfois on n'arrive pas à la désinfection. Eliminer les porteurs de germes de l'école, comme le veut le règlement, ne sert à rien, car ils sont au contact dans la rue avec les autres enfants. Il vaudrait mieux les garder à l'école dans des locaux séparés.

La recherche de la réaction de Schick est intéressante, elle permet d'étudier l'évolution de l'immunité et de trouver les sujets susceptibles d'être infectés. Mais, pour l'instant, on ne peut en tirer des résultats très pratiques.

Actuellement en période d'épidémie grave, comme c'est le cas pour deux arrondissements de Paris, ce ne sont pas les porteurs de germes qui sont surtout dangereux, mais les malades et les convalescents. Les mesures de prophylaxie sont insuffisantes dans les familles, et l'hôpital, trop exigu, renvoie ses malades beaucoup trop tôt (dix-sept jours). C'est là le danger. Le seul moyen d'y parer, en partie tout au moins, c'est l'injection préventive de l'entourage. Mais pour la faire accepter des familles, il faut qu'elle soit faite à domicile et non dans un dispensaire lointain, où tout le monde attend pêle-mêle pendant des heures. De là, la nécessité de créer des équipes volantes de médecins scolaires se rendant à domicile.

MM. Guinon, Armand-Delille, Méry, Gillet appuient ces idées.

M. Netter estime qu'on peut réaliser à l'école une prophylaxie antidiphtérique par les injections préventives de sérum.

Il montre que dans son service depuis 1901 tous les entrants sont injectés préventivement. Il n'a jamais eu de cas de contagion intérieure.

Il n'est fait exception pour cette injection préventive qu'à la crèche, et, naturellement, elle n'est pas pratiquée dans les services de chirurgie. Or, les nourrissons présentent une immunité naturelle, les cas de chirurgie sont moins exposés à la contagion, cependant ces services fournissent une douzaine de cas de diphtérie par an.

— La Société de pédiatrie met à l'ordre du jour de la prochaine séance la suite de la discussion sur la prophylaxie de la diphtérie et charge une commission composée de MM. Netter, Gillet, Méry, Weill-Hallé, Harvier de lui proposer des conclusions.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 31 JANVIER 1920)

Action du streptocoque pathogène sur la caséine. — MM. H. Tissier et A. de Coulon signalent que cette bactérie attaque la caséine du lait. Elle peut en faire disparaître jusqu'à 20 p. 100. En milieu désaéré, cette action est plus profonde, elle va jusqu'à 65 p. 100. Dans le premier cas l'attaque est rapide mais elle s'arrête vers le cinquième ou huitième jour et le microbe meurt ; dans le second la protéolyse subit aussi l'acidité d'arrêt, mais elle reprend insidieusement pour se prolonger pendant plusieurs semaines.

On peut exalter cette fonction en ajoutant au milieu de l'acide lactique du chlorate de potasse, nitrate d'ammoniaque, lactate de soude. Ces corps semblent enrichir le milieu en fournissant au microbe de l'oxygène combiné. L'oxygène provenant d'H^2O^2 par exemple n'exalte ni diminue la culture. Le streptocoque pathogène vit donc comme un *véritable anaérobie*.

Action du streptocoque pathogène sur la gélatine. — MM. H. Tissier et Mme de Trévise. Cette espèce si nettement protéolytique pour le globule rouge et la caséine ne liquéfie pourtant pas la gélatine neutre ordinaire. On peut arriver à ce résultat en ajoutant au milieu les corps que MM. Tissier et de Coulon avaient ajoutés au lait. *Plus un streptocoque est pathogène, mieux il liquéfie la gélatine.* Avec une acidité de 0,24 p. 1.000 la culture se produit sans liquéfaction ; avec 0,73 les espèces très pathogènes liquéfient ; avec 1,20 les variétés pyogènes ; avec 1,71 les échantillons les moins virulents. En général, tous les streptocoques hémolytiques liquéfient, contrairement à tous les saprophytes.

Cette tendance à la vie anaérobie, cette vie ralentie que peut prendre le streptocoque pathogène, cette exaltation soudaine qu'il présente au contact de corps acides explique son rôle dans les plaies de guerre, chez les accouchées et en général chez tous les sujets atteints d'acidose.

Une nouvelle épreuve d'exploration des fonctions rénales. — M. Desgrez communique une note de M. Fiolle (de Vittel) qui pense que les rénaux ne peuvent faire aussi rapidement et aussi complètement que le sujet sain la synthèse de l'acide hippurique.

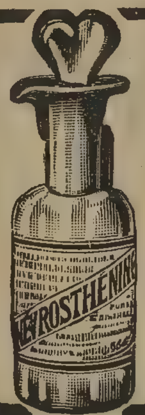
M. Achard. Nous avons fait, à ce sujet, dès 1901, des expériences avec M. Castaigne, et nous ne les avons pas poursuivies parce qu'il existe bien d'autres méthodes, de beaucoup préférables, pour explorer le fonctionnement du rein.

Ethyroïdation et infection. — M. Launoy. Contrairement à M. Garibaldi, nous persistons à penser que l'éthyroïdation n'exerce, chez les poules, aucune influence sur le développement des infections et qu'elle n'entrave en rien la production de l'immunité.

Nouvelle théorie touchant le mécanisme de l'immunité antimicrobienne. — M. d'Hérelle, dans diverses communications faites au cours des trois dernières années, a émis une nouvelle théorie touchant le mécanisme de l'immunité antimicrobienne qui serait due, tout au moins dans le cas des maladies intestinales, à la présence, dans l'organisme, de microbes filtrants, extrêmement petits, ayant la propriété de se développer aux dépens des bactéries pathogènes et dont l'activité coïncide toujours avec le début de la convalescence. Ces microbes filtrants bactériophages seraient, en somme, les agents de véritables maladies contagieuses sévissant sur les bactéries. Il a isolé ces microbes bactériophages, les a cultivés in vitro aux dépens de diverses bactéries pathogènes et il a vérifié que l'injection de ces cultures confère l'immunité vis-à-vis de la bactérie aux dépens de laquelle le microbe bactériophage s'était développé. Dans la présente note, il montre que les bactéries ne restent pas passives devant l'attaque, mais qu'elles sont capables de résistance.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.



BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Tension artérielle en clinique. Sa mesure, sa valeur séméiologique, par le docteur L. GALLAVARDIN, médecin des hôpitaux de Lyon, 2e édition. Un vol. de 720 pages, avec 200 fig. — Prix : 30 fr. net. — Paris, Masson et Cie.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 15 francs par an. Étudiants étrangers, 20 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 6 fr. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 6 février. — MM. Joltrain, 20; Weil (M.-P.), 17; Debré, 18.

— CONCOURS DE DENTISTE ADJOINT DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 7 février. — MM. L'Hirondel et Solas, 12; Maurel, 13.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Lecture des copies.* — *Anatomie.* — Séance du 7 février. — MM. Azoulay, 12; Dubranle, 10; Viollet et Ménard, 12; Favory, 10; Lebègue, 11; Ravina (André), 13; Leroux, 12.

Pathologie. — Séance du 5 février. — MM. Rousseau (Pierre), Ducuing et Rivalier, 11; Largeau, 10; Arbeit, 12; Phelippes de la Marnierre, 10; Trotsky, 5; de Brun du Bois Noir (Roger) et Foucault, 11; Bayle, 10.

Séance du 7 février. — MM. Benoist, 9; Isch-Wall, 11; de Brun du Bois-Noir (P.), 10; Kermorgant, 13; Peignaux, 11; Duval-Arnould, 7; Larget, 10; Terrasse, 7; Vannieuwenhuysse, 6; Wickham (Roger), 7.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Anatomie.* — Séance du 5 février. — Question donnée : « Nerf radial. »

MM. Fouquet, 17; Gauran (Auguste), 10; Bertrand, 17; Ferrier, 18; Godeau, 12; Fumet, 16; Castelbon, 9; Risterucci, 14; Firbach, 11; Gestat, 19; Galpérine et Guiberteau, 13; Aymard, 15; Dufour (Amédée), 9; Guignebert, 10; Galand, 7; Guinard, 13; Fortier, 12; Guyonnaud et Ferré, 18; Delagenière, 16.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Destouches, secrétaire de la Faculté de médecine, est rangé dans la deuxième classe (traitement 13.000 fr.).

FACULTÉS ET ÉCOLES DE MÉDECINE. — Les secrétaires des Facultés de médecine et Ecoles supérieures de pharmacie des Universités des départements sont rangés dans les classes suivantes :

Première classe (traitement 10.500 fr.) : MM. Chaudron (de Toulouse), Izard (de Montpellier) et Bayle (de Lyon).

Troisième classe : MM. Coiffard (de Nancy) et Planchard (de Bordeaux).

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier (à titre posthume). — M. le docteur Abeille (Marie-François), médecin aide-major de deuxième classe : médecin d'une haute valeur morale et professionnelle, d'un entrain admirable, d'un moral élevé, d'un dévouement inlassable. Il inspirait à tous pleine confiance et affection. A été tué à son poste de secours en sortant pour surveiller un violent bombardement par obus toxiques. A été cité. (*J. O.*, 25 janv. 1920.)

MÉDAILLES DE LA RECONNAISSANCE FRANÇAISE. — *Médaille de vermeil.* — M. le docteur Wyatt, directeur médical à la commission Rockfeller.

Médailles d'argent. — Mme le docteur Chills et MM. les docteurs Klotz (de nationalité américaine), Spelkens et van Dessel (de nationalité belge).

Médailles de bronze. — M. le docteur French, Mme le docteur Nevin et MM. les docteurs Thorndike (de nationalité américaine), Martinez-Leanes (de nationalité argentine), Peter (de nationalité suisse).

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE SOCIALE. — M. Desmars, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, est nommé membre de la commission du tarif des frais médicaux et pharmaceutiques en matière d'accidents du travail, en remplacement de M. Vallette, appelé à d'autres fonctions.

LES TRAVAUX A EFFECTUER DANS LES HOPITAUX DE PARIS. — La guerre a interrompu un grand nombre de tra-

vaux qui avaient été entrepris dans un certain nombre d'hôpitaux parisiens. D'autres étaient projetés qui n'ont pu être commencés.

En vue de reprendre cette œuvre d'entretien et de perfectionnement des établissements hospitaliers, M. Mesureur vient d'adresser au Conseil de surveillance un programme de travaux dont voici les grandes lignes, dit le *Temps*, qui a eu la primeur du rapport de M. Mesureur.

Tout d'abord, il oppose aux progrès considérables réalisés à l'étranger par la radiumthérapie, l'insuffisance du petit service organisé à l'hôpital Pasteur par le docteur Regaud, où les consultations des cancéreux pauvres deviennent de plus en plus nombreuses. M. Mesureur propose donc la création d'un service complet de radiumthérapie.

En second lieu, il réclame une organisation d'ensemble de traitement par les agents physiques qui n'existe encore nulle part à Paris.

Mais ce sont surtout les travaux de réparation et de conservation qui apparaissent à M. Mesureur comme les plus urgents « puisqu'ils ont pour objet de maintenir en activité des services qui disparaîtraient si on ne prévenait pas les accidents dus à la vétusté, au manque d'entretien ou aux dégradations du temps ».

Et le directeur cite comme exigeant des travaux urgents de réparation, de conservation ou de reconstruction : la Charité, la Salpêtrière, Bicêtre, Saint-Louis, Saint-Antoine, Laënnec, Brévannes, Baudelocque, Broussais.

D'autre part, en chirurgie, de nombreuses transformations s'imposent. Il faut, à la Salpêtrière, agrandir la clinique du professeur Gosset. A Necker, la guerre a compromis l'agrandissement de celle du professeur Legueu. A Saint-Antoine, le professeur Lejars a conçu l'agrandissement de son service actuel et sa transformation en clinique. A Lariboisière des transformations importantes sont également prévues. Il faudra aussi développer le service du docteur Variot, à l'hospice des Enfants-Assistés, etc. Le développement des maternités s'impose également.

De plus, les établissements du service général, tels que la boulangerie et la pharmacie centrales, sont à modifier ou à compléter.

M. Mesureur estime que l'ensemble des travaux neufs entraînera une dépense de 150 millions, pour lesquels la ville de Paris pourrait, de 1922 à 1931, mettre annuellement à la disposition de l'Assistance publique un crédit de 15 millions. D'autre part, le concours du pari mutuel, si légitimement réclamé par le Conseil municipal, permettrait l'exécution intégrale du programme.

LE SERVICE MÉDICAL DE NUIT. — Un examen d'admissibilité à l'emploi de médecin et de médecin suppléant du service médical de nuit, à Paris, aura lieu à la préfecture de police dans le courant du premier semestre de la présente année, à une date qui sera portée quinze jours à l'avance à la connaissance des candidats.

Trente emplois de médecin et cinq emplois de médecin suppléant pourront être attribués immédiatement.

Les candidats devront justifier de la qualité de Français, être âgés de moins de trente ans ou, s'ils sont anciens internes des hôpitaux de Paris, de moins de trente-cinq ans (exceptionnellement pour l'examen de 1920, ces limites d'âge seront reculées d'autant d'années que les intéressés en auront passé sous les drapeaux pendant la guerre). Ils devront être pourvus du diplôme de docteur en médecine délivré par une Faculté française.

Le registre d'inscription à la préfecture de police (bureau du personnel) sera clos le 28 février à quatre heures du soir.

UN MÉDECIN DÉLIVRANT LES MÉDICAMENTS DOIT-IL TENIR REGISTRE? — Un médecin délivrant des médicaments à sa clientèle personnelle doit tenir le livre-copie d'ordonnances, ainsi que le registre de commandes de poisons, et la comptabilité spéciale des substances vénéneuses. Si la loi et le décret de 1916 ne l'indiquent pas expressément, cette obligation en résulte implicitement.

STATISTIQUE MUNICIPALE DE LA VILLE DE PARIS. — On a enregistré, du 11 au 20 janvier 1920, 1.830 décès, au lieu de 1.434 pendant la décade précédente et au lieu de 1.419, moyenne ordinaire de la saison.

On a signalé encore 1 cas de variole (moyenne 0).

La scarlatine a causé 4 décès (moyenne 2), cas nouveaux signalés 166 (moyenne 69).

La coqueluche a causé 15 décès (moyenne 6).

La diphtérie a causé 12 décès comme pendant la semaine précédente (moyenne 4); le nombre des cas nouveaux signalés est de 111 (moyenne 50).

La diarrhée infantile a causé 26 décès (moyenne 19).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 422 décès au lieu de la moyenne 369. En outre, 130 décès ont été attribués, à la grippe.

Il y a eu 3 décès par méningite cérébro-spinale épidémique; 3 cas nouveaux sont signalés.

Notons enfin qu'on a enregistré 2.036 naissances d'enfants vivants. Chiffre supérieur à celui des morts qui est comme nous l'avons dit de 1.830 pour la même période.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Amédée Tardieu, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien conseiller général du Puy-de-Dôme, chevalier de la Légion d'honneur, décédé à Paris, à l'âge de soixante-dix-huit ans, et Th. Bernard, à Juvisy.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'AVANCEMENT DES ÉLÈVES DE L'ÉCOLE DE LYON

Questions écrites. — M. Miellet, député, demande à M. le ministre de la Guerre pourquoi les élèves de l'Ecole du Service de santé militaire de Lyon, de la promotion 1914, se voient refuser l'accès au grade d'aide-major bien que médecins auxiliaires depuis cinq ans, tandis que les élèves de l'Ecole de médecine navale de Bordeaux, entrés à cette école après le concours de 1919, sont promus officiers quelle que soit leur scolarité, lorsqu'ils peuvent justifier de deux années de service dans le grade de médecin auxiliaire. (*Question du 23 décembre 1919.*)

Réponse. — Le statut du personnel de la marine est différent de celui du personnel de l'armée de terre, et aucune assimilation ne peut être faite entre la situation des élèves des Ecoles du Service de santé de la guerre et de la marine. Le décret du 25 août 1919 permettra de nommer les élèves de l'Ecole du Service de santé, de la promotion 1914, qui satisferont aux examens de sortie, aux grades d'aide-major de deuxième classe et même de première classe — avec rappels réglementaires — aux dates auxquelles ils auraient obtenu ces grades, si les hostilités n'avaient retardé leur scolarité. Ces dispositions, qui réparent le préjudice causé aux élèves par la guerre, sauvegardent également les intérêts de l'Etat pour le cas où ces élèves démissionneraient ou subiraient un échec aux examens de sortie. (*J. O.*, 4 fév. 1920.)

La même réponse est faite à MM. de Moustier et Joseph Patureau-Mirand, députés, qui avaient posé des questions analogues.

RENSEIGNEMENTS

552. — Nous apprenons que la maison d'édition Gauthier-Villars et Cie vient d'ouvrir un magasin de vente, 107, boulevard Saint-Germain (6e). On y trouvera, en dépôt permanent, les plus importantes publications scientifiques et techniques du monde entier. On pourra s'y documenter rapidement sur tout ouvrage ou périodique de sciences pures ou appliquées. C'est là une initiative intéressante qu'il convient de signaler : elle marque la création d'un organisme documentaire qui manquait à la librairie française.

LES DIVERTICULES DE L'APPENDICE

Par E. CHAUVIN,

Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier.

On observe parfois, à la surface de certains appendices enflammés, au cours de l'acte opératoire, ou sur des appendices plus ou moins sains au cours des examens d'autopsie, de petites bosselures, de siège, de nombre et de volume variables. Si l'on ouvre de semblables appendices de façon à ce que la section passe par l'une de ces bosselures, on constate qu'un diverticule des tuniques profondes soulève à leur niveau les couches externes plus ou moins altérées de la paroi appendiculaire.

Ces diverticules de l'appendice sont connus depuis peu, puisqu'ils ont été signalés pour la première fois par Edel en 1894. Ils ont fourni cependant la matière de nombreux travaux.

En 1897, Letulle et Weinberg en fournissaient déjà une étude générale. Ils ne connaissaient encore que les diverticules inflammatoires et les divisaient en deux variétés : dans un premier groupe ils rangeaient des géodes intrapariétales, cavités d'abcès vidés dans la lumière appendiculaire, et généralement privées d'épithélium. Dans le second groupe, ils rangeaient de vrais diverticules muqueux qu'ils rattachaient à un processus d'évagination cicatricielle. Le cas de Walther en 1900 est également un diverticule inflammatoire.

Hedinger en 1901 paraît avoir signalé le premier l'existence des diverticules congénitaux.

En 1902, Mertens, reprenant l'étude générale de la question, signale d'abord la rareté des diverticules appendiculaires, et rappelle que sur 1.400 appendices examinés macroscopiquement et le plus souvent microscopiquement par Ribbert, Sonnenburg et Sudsucki, il n'en fut pas rencontré un seul exemple. Il décrit ensuite, à côté des diverticules congénitaux et inflammatoires, une variété nouvelle qui ne paraît pas liée à une lésion infectieuse, mais qui prendrait naissance à travers les fentes vasculaires agrandies de la musculeuse.

En 1904, Lejars et Ménétrier publient deux cas personnels parfaitement étudiés au point de vue microscopique et qui se rattachent à la variété inflammatoire.

V. Brunn, l'année suivante, réunit tous les cas jusqu'alors publiés, en apporte huit personnels, dont six microscopiques et deux seulement macroscopiques, et fait surtout une étude histopathogénique de la lésion.

En 1906, paraissent presque simultanément les cas de Lorrain et l'article de Seelig qui est la première contribution de langue anglaise sur le sujet. Kauffmann en 1907, Malatesta en 1908, Konietzny et Winteler en 1909 apportent des observations nouvelles et exposent leurs conceptions pathogéniques.

En 1911 paraissent les cas de Peraire et Masson, de Lecène à la société anatomique de Paris, de Simon et Gottstein à la société de médecine de Breslau, de Zondeck à la société de médecine de Berlin. Lèjars, à propos d'une observation personnelle, démontre l'existence des diverticules physiologiques dont Mertens avait isolé le type. Mac Carthy et Mac Grath apportent dix-sept cas inédits qui résument la statistique des frères Mayo; et Sissojeff, les rapprochant des kystes de l'appendice, classe les diverses variétés de diverticules et fournit un exemple de diverticule congénital.

En 1912, nous ne trouvons plus que l'observation de Potherat, et la brève étude d'ensemble de Krabbel.

En 1913, après l'article de Bérard et Vignard, la thèse de Lorillou vient résumer de façon précise et claire les données acquises sur le sujet.

L'ensemble de ces travaux, nombreux et de valeur inégale, mais multipliant les cas et fournissant le plus souvent de bonnes études macroscopiques ou microscopiques, permet de diviser les diverticules de l'appendice en plusieurs variétés, distinctes au triple point de vue de la pathogénie, des lésions et de la clinique.

Nous étudierons donc successivement les diverticules congénitaux, les diverticules inflammatoires par destruction pariétale, les diverticules inflammatoires par hypertension intraappendiculaire et enfin les diverticules acquis non inflammatoires ou diverticules physiologiques.

Diverticules congénitaux. — Les diverticules congénitaux, que les Allemands appellent diverticules vrais, sont très rares. Malformation et non lésion ils sont compatibles avec un fonctionnement physiologique parfait et peuvent ne s'accompagner d'aucun trouble. Ils peuvent comme un appendice normal s'enflammer, et l'appendicite en ce cas ne différera en rien d'une appendicite banale.

Ils sont caractérisés : 1° par la structure de leur paroi constituée par l'ensemble des tuniques intestinales normalement disposées : muqueuse avec glandes, sous-muqueuse avec muscularis mucosæ, couche musculaire circulaire et longitudinale, couche séreuse; 2° par leur siège localisé en un point quelconque de la paroi appendiculaire; 3° par leur silence clinique absolu qui peut faire place à des signes d'appendicites sans aucun caractère spécial.

De semblables diverticules sont excessivement rares; nous n'en avons pu réunir que trois exemples. Ceux de Jacquemet (cité dans la thèse de Lorillou), de Hedinger et de Sissojeff. Les deux premiers sont des trouvailles d'autopsie : « Le canal diverticulaire y est relié au canal appendiculaire par un étroit pertuis, et la muqueuse passe de l'appendice au diverticule sans autre démarcation qu'une coudure brusque. » Dans le cas de Jacquemet, un nodule du volume d'un pois, bourgeonnant sur le bord libre de l'appendice contenait deux diverticules muqueux accolés en canon de fusil. Dans le cas de Hedinger, « tout le tiers externe de l'appendice était semé de nombreuses bosselures constituées par des hernies diverticulaires de la paroi. La couche musculaire se prolongeait du reste à la surface de ces diverticules et ne présentait nulle part à leur base cette interruption brusque constatée d'ordinaire dans les diverticules acquis. »

Le cas de Sissojeff avec double diverticule muqueux et revêtement musculaire est indéniablement

congénital; mais l'inflammation surajoutée avait donné naissance à des kystes inflammatoires secondaires.

Diverticules inflammatoires par destruction pariétale. — *Diverticules cicatriciels ou par tractions et faux diverticules.* — Les diverticules inflammatoires par destruction pariétale sont les plus anciennement connus, ceux dont Letulle et Weinberg en 1897 fournissaient déjà une parfaite étude.

Ils peuvent se présenter à nous sous deux aspects anatomiques fort différents. Tantôt ils ne sont pourvus d'aucun revêtement muqueux et sont limités par un tissu de granulation banal, ce sont alors les faux diverticules. Tantôt ils sont tapissés par une muqueuse régulière et continue : ce sont les diverticules cicatriciels ou par traction. Un mécanisme pathogénique différent donnerait naissance à ces deux variétés.

Dans tous les cas un foyer inflammatoire localisé se développe sous la muqueuse intacte et détruit, sur un espace limité, la paroi musculaire. Mais ce foyer intrapariétal peut évoluer de deux façons opposées.

Dans un premier groupe de faits, il peut en rester au stade phlegmoneux, et, l'inflammation vaincue, présenter un processus d'organisation fibreuse qui diminue l'épaisseur de la paroi et la creuse au-dessous de la muqueuse incurvée en un diverticule plus ou moins profond. Il peut également en arriver au stade d'abcès; mais se résorber ensuite sans s'ouvrir, attirant au dehors la muqueuse pour combler la cavité abcédée, comme après l'opération d'Estlander se comble la cavité pleurale par attraction de la paroi thoracique.

De toute façon, à travers une perte de substance inflammatoire de la musculeuse, la muqueuse est attirée au contact de la séreuse par un travail de rétraction cicatricielle. Tel est le mécanisme qui donne naissance aux *diverticules cicatriciels* ou diverticules inflammatoires par traction.

Dans un second groupe de faits, le foyer abcédé s'ouvre dans la cavité appendiculaire. A travers une perte de substance de la muqueuse nous accédons alors dans un diverticule sans paroi propre qui représente l'ancienne cavité de l'abcès. Il n'y a plus aucun revêtement muqueux, et l'on ne saurait proprement parler de diverticules. Tel est l'aspect, tout au moins au début, des *faux diverticules* inflammatoires.

Plus tard, des éléments épithéliaux, produits de prolifération de la muqueuse appendiculaire, pourront envahir le faux diverticule et en tapisser la paroi d'une couche plus ou moins continue, comme s'épidermise une plaie cutanée à partir de ses bords. Ce revêtement secondaire diffère toujours de la muqueuse intestinale par l'aspect cubique de ses éléments et par l'absence de glandes.

Nous avons pu surprendre dans un cas ce processus de régénération en voie d'évolution. L'épithélium appendiculaire éversé dans la cavité diverticulaire proliférait par les bords de sa perte de substance où il présentait une régression syncythiale et envoyait sur les parois à recouvrir des masses plasmodiales étalées sous forme de cellules géantes.

Ces diverticules inflammatoires de la musculeuse sont caractérisés : 1° par leur formation à la suite de poussées appendiculaires; 2° par la largeur de la perte de substance à travers laquelle se hernient soit la muqueuse et sa muscularis, soit un simple rang de cellules cubiques produites par la prolifération épithéliale; 3° par la largeur du collet; 4° par leur siège en un point quelconque de l'appendice; 5° par des lésions de sclérose, présentant leur maximum d'intensité sous la muqueuse herniée, mais diffusées plus ou moins loin dans la paroi musculeuse, caractéristiques de l'inflammation causale et du processus de rétraction qui leur a donné naissance. (Von Brunn.)

Cette variété paraît être relativement fréquente, et les cas de Seelig, de Brunn, de Lejars et Ménétrier, de Potherat, de Péraire et Masson, de Simon, de Konyetsny, de Lorrain, de Krabbel en fournissent des exemples.

Le diverticule peut d'ailleurs être distendu par la sécrétion muqueuse de l'appendice oblitéré par un processus quelconque, et c'est à ce point de vue que les diverticules touchent aux kystes de l'appendice.

Diverticules par hypertension appendiculaire. — L'oblitération de l'appendice et sa transformation kystique est une éventualité assez fréquente. Lejars la rapproche de l'hydrosalpinx et en fait une forme d'enkystement, un processus de guérison de l'appendicite; pour Lecène, l'hydroappendice pourrait être aseptique. Quels qu'en soient le mécanisme et la valeur évolutive elle aboutit à la formation d'une poche liquide sous tension.

La pression intraappendiculaire ainsi accrue va s'exercer sur la muqueuse qui, plaquée contre la musculeuse inégalement résistante, tendra à se hernier à travers les points faibles.

Tout affaiblissement local de cette musculeuse sous des influences inflammatoires par exemple, avec foyers plus ou moins circonscrits, créera un lieu de moindre résistance par où s'échappera une véritable *hernie de force* de la muqueuse.

Toute la paroi appendiculaire, d'ailleurs, est ordinairement modifiée dans sa structure autour de semblables kystes par rétention : presque entièrement scléreuse, avec disparition de la couche musculeuse, elle est dans son ensemble moins résistante et elle se laissera distendre aux points les plus faibles, comme se forment ces bosselures que l'on observe en gonflant des pneumatiques usés.

Sous l'influence de l'hypertension endocavitaire, il se forme, comme le dit Lecène, de véritables petits anévrismes de la paroi appendiculaire.

Ces diverticules des hydroappendices sont caractérisés : 1° cliniquement, par l'existence de symptômes traduisant l'oblitération de l'appendice; 2° anatomiquement, par l'existence des kystes appendiculaires, appendice et diverticule communiquent et sont distendus par le même liquide clair sous tension; 3° par leur siège en un point quelconque, mais de préférence dans le méso, les fentes d'arrivée des vaisseaux créant des points faibles de la musculature; 4° par les lésions de la muqueuse qui, comprimée et distendue, peut avoir disparu plus entiè-

rement, soit dans l'appendice, soit dans le diverticule; 5° par les dimensions variables du collet diverticulaire suivant la nature des lésions pariétales qui lui ont ouvert la voie.

Kelynak a fourni la description d'un appendice kystique qui présentait des diverticules compris entre les deux feuillets du méso et communiquant avec la lumière centrale par des orifices nets. Kauffmann a décrit des formes semblables. Dans un cas de Ribbert, l'appendice kystique était dépouillé de muqueuse, tandis que le diverticule était tapissé par un épithélium cylindrique. Elbe (de Rostock), examinant 150 hydroappendices dont le volume variait de celui du pouce à celui du poing, trouva 22 fois des diverticules plus ou moins développés, atteignant parfois des dimensions assez importantes pour donner l'impression d'appendices doubles. Dans les deux cas de Lecène qui s'étaient accompagnés de symptômes graves, les diverticules étaient nombreux et donnaient à l'organe un aspect bosselé, « en cornichon », le contenu du kyste était stérile.

Diverticules acquis non inflammatoires. Diverticules physiologiques. — Ils furent signalés pour la première fois par Mertens; Lejars a écrit, en faveur de leur individualité pathogénique, un éloquent plaidoyer :

« On ne voit pas pourquoi, dit-il, on devrait se refuser à reconnaître, pour les diverticules de l'appendice, un mode originel qui s'applique, de l'aveu général, à la plupart des diverticules coliques. Je veux parler des hernies de muqueuse qui se produisent au niveau des fentes vasculaires, des déhiscences de la tunique musculaire correspondant à l'émergence des vaisseaux sur le bord adhérent et figurant autant de loci minoris resistentiæ, d'orifices préformés. »

Ces ouvertures peuvent être agrandies dans certains états de congestion vasculaire active ou passive. Ils restent béants lorsque, après un temps plus ou moins long, le vaisseau revient sur lui-même. Ces alternatives de réplétion et de vacuité exerceraient sur la muqueuse une sorte d'aspiration. Certaines brides mésoappendiculaires, certains tiraillements exercés par le méso pourraient également attirer la muqueuse. C'est là une conception purement théorique. Plus probable est le rôle de la surcharge graisseuse qui jouerait ici, vis-à-vis de la muqueuse, le même rôle que dans les hernies abdominales vis-à-vis du péritoine.

Il s'agit vraiment de hernies de la muqueuse, mais tandis que les diverticules par rétention nous mettaient en présence de vraies hernies de force, les diverticules physiologiques sont des hernies de faiblesse produites à travers des orifices préformés.

Il ne faudrait point croire cependant que la tension intraappendiculaire soit sans action sur la production de ces diverticules; la muqueuse s'engagera d'autant mieux dans une fente vasculaire qu'elle y sera plus énergiquement poussée par l'hypertension centrale. L'hypersécrétion glandulaire, à elle seule, ne saurait intervenir; mais qu'un gonflement muqueux ou une coudure quelconque réalisent une occlusion de l'appendice, temporaire ou définitive, partielle ou totale; et le contenu se mettant en tension forcera sur le diverticule naissant et le développera.

Nous touchons ici aux diverticules inflammatoires, et, de fait, les fentes vasculaires, comme le dit Sissojeff, « sont des portes qui ouvrent à la muqueuse et à la sous-muqueuse la voie de l'extérieur ». A travers ces portes ouvertes, la muqueuse peut, peut-être, s'engager d'elle-même comme le soutient Lejars, mais il est encore plus certain qu'elles seront forcées par toutes les rétentions inflammatoires ou autres. Et, de fait, nous l'avons vu, dans les hydroappendices, c'est fréquemment par leur canal que s'échappent les diverticules.

Quoi qu'il en soit, physiologiquement ou sous une influence pathologique quelconque, une évagination d'abord imperceptible de la muqueuse, un diverticule microscopique formé dans une fente vasculaire se développe. Il s'accroît, repoussant autour de lui la musculature à travers laquelle il a pris naissance et qui l'étrangle au collet, tandis qu'il se renfle par son fond libre. Les muscles refoulés autour de son orifice rétréci y forment parfois un bourrelet qui l'enserre comme un véritable sphincter.

Les caractéristiques de ces diverticules sont : 1° cliniquement, leur formation possible en dehors de tout état pathologique et de tous signes appendiculaires; 2° l'étroitesse de leur collet, punctiforme, fréquemment entouré d'un épaississement musculaire; 3° leur siège constant au niveau du bord adhérent de l'appendice, entre les deux feuillets du méso là où les vaisseaux perforent les parois musculaires; 4° leur localisation d'élection serait vers la pointe de l'organe; 5° leur structure : constitués par une hernie de la muqueuse, ils n'ont pas de paroi musculaire mais possèdent toujours, au-dessous de la séreuse, une sous-muqueuse avec muscularis mucosæ et une muqueuse intacte, d'aspect normal, avec son épithélium typique et ses glandes.

Winteller rapporte deux cas de semblables diverticules. Mertens, au cours de 106 autopsies, en a observé deux autres : dans l'un, il existait un diverticule unique siégeant à la pointe de l'appendice; dans l'autre, il existait trois petites hernies muqueuses entre les deux feuillets du méso. Mundt, Aschoff ont observé des faits du même ordre. D'après Lorillou, Hansemann, en 1904, on aurait signalé 11 cas que nous n'avons pas pu retrouver, l'article du *Virchow Archiv* (Bd CXLIV, heft 3) ne parlant que de diverticules intestinaux. Konietzny, en 1909, trouve en examinant 1.000 appendices deux exemples discutables de diverticules physiologiques; les diverticules au nombre de trois étaient du volume d'une noisette localisée dans le méso; une muqueuse intacte les tapissait avec glandes de Lieberkuhn et muscularis mucosae; mais l'appendice donnait macroscopiquement l'aspect d'un organe gonflé, hydropique; sa lumière était régulièrement dilatée, avec au contraire atrésie dans sa portion juxtacæcale. Malgré l'avis de l'auteur lui-même, on doit peut-être rattacher ces cas aux diverticules par hydropisie appendiculaire; mais, nous l'avons vu, les deux variétés sont fort voisines. Dans les cas de Gottstein, les diverticules étaient également multiples.

Le cas de Zondeck serait un exemple de diverticule physiologique secondairement enflammé et ouvert dans un abcès du méso. Dans l'observation de Lejars, un diverticule long de 1 centimètre et demi s'était de même enflammé et ouvert dans le méso-appendice. Dans un cas nous avons vu également l'inflammation de l'appendice débuter par un diverticule semblable avec lésions ulcéreuses mais non perforantes de ses parois.

Le fait que ces diverticules physiologiques peuvent s'enflammer ne les rapproche nullement des diverticules inflammatoires. Ils ont, nous l'avons vu, des caractères morphologiques spéciaux; et, comme le dit Lejars, « par leur origine, leurs caractères et leurs aptitudes pathologiques, ils rappellent absolument ceux du gros intestin, de l'anse sigmoïde ».

Il est intéressant de remarquer que, ne siégeant jamais sur le bord libre de l'appendice, leurs collections inflammatoires ne pourront jamais s'ouvrir directement dans le péritoine. Ils ne pourront inoculer que le méso et donneront des abcès sous-séreux. La mésoappendicite suppurée est la conséquence très spéciale de semblables diverticules enflammés.

BIBLIOGRAPHIE

ASCHOFF. *Die Wurmforsatzentzundung*, Iéna 1908.

BÉRARD et VIGNARD. *Province méd.*, 12 avril 1913.

BRUNN. Ueber Divertikelbildungen bei App., *Bruns'Beitr.*, 1905, Bd XLVI.

CARTHY (Mac) et GRATH (Mac). *Surg. gyn. and obst.*, 3 mai 1911.

ELBE. Cité in *Semaine méd.*, 1909, p. 561.

GRYNFELTT et CHAUVIN. *Soc. des sc. méd. de Montpellier*, 21 nov. 1919.

GOTTSTEIN. *Soc. de chir. de Breslau*, 1911, in *Zentralbl. f. Chir.*

JACQUEMET. In Thèse Lorillou.

KONIETZNY. Wurmfosatzdivertikel Path. und Klin., *Münch. med. Woch.*, 1909.

KRABBEL. Divertikelbildung bei App., *Beitr. zur klin. Chir.*, 1912, Bd LXXX.

LECÈNE. Deux cas de diverticules appendiculaires, *Soc. anat.*, 19 mai 1911.

KAUFFMANN. *Lehrb. d. spez. path. Anat.*, 1907.

LEJARS. Les diverticules de l'appendice, *Semaine méd.*, 1911.

LEJARS et MÉNÉTRIER. *Revue de chir.*, oct. 1904.

LETULLE et WEINBERG. *Arch. des sc. méd.*, 1897, p. 360.

LORILLOU. Diverticules de l'appendice, *Th. de Lyon*, 1912-1913, n° 103.

LORRAIN. *Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, nov. 1907.

MALATESTA. *Policlinico*, 1908.

MERTENS. Falsche divertikel des proc. vermic., *Mittellungen aus den Grensg. Med. und Chir.*, 1902, Bd VIII.

MUNDT. Ueber veranderungen der muskelvand der Wurmforsatzes, *Festschrifft. f. Orth.*, 1903.

PERAIRE et MASSON. Appendice à deux cavités, *Soc. anat.*, 17 fév. 1911.

POTHERAT. *Bull. de la Soc. de chir.*, 23 nov. 1910, p. 1143.

RIBBERT. Contribution à l'anatomie normale et pathologique de l'appendice, *Virchow's Arch.*, Bd CXXXII, Hft 1.

SEELIG. Faux diverticules de l'appendice, *Ann. of surg.*, 1906.

SIMON. *Soc. de chir. de Breslau*, 1911, in *Zentralbl. f. Chir.*, 1911.

SISSOJEFF. Kystes multiples de l'appendice, *Virchow's Arch.*, 1911, p. 42.

SCHWEIZER. Diverticules de l'appendice, *Virchow's Arch.*, Bd LXXV.

WALTHER. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1899, p. 291.

WINTELER. Zur path. Anat. d. Wurmfortsatzes, *Thèse*, 1909.

ACTUALITÉS

LES VIRUS FILTRANTS

Depuis la dernière épidémie de grippe, les virus filtrants ont acquis une véritable notoriété. Certains d'ailleurs les soupçonnent d'être une invention commode, mais d'autres y voient la cause d'un grand nombre d'infections. En fait, cette question est plus complexe qu'elle n'en a l'air et soulève des problèmes délicats au point de vue de la biologie et de la pathologie générale. A cause de cela, peut-être trouvera-t-on opportun que j'en dise ici quelques mots.

* * *

L'existence de microbes invisibles a été soupçonnée dès que l'on eut constaté que les germes de certaines maladies infectieuses demeuraient introuvables, mais elle resta hypothétique jusqu'aux travaux de LŒFFLER et FROSCH sur la fièvre aphteuse, et de NOCARD et ROUX sur la péripneumonie des bovidés, qui établirent que les agents de ces infections passent à travers les filtres et ne sont pas décelables au microscope.

1° Tout d'abord, il convient de déterminer la densité et la finesse des filtres dont on use. Les bougies de BERKEFELD et de KITASATO à la terre d'infusoires et celles de GARROS à la poudre d'amiante agglomérée sont plus perméables que les bougies de porcelaine de CHAMBERLAND, et encore, parmi ces dernières, les bougies F sont-elles plus perméables que les bougies B, lesquelles ne paraissent laisser passer aucun microbe, sauf peut-être celui de la *horse sickness*. Il faut, en outre, vérifier le filtre et s'assurer qu'il n'a ni tare ni fissure. Dans ce but, LŒFFLER ajoutait au liquide à filtrer une bactérie très ténue, le *bacillus fluorescens*, qui n'est arrêtée que par les filtres intacts et à porosité très étroite. On doit aussi tenir compte de la pression, de la vitesse d'écoulement et par conséquent de la viscosité et de la température, attendu que, sous ces influences, certains microbes peuvent être entraînés à travers les bougies. A remarquer, du reste, que la mobilité des virus filtrants est probable, mais non certaine, car les très petits microbes mobiles qui passent à travers les bougies peuvent devenir visibles, tandis qu'il ne semble pas en être ainsi des vrais virus filtrants. Toutes les précautions nécessaires prises, si le filtrat, inoculé aux animaux (ou à l'homme) qui sont atteints spontanément de la maladie dont on recherche la cause, donne lieu effectivement à la maladie avec ses lésions anatomiques et ses caractères cliniques essentiels, c'est que ce filtrat renferme la cause animée, l'agent vivant de l'infection.

2° Mais, dans ce filtrat, pas plus que dans les lésions, le sang ou les humeurs du sujet malade, cet

agent n'est visible aux plus forts grossissements du microscope, du moins n'apparaît-il qu'exceptionnellement et d'une manière incertaine, comme les corpuscules de NEGRI ou les granulations vaccinales aperçues par M. H. VINCENT et par M. BORREL. Cette invisibilité est-elle absolue? Ne tient-elle pas surtout à ce que nous ignorons encore les colorants spécifiques de ces microorganismes? Le tréponème de la syphilis est demeuré invisible jusqu'au moment où SCHAUDINN a découvert le colorant qui permet de l'apercevoir. VOLPINO a, en effet, réussi, paraît-il, à colorer les corps rabiques avec des couleurs d'aniline spéciales. De ce côté donc le problème reste en suspens.

3° Mais il y a une objection beaucoup plus grave. Admettre que les virus filtrants sont réellement invisibles au microscope, c'est reconnaître que leur plus grande dimension n'atteint pas 2/10 de millième de millimètre, limite de la visibilité aux plus forts grossissements actuellement pratiqués. Mais si on ne peut pas les voir au microscope, les aperçoit-on du moins à l'ultramicroscope? Il semble qu'il n'en soit rien, exception faite cependant pour l'agent de la péripneumonie, celui de la polynévrite aiguë infectieuse et celui de la fièvre des tranchées, d'après Rose BRADFORD, BASHFORD et WILSON (1). Pour la rougeole et la scarlatine, les expériences, en tout cas, ont été jusqu'ici négatives. Cela conduit fort loin si l'on se rappelle que ce n'est qu'au-dessous de 6 millionièmes de millimètre que les microbes ou molécules deviennent invisibles à l'ultramicroscope. C'est pourquoi les plus volumineuses molécules de protéine, comme celles de l'hémoglobine (2,5 $\mu\mu$) ne donnent aucune scintillation perceptible. Dès lors il faudrait supposer que les virus filtrants se réduisent à des dimensions moléculaires, dimensions dans lesquelles il est, quant à présent, difficile de situer les propriétés essentielles de l'être vivant. On se trouve ainsi ramené aux microzymas de BÉCHAMP, encore l'auteur prétendait-il pouvoir découvrir ces petits organites élémentaires dans les granulations cellulaires. Nous en arrivons par là à nous demander si les virus filtrants sont bien des êtres organisés, vivants, ou seulement des granulations diastasiques. Certains faits — le peu de résistance des microbes invisibles à la chaleur puisque la plupart sont détruits à 55° C. en quelques minutes, la filtration et l'invisibilité à l'ultramicroscope, etc. — tendraient à faire accepter cette interprétation si la transmission par inoculation ou contact direct, et, pour plusieurs, la possibilité de culture ne créaient, à cette manière de voir, des difficultés que nous sommes, pour le moment, incapables de résoudre convenablement.

4° Etres vivants, à quel groupe organisé doivent être rattachés les virus filtrants? La plupart des auteurs les rangent, jusqu'à plus ample informé, parmi les bactéries voisines des micrococques, mais CAULLERY et MESNIL protestent, du moins en ce qui concerne le virus de la fièvre jaune, lequel, en raison de son passage obligé par les stégomyes, doit plutôt être considéré comme un protozoaire. Il en serait de même du virus de la fièvre des tranchées si, comme le soutient TILESTON (1), le pou est l'agent de son transport.

(1) Rose BRADFORD, BASHFORD et WILSON. *The Lancet*, 1er fév. 1919.

*
* *

Ayant mentionné les points qui demeurent obscurs dans l'histoire des virus filtrants (expression préférable à celle des microbes invisibles), il n'y a plus qu'à rappeler la liste des maladies dont ils sont la cause. Cette liste est déjà longue et elle s'accroît tous les jours, bien que sujette à revision.

Les maladies à virus filtrants s'observent, en effet, chez l'homme et les animaux et même chez les végétaux (mosaïque du tabac, par exemple). Chez les animaux, il convient de mentionner la fièvre aphteuse, la peste aviaire, la peste bovine, la clavelée et la fièvre catarrale du mouton, le molluscum des oiseaux, la septicémie des merles, l'anémie pernicieuse du cheval, la maladie des jeunes chiens, etc. On doit faire une réserve en ce qui concerne la péripneumonie des bovidés, puisque, comme on l'a vu, l'agent causal est à la limite de visibilité et a pu être cultivé sur milieu spécial.

Parmi les maladies de l'homme, citons : la fièvre jaune, car, d'après REED, CARROLL et AGRAMONTE, le sang filtré d'individus atteints donne par inoculation la maladie, résultats confirmés par MM. MARCHOUX et SALEMBENI; la dengue et la fièvre à papataci, d'après DOERR et FRANZ et d'après BIRT; la rougeole, d'après ANDERSON et GOLDBERGER; la variole et le virus vaccinal, d'après CASAGRANDI et M. REMLINGER, manière de voir contestée par MM. WURTZ et CAMUS qui observent qu'une grande partie des éléments morbifiques reste sur le filtre, et par les expériences de M. H. VINCENT et de M. BORREL sur les granulations vaccinales; la scarlatine, d'après BERNHARD; la coqueluche, les oreillons, la fièvre aphteuse, la rage, d'après BERTARELLI et VOLPINO, CELLI, M. REMLINGER, mais il reste à élucider la nature et les propriétés des corps de NEGRI; le microbe bactériophage de l'Eberth, d'après M. D'HÉRELLE; la grippe, d'après MM. NICOLLE et LEBAILLY, opinion soutenue par d'autres auteurs, mais par ailleurs souvent combattue, malgré l'autoexpérience de M. DUJARIC DE LARIVIÈRE; en effet, GIBSON, F. B. BOWMANN et CONNOR (2) ont réussi à cultiver, par la méthode de NOGUSHI, des micrococques de 2 μ (?) de diamètre provenant d'expectorations filtrées, et à déterminer, par inoculation chez les singes, des accidents et des lésions semblables à ceux de la grippe humaine. Il y a de même à faire des réserves, ainsi qu'on l'a vu, relativement à d'autres microorganismes filtrants, ceux de la polynévrite aiguë infectieuse, de la néphrite hémorragique et de la fièvre des tranchées, car ces virus, qui ont pu être isolés par Rose BRADFORD et ses collaborateurs, se présentent sous forme de micrococques ou de diplocoques minuscules, parfois en courtes chaînettes, sont anaérobies et prennent le gram; ils filtrent ordinairement à travers le Berkefeld et ont des dimensions qui varient entre

(1) TILESTON. *The Journ. of amer. med. Assoc.*, 8 fév. 1919.

(2) GIBSON, F. B. BOWMANN et CONNOR. *The Brit. med. Journ.*, 22 mars 1919.

3/10 et 5/10 de μ. Ils sont donc en deçà de la limite de visibilité. Ces types, en quelque sorte intermédiaires et que le perfectionnement des procédés d'exploration permet d'apercevoir, laissent espérer que la plupart des virus filtrants deviendront bientôt visibles et isolables, ce qui facilitera la recherche des moyens de combat contre les infections qu'ils déterminent.

J. LAUMONIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 4 FÉVRIER 1920)

Amputations économiques du pied à lambeau plantaire interne ou externe. — M. SAVARIAUD rapporte sa pratique d'amputations atypiques du pied qu'il préfère aux opérations classiques, Lisfranc, Chopart, etc., que l'on a très rarement l'occasion de pratiquer, n'ayant presque jamais assez de parties molles pour tailler le lambeau.

Il rapporte quatre observations de ces amputations économiques ayant donné d'excellents résultats.

A propos du traitement du mal de Pott par l'opération d'Albee. — M. DUJARIER, à propos de la récente communication de M. Tuffier, apporte à la Société de chirurgie une observation d'opération d'Albee un peu modifiée. Il a pratiqué cette intervention en prélevant sur le tibia un greffon malléable ostéopériostique qu'il a appliqué ensuite sur les lames vertébrales en se contentant de les ruginer, au lieu de les fendre comme le recommande Albee.

Il remit sa malade au lit sans l'immobiliser.

Actuellement elle va aussi bien que possible ; si on palpe sa région lombaire, on sent au niveau de la troisième lombaire à la première sacrée une masse osseuse qui semble rigide ; il n'y a plus aucune douleur, l'état général est très bon.

M. DELBET, après une opération d'Albee, a eu à déplorer un cas de mort survenu au sixième jour de l'opération, sans qu'on sache exactement à quoi attribuer la mort.

A propos de la contagion cancéreuse. — M. MAUCLAIRE fait un rapport sur une observation de M. GIROU. L'auteur a observé un cas de cancer de la verge chez un homme à qui il pratiqua l'amputation de la verge ; deux mois après, la femme de ce malade présentait un cancer du vagin. A ce propos l'auteur pose cette question : le cancer est-il contagieux ?

Le rapporteur reprend l'étude de la question du cancer conjugal déjà étudiée depuis longtemps par bien des auteurs. Il envisage également les cas de contagion directe possible pour les chirurgiens qui se blessent en opérant des cancéreux.

La question ne semble pas près d'être résolue.

Il n'y a pas eu, dans l'observation de M. Girou, d'examen histologique pratiqué.

M. HARTMANN regrette l'absence d'examen histologique, car on ne peut savoir s'il s'agit de contagion ou de greffe cancéreuse, ce qui est tout à fait différent.

M. POTHERAT ne croit pas à la contagion, se basant sur le très grand nombre de cancers utérins, et l'extrême rareté des cancers de la verge.

A propos de l'utilisation des moignons d'amputation. — M. TUFFIER fait un rapport sur un important travail de M. BUTTI (de Bologne), à propos de l'utilisation des mouvements de rotation de l'avant-bras et de la phalangination du radius et du cubitus après amputation de l'avant-bras. L'auteur a eu des résultats satisfaisants que M. Tuffier a pu observer.

Il étudie les conditions dans lesquelles il faut opérer ; il faut combattre l'immobilisation en pronation et se méfier des synostoses radio-cubitales qui sont un empêchement à l'utilisation.

L'auteur fend l'avant-bras, entre les deux os, d'arrière en avant ; il est difficile de recouvrir la commissure de peau ; il faut bien engainer les os de façon à avoir un petit moignon cubital et un petit moignon radial ; on a ainsi une longue pince servant à la préhension et pouvant rendre aux mutilés des services très réels.

A propos de la vaccinothérapie. — M. DELBET revient sur les avantages de son vaccin à propos de la communication précédente de M. Robineau.

Il a, à l'heure actuelle, employé son vaccin, qu'il utilise depuis 1913, dans un très grand nombre de cas ; il est très heureux que d'autres auteurs aient essayé sa méthode, tendant à sa diffusion, car il en obtient les meilleurs résultats. C'est en 1913 qu'il a eu l'idée d'associer la vaccination pastorienne à sa méthode, et en définitive, c'est à cette association qu'il s'en tient : injection de microbes atténués par le vieillissement par la méthode de Pasteur, puis tués par la chaleur suivant la méthode moderne.

Son vaccin comprend l'association du streptocoque, du staphylocoque et du pyocyanique ; il injecte des quantités énormes de microbes, en général 15 milliards dès la première injection. Il n'a jamais, à la suite de ces injections, observé la variation négative de Wright.

Il a été dans un cas semblant désespéré jusqu'à injecter 29 milliards de microbes ; le malade a guéri.

Les réactions après l'injection sont souvent intenses ; la température monte jusqu'à 40 degrés, 41 degrés. On constate des rougeurs qui rappellent celles de l'érysipèle ; il y a parfois un peu d'excitation cérébrale. On fait une série de trois injections à trois jours d'intervalle, et les résultats sont réellement encourageants. Depuis six ans, l'auteur n'a pas opéré un anthrax ; il a appliqué sa méthode aux érysipèles, aux adénites, à l'ostéomyélite, aux salpingites aiguës.

M. MICHON a employé le vaccin de M. Delbet ; il apporte une autoobservation.

M. Louis BAZY a soigné un grand nombre de staphylococcies et il indique le résultat de son expérience ; pour lui, pour arriver à de bons résultats, il faut rechercher une action spécifique que l'on ne peut obtenir que par l'autovaccination. A son avis, il faut réserver le stock-vaccin à la cure des injections et employer l'autovaccin à titre préventif. Il ne faut pas non plus négliger l'action locale, chirurgicale et le traitement soigné de la plaie.

M. DUJARIER n'a pas encore employé le vaccin, mais après excision d'énormes anthrax, il a vu cesser les douleurs très rapidement.

Dix colpectomies totales pour grands prolapsus génitaux. — M. DESMARETS fait une lecture.

Présentation de malades. — M. VERGER présente une tumeur du creux poplité chez un homme.

M. DUJARIER présente la malade dont il a rapporté l'observation, opérée par la méthode d'Albee.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 23 JANVIER 1920)

Invagination intestinale. — MM. CATHALA et ANTONIN.

Atrophie musculaire myélopathique. — MM. RIMBAUD et PUECH présentent un vigoureux tirailleur algérien de vingt et un ans chez lequel évolue depuis quelques mois une atrophie musculaire massive, globale, de tout le membre supérieur gauche.

Les muscles de l'épisome chez les batraciens et les autosauriens. — M. Henri-V. VALLOIS.

Caractérisation du sang par l'obtention du dérivé stanneux de l'hématoporphyrine. — M. PORTES.

L'évidement systématique du moignon cervical dans l'hystérectomie subtotale. — M. DE ROUVILLE.

CHRONIQUE

LES PERSÉCUTIONS CONTRE LES MÉDECINS ARMÉNIENS PENDANT LA GUERRE GÉNÉRALE EN TURQUIE

Sous ce titre, l'Union des médecins arméniens vient de publier(1) une émouvante brochure « à la mémoire » des médecins, pharmaciens, dentistes et étudiants arméniens victimes du devoir et des atrocités turques.

Pendant près de cinq ans une grande partie du monde et la Turquie, en particulier, ont été le théâtre de scènes inouïes de boucherie et de dévastation. Si, en Europe, on a pu dresser le bilan approximatif des crimes et des destructions, il n'en a pas été de même encore en Turquie où un ouragan de sauvagerie a fauché, en Arménie notamment, une importante partie de la population.

De tout temps, certes, les Turcs ont persécuté et massacré les chrétiens de l'Empire et plus particulièrement les Arméniens, mais depuis 1914 c'est l'extermination méthodique de la race arménienne qui semble avoir été le but poursuivi. Les Turcs ont déployé dans leurs crimes un tel acharnement que M. Henri Morgenthau, ancien ambassadeur des Etats-Unis à Constantinople, l'un des hommes qui connaît le mieux la Turquie et les hommes du Comité Union et Progrès, a pu écrire : « Les faits relatés dans les rapports reçus par l'ambassade et qui ont été racontés par des témoins oculaires dépassent les plus bestiales et les plus diaboliques cruautés perpétuées ou imaginées dans l'histoire du monde. »

Au milieu du formidable réquisitoire dressé par l'Union des médecins arméniens, nous relevons un fait particulièrement odieux : c'est la participation des représentants du corps médical turc à l'extermination de la race arménienne!

Les victimes furent nombreuses parmi les médecins arméniens, car au massacre par les armes les Turcs ajoutèrent le meurtre par l'épidémie en exposant volontairement leurs victimes à la contagion du typhus. On est loin d'avoir pu les identifier toutes, voici, cependant, les chiffres qui ont été relevés jusqu'ici par l'Union des médecins arméniens :

Médecins arméniens massacrés et tués : 67.

Médecins arméniens morts du typhus exanthématique : 52.

Pharmaciens arméniens massacrés ou tués : 54.

Pharmaciens arméniens morts du typhus exanthématique ou d'autres maladies : 19.

Dentistes arméniens massacrés ou tués : 16.

Dentistes arméniens morts de typhus ou d'autres maladies : 4.

Etudiants en médecine massacrés, tués ou morts de maladie : 15.

A ces victimes connues, il faut ajouter les médecins grecs qui ont fourni de nombreuses victimes, eux aussi. En outre, un grand nombre de médecins arméniens ont été emmenés avec leurs familles vers les déserts brûlants de l'Arabie où ils ont dû périr tragiquement comme tant de leurs autres compatriotes.

Que dire, enfin, de ceux qui, mobilisés dans l'armée turque, après avoir subi pendant quatre ans le régime de fer qui leur était réservé, sont rentrés chez eux où ils n'ont plus trouvé « qu'un désert ou plutôt un immense cimetière renfermant les restes des êtres chers qu'ils avaient laissés au moment de leur départ et qu'ils espéraient revoir... Telle fut la récompense que le gouvernement de l'Union et Progrès réservait aux sujets chrétiens de l'Empire qui avaient sacrifié tout pour leur cause injuste. »

L. G.

(1) Constantinople, 1919.

JURISPRUDENCE

LE MÉDECIN ET LA LOI DU 31 MARS 1919 SUR LES PENSIONS DE LA GUERRE

LES DÉCRETS DES 4 ET 26 SEPTEMBRE 1919 (1)

II

Nous abordons maintenant l'examen du décret du 26 septembre 1919. On sait qu'aux termes de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, l'Etat doit à tous les soldats pensionnés, leur vie durant, les soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques nécessités par leurs infirmités.

Dans sa circulaire du 15 octobre dernier, le ministre de l'Intérieur écrivait :

« Le fondement du droit à la gratuité des soins pour l'ancien militaire réformé ne se rattache pas à une idée d'assistance. Il est faux de parler à son égard d'assistance médicale.

On assiste des malheureux qui n'ont pas le moyen de faire face eux-mêmes à certains maux dont ils sont frappés; on assiste des nécessiteux, parce que, en dehors de toute question d'humanité, l'Etat n'a pas d'intérêt, au point de vue de l'ordre public, à les laisser sombrer dans leur misère. On les assiste surtout parce que la solidarité sociale est la base même de toute démocratie.

Mais ici, l'Etat n'assiste pas, il répare. Les ressources de chacun ne sont pas mises en cause; qu'elles soient considérables, qu'elles soient nulles, la gratuité des soins est assurée. Un militaire a été blessé ou est tombé malade au service du pays, il est juste que le pays prenne à sa charge les frais nécessités par cette blessure ou par cette maladie. C'est une dette de la nation.

Le militaire, victime de la guerre, a droit à sa restauration physique, à la réparation aussi intégrale que possible du dommage qui lui a été causé, c'est un droit sacré, imprescriptible et impérieux, dont peuvent se réclamer tous ceux dont les sacrifices ont aidé à sauver la France. C'est un droit qui a comme corollaire le devoir de réparation, à la charge de l'Etat, au service de qui le dommage a été subi.

Ce devoir incombe intégralement à l'Etat, sans que la charge puisse en être répartie entre lui et les autres collectivités administratives; c'est un devoir national. Quoi d'ailleurs de plus juste? En décider autrement serait aggraver les inégalités inévitables qu'a causées l'état de guerre. Telle commune a plus souffert que telle autre; elle a plus de morts au champ d'honneur, plus de mutilés, plus de réformés; il serait choquant de laisser s'appesantir plus durement le poids de la guerre sur les populations déjà plus éprouvées.

Dans l'accomplissement de son devoir de réparation, les municipalités sont les auxiliaires directs de l'Etat, il est essentiel qu'elles se montrent larges et généreuses quand il s'agit de blessures ou de maladies contractées ou aggravées pendant le passage sous les drapeaux, il est essentiel qu'elles soient en principe disposées très favorablement à accueillir les demandes de ceux qui, au service du pays, se sont usés ou diminués physiquement et qui, redevenus citoyens, veulent, avec raison, que la France se penche vers eux pour soigner leurs plaies ou apaiser leurs souffrances. »

Pour recevoir les soins gratuits, tout bénéficiaire de la loi du 31 mars 1919 doit demander à la mairie de la commune où il réside à être inscrit sur une liste spéciale. Il doit déclarer qu'il n'a pas demandé à les recevoir d'une société prévue par la loi. La liste spéciale est divisée en deux parties : liste permanente et liste provisoire. Selon le cas, le bénéficiaire est inscrit sur une de ces listes. Il est délivré à chaque intéressé un récépissé indiquant la section de la liste permanente ou provisoire dans laquelle il a demandé à être inscrit. Des tracts, indiquant les formalités à remplir sont

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 12, p. 187.

prévus d'ailleurs (circulaire, 15 octobre 1919). On se montrera très large dans l'admission des candidats. Des soins donnés généreusement permettront de guérir la maladie et la blessure, et il peut en résulter une diminution des demandes de pension (circul. 8 août et 15 octobre 1919).

Le maire délivre à l'intéressé inscrit sur la liste spéciale un carnet contenant des billets de visite destinés au médecin traitant.

Si le médecin estime que les accidents ou complications pour lesquels ses soins sont réclamés résultent de la blessure ou de la maladie qui a donné lieu à pension, il en fait la déclaration. Il rappelle en même temps la nature de cette blessure ou de cette maladie et spécifie l'affection dont est actuellement atteint le malade.

Cette déclaration est envoyée par lui au préfet sous pli fermé et en franchise (art. 18).

Sur le vu de la déclaration prévue à l'article précédent, le préfet peut déléguer un médecin pour effectuer une vérification.

Si, à la suite de cette vérification, le préfet est d'avis que les frais de la maladie ne doivent pas être supportés par l'Etat, il en avise le médecin traitant et saisit le tribunal départemental des pensions qui statue (art. 14).

Si le malade est atteint d'une affection qui ne peut être utilement soignée à domicile, le médecin rédige un certificat par lequel, en se référant à la déclaration prévue à l'article 13, il indique les raisons qui nécessitent l'entrée à l'hôpital (art. 15).

Si l'état du malade n'exige pas son hospitalisation immédiate, le médecin envoie directement au préfet, sous pli fermé et en franchise, le certificat rédigé en application de l'article 15 (art. 16).

Si l'entrée à l'hôpital doit être immédiate, le médecin le spécifie, dans son certificat qu'il envoie au maire. Le maire prononce l'admission d'urgence et avise dans les vingt-quatre heures le préfet en lui adressant le certificat après l'avoir visé et y avoir apposé le cachet de la mairie (art. 17).

Si le préfet estime que les dispositions de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 ne sont pas applicables, il invite le maire à rechercher si le malade est en situation de bénéficier de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite ou si les frais de l'hospitalisation doivent être supportés par ce dernier. L'inscription sur la liste spéciale n'exclut pas, en effet, l'inscription, s'il y a lieu, sur la liste d'assistance médicale, prévue par la loi du 15 juillet 1893 (art. 2 et 18). Si les frais incombent au malade celui-ci peut, dans les quinze jours de la notification à lui faite, se pourvoir devant le tribunal des pensions qui statuera.

Les soins médicaux et pharmaceutiques sont donnés dans les mêmes conditions que pour l'assistance médicale gratuite; mais les blessés ou malades gardent par devers eux le carnet contenant des billets de visite destinés à être remis aux médecins traitants. Le médecin doit spécifier que les accidents ou complications pour lesquels ses soins sont réclamés résultent bien de la blessure et de la maladie qui a donné lieu à pension.

Les dépenses d'hospitalisation sont réglées dans les mêmes conditions que celles des bénéficiaires de la loi du 15 juillet 1893.

Les médecins et les pharmaciens doivent, après les avoir classés par malade, transmettre respectivement au préfet, avant le 15 avril, pour le premier trimestre, et avant l'échéance de la quinzaine qui suit l'expiration de chacun des trimestres suivants, les billets de visite et les ordonnances afférentes au trimestre écoulé.

Ces billets de visite et ces ordonnances sont réunis pour chaque malade dans un dossier unique à la préfecture.

Les délais prévus au premier paragraphe du présent article sont également impartis aux établissements hospitaliers pour adresser à la préfecture le montant de leurs frais.

Les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques, ainsi que les dépenses d'hospitalisation, sont remboursés par l'Etat, sous réserve du contrôle adopté dans le département pour l'assistance médicale gratuite (art. 19).

A côté de cette organisation calquée sur celle de la loi de 1893, le règlement d'administration publique prévoit que les sociétés de secours mutuels, les sociétés de secours des ouvriers mineurs, les caisses de secours des syndicats professionnels, régulièrement constitués et pratiquant l'assurance en cas de maladie, peuvent faire donner à leurs adhérents, blessés ou malades de guerre, les soins prévus par l'article 64 de la loi du 31 mars 1919. Ces sociétés doivent adresser une demande au ministre du Travail avec toutes pièces utiles et justificatives. Une fois leur demande agréée, elles doivent tenir une comptabilité spéciale. Les dépenses par elles engagées sont remboursées par l'Etat dans le délai d'un mois à dater de la guérison du sociétaire. Le malade n'est pas tenu de se faire soigner par le médecin de la Société : il a le libre choix du médecin qui se fera rétribuer par la Société dont fait partie le malade (art. 64, loi 31 mars 1919, art. 20 à 23, art. 26).

LES MÉDECINS ET LES BÉNÉFICES DE GUERRE (1)

La Commission supérieure des bénéfices de guerre (26 oct. 1917) avait repoussé la prétention d'un médecin qui soutenait que le bénéfice normal de toute personne exerçant une profession libérale quelconque était en raison directe de son savoir et de sa science et que la guerre ne pouvait avoir aucune répercussion sur son bénéfice. Elle déclara que la loi du 1er juillet 1916 visait les personnes passibles de la contribution des patentes, et que le médecin, étant patentable d'après la loi du 15 juillet 1880 (tableau D), il devait être soumis à la taxe, d'autant qu'aucune distinction n'était faite par la loi de 1916 entre les patentables. (*Rec. Décisions Com. sup,*, n° 118.)

Le 19 avril 1918, la Commission confirmait sa jurisprudence. C'est contre cette décision, que le docteur P... s'est pourvu, pour violation de la loi, devant le Conseil d'Etat.

La haute assemblée, ainsi saisie de la question, vient de la trancher, dans un sens défavorable aux médecins.

Le docteur P... soutenait que la contribution extraordinaire ne frappait que les industriels et les commerçants, et que l'intention du législateur n'avait pas été d'atteindre les professions libérales et particulièrement la profession médicale qui est astreinte au secret professionnel.

Par contre, le ministre des Finances répondait en se référant au texte de la loi du 1er juillet 1916, qui a institué la taxe, et dont les dispositions s'appliquent explicitement aux personnes passibles de la patente dont les bénéfices ont excédé les bénéfices normaux (art. 1er, § 4).

Et dans son arrêt du 30 janvier 1920, le Conseil d'Etat a estimé que, en présence de la généralité des termes de la loi, il convenait d'imposer tous les patentables dont les bénéfices ont excédé ceux que produisait normalement leur profession, sans qu'il y ait lieu de distinguer suivant la nature de cette profession ou suivant la qualification habituellement donnée aux ressources qu'ils en tiraient.

En ce qui concerne le secret professionnel, l'arrêt ajoute qu'alors même que la vérification des bénéfices réalisés par certains d'entre eux comporterait, en raison des conditions dans lesquelles s'exerce leur activité, des modalités spéciales, cette circonstance ne serait pas de nature à les exonérer.

Ainsi donc, il est définitivement acquis que la profession médicale, prévue à la loi de 1880 sur les patentes, est imposable à la taxe sur les bénéfices de guerre.

R.-MARCEL PETIT.

(1) Cf. « Impôt sur le revenu et livres des médecins », par R.-Marcel PETIT, *Gaz. des hôp.*, n° 2, 18 janv. 1919; et « Les médecins et l'impôt », par Léon IMBERT, *Gaz. des hôp.*, n° 9, 20 fév. 1919.

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES & DIAGNOSTIC DE LA PARALYSIE FACIALE

PÉRIPHÉRIQUE (1)

DIAGNOSTIC. — I. **Positif.** — Le diagnostic s'impose à première vue et il suffit de faire rire ou siffler le malade pour rendre plus visibles les déformations. Chez les nouveau-nés, elle peut ne se manifester qu'au moment des cris.

II. **Différentiel.** — *a.* En cas de *paralysie*, diagnostic avec les asymétries de la face : hémiatrophie faciale, fluxion dentaire, luxation unilatérale de la mâchoire, rétractions cicatricielles. Dépister les paralysies légères.

b. S'il y a de la *contracture*, discuter le diagnostic avec le tic convulsif de la face (secousses plus fortes, survenant sans cause provocatrice, et brusques) et avec le spasme glosso-labié hystérique (torsion excessive de la langue, par exemple).

c. En cas de *diplégie faciale*, enfin, penser à la paralysie labio-glosso-laryngée d'origine bulbo-protubérantielle. Mais ici la face n'est intéressée que partiellement (surtout les muscles péribuccaux) ; il y a des troubles de la phonation et de la déglutition, la langue est paralysée. Le facial supérieur est intact.

De même le diagnostic avec la *paralysie pseudo-bulbaire* qui survient d'ordinaire à la suite de deux hémiplégies précédées d'ictus. Il n'y a pas d'atrophie musculaire. Rire et pleurer spasmodiques.

Diagnostic avec la *paralysie faciale centrale*. Dans cette dernière, le facial inférieur est seul touché et le facial supérieur semble intact. C'est là le principal symptôme, et, en pratique, on se contente de constater la paralysie de l'orbiculaire pour affirmer une paralysie périphérique (deux centres corticaux pour Landouzy et Grasset). Cependant, certains auteurs soutiennent que le facial supérieur est aussi touché car le malade ne peut pas fermer seul l'œil du côté hémiplégique (Brissaud).

D'autre part, il n'y a jamais dans la P. F. C. de modifications qualitatives des réactions électriques. Et elle s'accompagne d'une hémiplégie qui peut être :

a. Homonyme, quand la lésion est au-dessus de l'entrecroisement des fibres du parcours central du facial ;

b. Alterne, si la lésion siège entre l'entrecroisement de ces fibres et le noyau d'origine du facial (Millard-Gübler).

La contractilité réflexe des muscles innervés par le facial est conservée dans la P. F. C., alors qu'elle est abolie dans la P. F. P.

Il n'y a pas de modification de la sécrétion sudorale à la pilocarpine. La terminaison par contracture est très rare.

III. **Diagnostic du siège.** — En dehors de la paralysie faciale périphérique proprement dite (c'est-à-dire celle qui intéresse le nerf au-dessous du trou stylo-mastoïdien) que nous avons prise comme type, il y a plusieurs types de paralysie faciale périphérique qui s'enrichissent de symptômes nouveaux au fur et à mesure que l'on remonte vers le noyau bulbaire.

1. *Entre le trou stylo-mastoïdien et la corde du tympan.* — Il y a paralysie des muscles du pavillon de l'oreille (rameau occipito-auriculaire), inappréciable chez l'homme.

2. *Entre la corde du tympan et le ganglion géniculé.* — Aux signes précédents s'ajoutent les troubles de la gustation des deux tiers antérieurs de la langue ; les troubles de la sécrétion salivaire (sécheresse de la bouche du côté paralysé). Ces troubles, de pathogénie discutée, paraissent être liés à la corde du tympan et au grand nerf pétreux superficiel, branche du trijumeau.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, 3 fév., n° 12, p. 191.

3. *Au voisinage du ganglion géniculé.* — Ici on peut constater :

a. Des troubles de l'ouïe : hyperacousie, audition douloureuse (Landouzy) que l'on explique par la paralysie, soit du muscle de l'étrier, soit du muscle interne du marteau ;

b. La déviation du voile du palais et de la luette qui relèverait des lésions des nerfs pétreux superficiels. Mais Lermoyez fait observer que c'est le vago-spinal qui innerve les muscles palatins et non le facial.

4. *A la base du crâne et dans le conduit auditif interne.* — La P. F. relève alors d'une méningite syphilitique ou tuberculeuse, ou d'une tumeur de la base. Les symptômes sont au complet, mais le plus souvent il y a en même temps une paralysie du nerf auditif et de l'oculaire externe.

Il n'y a pas d'altération du goût.

5. *Dans le bulbe et la protubérance* (ce sont les paralysies nucléaires ou sous-nucléaires). — La paralysie est encore périphérique, mais elle s'accompagne fréquemment, soit d'une hémiplégie alterne, soit d'une diplégie faciale, soit d'une paralysie du moteur oculaire externe. Ces faits sont expliqués par le voisinage des noyaux entre eux.

IV. **Diagnostic de la cause.** — Il est facilité par la notion du siège de la lésion.

1. S'agit-il d'une *lésion extracranienne*, la paralysie faciale peut relever d'une blessure de la face, d'une opération sur la parotide, d'une tumeur parotidienne, d'une application de forceps (chez le nouveau-né).

2. Si la paralysie est *d'origine intrapétreuse*, elle relève, soit d'une fracture de la base du crâne (paralysie immédiate par section du nerf, secondaire par infection otitique ou tardive par compression d'un cal).

Soit d'otites suppurées : otite moyenne aiguë ou otite chronique suppurée réalisant une compression passagère du nerf dans sa gaine ou une névrite grave incurable.

Citer, enfin, les ostéites, les exostoses syphilitiques, les interventions maladroites sur l'oreille (trépanation et évidement de la mastoïde).

3. Si la *lésion est intracranienne*, songer à une plaque de méningite, une tumeur, un ramollissement bulbo-protubérantiel, surtout la méningite tuberculeuse et la syphilis scléro-gommeuse.

4. Enfin, au *cours de maladies générales*, la paralysie faciale peut être observée dans le tétanos céphalique (Rose), la diphtérie, l'érysipèle, la fièvre typhoïde, la scarlatine, les oreillons, la méningite cérébro-spinale, la grippe, le zona, la syphilis secondaire, etc.

Il ne faut pas oublier non plus les paralysies *faciales rhumatismales ou a frigore.*

Il faudrait aussi faire une place spéciale à la *paralysie faciale hystérique* à type central, fugace, légère. Pas de signe de Ch. Bell, pas de troubles de la tonicité musculaire. Stigmates de névrose, anesthésie variable, évolution capricieuse.

La *ponction lombaire*, dans certains cas, pourra contribuer à poser le diagnostic : si le liquide est normal, on pensera à une paralysie a frigore ; si la lymphocytose est nette avec albuminose, il s'agit de syphilis ou de lésion organique. S'il y a du sang, enfin, ce sera en faveur d'un traumatisme grave de la base, d'une fracture du crâne. L'*examen de l'oreille* par un spécialiste s'impose également pour rechercher les lésions aiguës ou chroniques de l'oreille moyenne.

Guide pratique pour l'examen médical des aviateurs et des candidats à l'aviation, par le docteur MAUBLANC et le docteur RATIÉ, médecins du Centre d'aviation de Chartres. Préface par le docteur André BROCA. In-16 de 150 p. avec fig. — Prix (sans majorat.) : 3 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ

N° 16. — SAMEDI 14 FÉV. 1920. 93e ANNÉE. SAMEDI 14 FÉV. 1920. — N° 16.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, **15** francs par an.
Étudiants étrangers, **20** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **6** fr. — 6 mois : **11** fr. — 1 an : **20** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

SOUSCRIPTION POUR LA GLORIFICATION DES MÉDECINS MORTS POUR LA PATRIE. — Sur l'initiative de la Faculté de Médecine de Paris et avec le concours de toutes les Facultés et Ecoles de Médecine, de tous les groupements corporatifs de médecins et d'étudiants, s'est ouverte une souscription ayant pour but de glorifier nos morts et de rappeler les services immenses rendus pendant la guerre par la médecine et la chirurgie française.

La première manifestation de cette souscription doit être *un Livre d'or*, comprenant les noms et citations de tous les médecins et étudiants en médecine morts pour la France. Sa publication devant commencer tout prochainement, le doyen de la Faculté, président du Comité d'organisation, prie instamment les familles et les confrères de nos glorieux morts, d'adresser *le plus tôt possible* tous renseignements utiles au docteur Caboche, 372, rue Saint-Honoré, qui a bien voulu se charger de cette publication, pour contrôle des documents mis à notre disposition par les Archives du ministère de la Guerre (noms, dates et lieux de naissance, lieu et circonstances de la mort, citations, etc.)

Il serait, en particulier, indispensable de signaler les noms et citations des médecins et étudiants tombés dans d'autres armes que le service de santé et dont la liste est très difficile à dresser. Déjà certains des Comités régionaux organisés par les Facultés et Ecoles de médecine ont fait parvenir des listes qui sont extrêmement utiles pour éviter tout oubli et toute erreur.

Il est rappelé que le Livre d'or sera distribué à tout souscripteur d'au moins 40 francs.

Le projet du monument élevé à la gloire de nos morts et de la médecine française est en voie d'élaboration.

Les souscriptions sont reçues :

1° Par les trésoriers régionaux et corporatifs; 2° par le docteur Bongrand, trésorier général, 6, rue Villaret-de-Joyeuse, Paris, 17e; 3° par les divers établissements de crédit, avec virement au compte établi par le Crédit foncier, au nom du docteur Bongrand, trésorier général de la Souscription pour la Glorification des médecins morts pour la Patrie.

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 9 février. — MM. Lemaire, 19; Chiray, 18; Lévy-Valensi, 19.

— CONCOURS DE DENTISTE ADJOINT DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 10 février. — MM. Leclerq, 11; Maurel, 15; L'Hirondel, 12.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Lecture des copies.* — *Anatomie.* — Séance du 11 février. — MM. Robin (Victor), 10; Marceron, 12; Plet, 9; Richon et Paturet, 12; de Gennes, 14; Réglade et Boisnier, 12.

Pathologie. — Séance du 10 février. — MM. Chalet, 11; Meyer, 13; Thalheimer, 11; Aumont, 10; Jeanjean, 12; de Peretti de la Rocca, 9; Bidermann, 8; Delestre, 10; Récamier et Gaume, 12.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Anatomie.* — Séance du 7 février. — Question donnée : « Artère poplitée et ses branches. »

MM. Galtier et Héraux, 17; Gauche, 15; Cogné, 16; d'Auxion, 11; Autier, 13; Frœhlicher, 11; Hélie, 13; Ferré, 16; Fraenkel, 10; Gallois, 17; Gély et Jacquet, 14; Farmaché, 16; Fénal, 14; Hurez, 12; Fidon, 10; Godart, 11; Escalier, 18 1/2; de Fresquet, 15; Faure, 12.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors Léger, Esserteau, Lescure et Poncin, des troupes coloniales. (*J. O.*, 3 fév. 1920.)

MM. les médecins-majors Rebierre, Mulot, Azaïs, Laforge, Renaud, Petit, Hirgel, Vincent, Guglielmi, Bordereau, Barbet et Bercher. (*J. O.*, 3 fév. 1920.)

L'ENCOMBREMENT DES MATERNITÉS. — La cinquième commission du Conseil municipal, présidée par M. Henri Rousselle, a adopté hier les mesures préconisées par M. Autrand, préfet de la Seine, pour remédier à l'encombrement des maternités : secours exceptionnels à toute femme accouchant chez elle; relèvement de l'indemnité des sages-femmes

des bureaux de bienfaisance ; indemnité moyenne de 20 francs par visite médicale. De plus, M. Mesureur a fait connaître qu'il avait pu créer dans les services de l'Assistance publique 300 lits nouveaux pour les accouchements.

LE TYPHUS EXANTHÉMATIQUE. — On signale à Paris quelques cas de typhus exanthématique. L'assistance publique a donné des instructions pour que l'épouillage soit pratiqué avec grand soin dans les hôpitaux.

INCORPORATION DE LA CLASSE 1920. — La classe 1920 sera incorporée en mars. L'incorporation sera toutefois retardée jusqu'au 1er octobre pour les étudiants, qu'ils appartiennent à l'enseignement supérieur, secondaire ou primaire, dans le but de leur permettre de passer leurs examens de fin d'année scolaire.

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES JOURNALISTES MÉDICAUX FRANÇAIS. — L'Assemblée générale annuelle aura lieu le 25 février 1920 à dix-sept heures à la Faculté de médecine de Paris.

Ordre du jour : Compte rendu du secrétaire général. Compte rendu financier. Modifications aux statuts. Articles de déontologie soumis à l'approbation de l'Assemblée générale. Admissions. Election du bureau.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE MÉDECINE MENTALE. — La Société tiendra sa séance mensuelle à l'asile clinique, 1, rue Cabanis (14e arr.), (amphithéâtre de l'admission), lundi prochain 16 février, à trois heures précises.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs J.-S. Dauriac et Paul de Molènes, anciens internes des hôpitaux de Paris ; Mlle Marie Chneerson, docteur en médecine, à Paris.

ENSEIGNEMENT D'ENTÉROLOGIE PENDANT LES VACANCES DE PAQUES. — Un enseignement pratique d'entérologie sera fait du lundi 29 mars au samedi 10 avril 1920, dans le service du professeur Carnot, à l'hôpital Beaujon, avec la collaboration de MM. Lardennois, Roux-Berger, Mathieu, Harvier, Mauban, R. Glénard, Baudon, Friedel, Gérard et Gardin. Ce cours est destiné aux médecins qui peuvent disposer de deux semaines de liberté pendant les vacances de Pâques. Il comprendra vingt-deux séances : celles du matin seront réservées aux exercices techniques individuels d'examen et de traitement ; celles de l'après-midi, aux leçons qui auront lieu à seize heures sur les questions médicales et chirurgicales relatives aux maladies de l'intestin. Cet enseignement est gratuit. S'inscrire à la consultation de gastro-entérologie de l'hôpital Beaujon (service du professeur Carnot), le matin ou par correspondance.

PROGRAMME. — Le matin : *Exercices pratiques*. Le soir : *Leçons*.

Lundi 29 mars. — M. Mauban : Technique du tubage duodénal. Analyse du suc bilio-pancréatique. M. Carnot : Ulcère du duodénum ; ulcère peptique du jéjunum ; ulcérations intestinales.

Mardi 30 mars. — M. Gérard : Coprologie pratique : recherche du sang, de l'albumine, des résidus. Epreuves de fermentation : examen microscopique des selles. M. Harvier : Entérites aiguës et chroniques ; entéroptose.

Mercredi 31 mars. — M. Gardin : Examen bactériologique et parasitologique de selles : bacilles dysentériques, amibes, kystes, œufs de parasites. M. Carnot : Les dysentéries et leur traitement.

Jeudi 1er avril. — M. Baudon : Radiologie intestinale. M. Mathieu : Illusion et perforation intestinale.

Vendredi 2 avril. — M. Friedel : Rectoscopie. M. Carnot : Les parasitoses intestinales diverses et leur traitement.

Samedi 3 avril. — MM. Gérard et Gardin : Exercices de coprologie. M. Harvier : Les gastro-entérites de l'enfance.

Mardi 6 avril. — M. Baudon : Exercices de radioscopie. M. Roux-Berger : Appendicite aiguë et chronique.

Mercredi 7 avril. — M. Friedel : Exercices de rectoscopie. M. Lardennois : Stase intestinale chronique, coudures, brides.

Jeudi 8 avril. — M. Mauban : Techniques de diététique intestinale. M. Harvier : Tuberculose et syphilis de l'intestin, cancer du grêle.

Vendredi 9 avril. — M. R. Glénard : Gymnastique intestinale, sangles. M. Friedel : Hémorroïdes. Fistules et fissures anales. Abcès de la marge de l'anus. Rectocolites.

Samedi 10 avril. — M. Friedel : Traitements physiothérapiques (massage et électricité). M. Lardennois : Cancers du côlon et du rectum.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 16 AU 21 FÉVRIER 1920

EXAMENS DE DOCTORAT

Mercredi 18 février. — 1er et 2e (N. R.), *Laboratoire des travaux pratiques d'histologie*, épreuve pratique d'histologie.

1er (A. R.), *Ecole pratique*, épreuve pratique de dissection.

2e (A. R.), *Faculté*.

3e (2e partie), *Ecole pratique*, épreuve pratique d'anatomie pathologique.

5e (1re partie), *Necker*, clinique externe. — 5e (2e partie), *Charité*, clinique interne.

Examen de clinique externe (N. R.), *Faculté*.

Jeudi 19 février. — 1er et 2e (N. R.), *Faculté*, épreuve orale. — 1er (A. R.), *Faculté*.

3e (1re partie), *Ecole pratique*, épreuve pratique de médecine opératoire. — 3e (2e partie), *Faculté*, épreuve orale.

4e, *Faculté*.

Vendredi 20 février. — 1er et 2e (N. R.), *Faculté*, épreuve orale. — 1er (A. R.), *Faculté*.

3e (1re partie), *Faculté*.

5e (1re partie), *Baudelocque*, clinique obstétricale. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu*, clinique interne.

Samedi 21 février. — 1er et 2e (N. R.), *Faculté*, épreuve orale.

3e (1re partie), *Faculté*, épreuve orale. — 3e (2e partie), *Faculté*.

5e (1re partie), *Charité*, clinique externe. — 5e (2e partie), *Beaujon*, clinique interne.

THESES.

Mercredi 18 février. — Jury : MM. Hartmann, président ; Broca, Couvelaire et Cunéo. — M. HYVERNAUD (Jacques). Le pseudomyxome d'origine appendiculaire. — M. TROUSSET (Paul). Curettages et adhérences anormales du placenta. — M. HAMON (Georges). Des fractures obstétricales du fémur et de leur traitement. — M. ALIBERT (J.). Les lésions de la tête humérale dans les luxations récidivantes de l'épaule.

Jeudi 19 février. — Jury : MM. Pouchet, président ; Marfan, Ménétrier et Carnot. — M. SERPAGGI (François). La tuberculose en Corse. — M. CHAPELAIN. Pathologie de l'Egypte ancienne d'après les momies et les manifestations réalistes de l'art égyptien. — VALLÉE (Emmanuel). Etat actuel des pouponnières et asile de débiles de Médan. — Mlle HOCHBERG (M.). Sur quelques cas de dyspnée paroxystique et suffocante dans la tuberculose des ganglions. — M. FAIVELAY (Jean). Contribution à l'étude des cactées spuntiées.

Jury : MM. Letulle, président ; Vaquez, Jeanselme et Duval. — M. PICHOURON (Marcel). Des services rendus par l'immobilisation précoce des fractures de cuisse avec l'attelle de Thomas. — M. ZURETTI (Félix). Hyperesthésie trifaciale particulièrement sus-orbitaire dans la méningite tuberculeuse. — M. MONOD. Contribution à l'étude de l'esthérisation rectale. — M. MOSS (Laurent). Applications thérapeutiques du benzol. — M. DRAMEZ (Eugène). De la réaction thermique dans le traitement par l'arsenobenzol.

REVUE GÉNÉRALE

DES ICTÈRES OBSERVÉS AU COURS DU TRAITEMENT PAR LES NOVARSENICAUX ORGANIQUES

Par MM. J. HAGUENAU et Ch. KUDELSKI,
Internes des hôpitaux de Paris.

(Travail du laboratoire de M. J.-A. Sicard, à l'hôpital Necker.)

Des discussions récentes, à la Société médicale des hôpitaux (Milian, Sicard, Queyrat, Hudelo) et à la Société de dermatologie, ont attiré de nouveau l'attention sur les incidents observés au cours du traitement par l'arsenobenzol et ses dérivés.

Parmi ces incidents, l'ictère semble de plus en plus fréquemment signalé, et des divergences d'opinion assez profondes se sont produites au sujet de sa pathogénie et, par suite, du traitement à lui opposer.

Aussi nous a-t-il paru intéressant de résumer les tendances des divers auteurs sur ce sujet.

Historique. — Les ictères au cours du traitement par les novarsenicaux [arsenicaux organiques, dérivant du salvarsan : salvarsan, néosalvarsan (produits allemands), arsenobenzol, novarsenobenzol (Billon), arsenobenzol, néoarsenobenzol (Sanar); galyl, luarzol, sulfarsenol] ont été signalés de plus en plus nombreux à mesure que devenaient plus étendues, et les indications et la durée du traitement.

C'est ainsi qu'en 1910 on ne trouve dans la littérature médicale que quelques rares observations d'auteurs allemands... (Rille, Pinkus, Waelsch, etc.).

Dès 1911, les cas deviennent plus nombreux. Dans la *Munch. Med. Woch.*, Hirsch, Hoffmann et Klaussner; dans le *Brit. Med. Journ.*, Lane; dans la *Revista clinica*, de Madrid, J. de Azua, et en France, le premier, M. Milian dans les *Ann. des mal. vénér.*, en relatent de nouveaux cas.

Dans les années suivantes, ces faits deviennent de plus en plus fréquents, et en 1914 Dujardin (Soc. de méd. de Belgique) en résume l'histoire de vingt-cinq cas; Milian (Soc. de dermat., juillet 1914) étudie complètement les dix-sept cas qu'il a observés et expose ses conceptions nouvelles de cet ictère. Nous renvoyons d'ailleurs pour la bibliographie de tous ces faits à l'article si documenté de Golay, auquel nous ferons du reste de nombreux emprunts (*Ann. des mal. vénér.*, 1918). Signalons encore depuis cette dernière publication les cas de Fenwick Sweet, Love (*Brit. Med. Journ.*, 1918); Abatucci (Soc. de pathol. exotique, 1919); un nouveau cas de Milian (Soc. de dermat., mai 1919), et les faits rapportés par cet auteur à la Société médicale des hôpitaux, 17 octobre 1919; le cas signalé par Lévy-Bing, Lehnoff-Wyld, Gerbay (*Ann. des mal. vénér.*, sept. 1919); les cinq cas, qu'avec notre maître, M. Sicard, nous avons rapportés à la Société médicale des hôpitaux le 24 octobre 1919 (1).

(1) Mentionnons enfin les articles tout récents de : Giroux. Les ictères de la syphilis secondaire, *Bull. méd.*, déc. 1919; — Chabrol et Khoury. L'ictère des arsenobenzols, *Paris méd.*, déc. 1919; — Emery et Morin. Accidents des arsenobenzènes et anaphylaxie, *Paris méd.*, n° 4, 24 janv. 1920.

Etiologie. — *Fréquence.* — De l'étude de toutes ces observations, on peut constater que les ictères constituent en somme un accident plutôt rare au cours du traitement novarsenical.

C'est ainsi qu'en 1912 Lévy-Bing n'en signale que deux cas sur 550 injections. En 1914, Milian en compte dix-sept cas sur environ 800 malades traités. Golay en 1918 apporte une statistique plus chargée puisqu'il a observé trente-deux cas d'ictère sur 114 malades soumis au traitement, l'auteur comprenant il est vrai dans ce chiffre de simples subictères ayant disparu en deux ou trois jours.

M. Sicard ayant traité par les novarsenicaux, suivant le procédé des petites doses répétées et prolongées jusqu'au taux global très élevé de 7 à 10 grammes, plus de 150 malades, atteints pour la plupart de syphilis nerveuse, n'a observé que les cinq cas que nous avons relatés plus haut.

Nature du produit. — L'ictère peut survenir au cours du traitement par les divers produits arsenicaux. C'est naturellement avec le salvarsan puis le néosalvarsan que furent observés les premiers cas.

Il semble bien cependant, M. Queyrat y insistait encore récemment à la Société médicale des hôpitaux, que ce produit, le plus anciennement employé, soit celui qui compte le moins de cas d'ictère à son actif; c'est un argument que les partisans de la nature toxique de l'ictère invoquent au profit de leur théorie, et c'est aussi une des raisons qui font préférer à certains l'emploi de ce sel, aux autres dérivés arsenicaux organiques.

Le *néosalvarsan,* et les composés similaires (*néoarsenobenzol, novarsenobenzol*) sont responsables de la majorité des cas observés.

Il serait peut-être excessif, d'attribuer à ces produits une valeur ictérigène particulière; on peut, semble-t-il, expliquer cette fréquence par leur emploi plus étendu, par les traitements plus prolongés, et les doses globales d'arsenic plus fortes.

Cependant, certaines séries du produit paraissent être particulièrement ictérigènes (Leredde, Soc. de dermat., mai 1919; Hudelo, Queyrat, Lévy-Bing, Emery).

Avec l'emploi du galyl, l'ictère est également observé et Golay en particulier en rapporte six cas sur 24 malades traités.

Notons pour ceux qui admettent l'origine toxique de cet ictère, que ce produit contient deux fois plus d'arsenic, que le poids égal de novarsenobenzol. Nous n'avons pas relevé d'ictère après usage de *luargol* mais ce médicament a été employé sur une très faible échelle et les incidents d'ordre uniquement pratique, qu'il a provoqués souvent (oblitération des veines), n'ont pas permis de poursuivre longuement son essai.

Le nouveau produit, que l'on vient de proposer sous le nom de *sulfarsenol*, n'a provoqué entre les mains de Lévy-Bing, de Lehnoff-Wyld et Gerbay aucun cas d'ictère, après expérimentation de six mois (*Annales des maladies vénériennes*, sept. 1919); ce serait là, pour ces auteurs, un des avantages du produit.

Si, examinant les autres facteurs étiologiques — quantité globale du produit, mode d'administration,

date d'apparition de l'ictère, valeur des causes prédisposantes et occasionnelles — nous relevons les opinions des divers auteurs, nous constatons un manque de concordance absolu.

L'ictère a été signalé, après les toutes premières injections (troisième et même deuxième injection) comme aussi plusieurs mois après l'arrêt du traitement (trois mois). On l'a vu survenir, après des doses minimes de médicament (0^g45), ou seulement après l'administration de doses globales très élevées (15 grammes).

S'il apparaît avec un maximum de fréquence par les injections hebdomadaires, à doses moyennes ou fortes, on l'a signalé aussi quoique plus rarement au cours du traitement par les petites doses continues.

Enfin, si la presque totalité des cas, comme il était à supposer, se rapportent à des syphilis en évolution, d'autres observations le signalent au cours de vieilles syphilis, cliniquement muettes, avec réactions humorales négatives *et même aussi en dehors de toute syphilis.*

Enfin cet ictère peut se montrer chez des individus dont le foie n'était pas lésé antérieurement, comme aussi chez des sujets ayant présenté précédemment des manifestations hépatiques (cirrhose, lithiase, etc.).

Ces divergences s'expliquent si, au lieu de considérer l'ictère novarsenical comme relevant toujours d'une même cause, on sait faire une distinction opportune, qu'aucun auteur, sauf peut-être Golay, n'a mise suffisamment en lumière jusqu'ici, et que l'on scinde ces jaunisses en deux grands groupes :

Les jaunisses du début du traitement novarsenical.

Les jaunisses de la fin du traitement, et à plus forte raison, *les jaunisses tardives,* celles qui surviennent plusieurs semaines et même plusieurs mois après cessation de tout traitement.

Ce sont les ictères précoces novarsenicaux, opposés aux ictères tardifs postnovarsenicaux.

Cette distinction s'impose, à la lecture des observations produites et des expérimentations faites à ce sujet, et se vérifie au point de vue étiologique et clinique comme au point de vue pathogénique et thérapeutique. Bien entendu nous laisserons de côté l'ictère toxique arsenical tellement évident que l'intoxication ne fait de doute pour personne. C'est celui qui s'associe à toutes les autres manifestations d'empoisonnement arsenical, à la suite d'une ou plusieurs doses, *manifestement excessives*, de novarsenic intraveineux, doses dépassant par exemple 1^g50 à 2 grammes.

Ainsi M. Sicard (Soc. méd. des hôpit., 5 déc. 1913) signale l'observation d'un paralytique général qui en *un mois* reçoit la dose énorme de 10^g80 de salvarsan par doses répétées tous les cinq jours de 1^g80. Vers la cinquième dose survenait de l'érythrodermie exfoliante, de l'albuminurie abondante, de l'*ictère*, toutes réactions qui se modifient favorablement, mais lentement après la cessation de la médication.

La pathogénie de l'ictère ne pouvait ici faire de doute ; l'intoxication générale arsenicale apparaissait aux yeux des plus profanes ; l'ictère n'était qu'un des signes associés à tous les autres symptômes de la série toxique arsenicale.

Par contre l'ictère qui semble se révéler *autonome* pour ainsi dire, au cours ou après le traitement novarsenical plus ou moins intensif, mérite toute notre attention ; c'est celui-là qui est l'objet des discussions, c'est celui-là qui divise les partisans de l'*hépatotoxie* et ceux de l'*hépatosyphilis.*

Pour M. Milian, tout ictère apparaissant au cours ou après un traitement novarsenical est syphilitique, à part quelques exceptions rarissimes.

Pour d'autres auteurs, certains dermatologistes comme MM. Queyrat, Hudelo, Jeanselme, Méry, Leredde, pour certains neurologistes comme M. Sicard il faut être dualiste ; certains de ces ictères pouvant relever d'une hépatosyphilis, d'autres au contraire d'une intoxication arsenicale.

Mais on peut encore serrer le problème de plus près et étudier surtout ces ictères dans leurs rapports avec la phase évolutive de l'avarie. Il importe de distinguer parmi les ictères novarsenicaux précoces ou tardifs, ceux qui surviennent au cours d'une syphilis secondaire en pleine efflorescence, et ceux qui apparaissent au cours du traitement d'une syphilis tertiaire, d'une parasyphilis, ou d'une affection non syphilitique.

En effet, ces ictères relèvent de causes différentes et nous aurons l'occasion, en discutant la pathogénie, d'exposer tout au long cette conception.

*
* *

Ictères précoces. — L'ictère précoce a été signalé exceptionnellement dès la première injection (LANE, *Actas dermo-syfilio-graphicas*, 1912).

La lecture du tableau ci-dessous, dans lequel nous

OBSERVATIONS	AGE DE LA SYPHILIS	DATE D'APPARITION	DOSE GLOBALE DU PRODUIT
Rouvière (1)	2 ans.	2e injection.	1^g20
— (2)	2 mois.	2e injection.	1^g05
Milian [1911] (1)	8 ans.	3e injection.	0^g70
— (2)	7 observ. de syphilis récentes.	3e injection.	1^g
Milian (1914)	Sauf un cas de tabes.	Dès les 1res injections.	Doses inférieures à 1^g.
Lévy-Bing et Dureux	Syphilis secondaires.	2e injection.	0^g80
— (2)	Syphilis primaire.	3e injection.	1^g40
Hirsch	Syphilis secondaire.	2e injection.	0^g70
Hoffmann	?	»	0^g60
Lane	4 ans.	1re injection.	0^g50
Rille	Syphilis secondaire.	1re injection.	0^g70
Séverin et Heinrischsdroff	Syphilis primaire.	3e injection.	1^g80
— — (2)	1 an.	4e injection.	1^g95
Queyrat	?	2e injection.	
Actas dermo-syfilio-graphicas (1)		1re injection.	0^g30
— —		2e injection.	0^g45

relatons les premiers cas signalés, permet de constater ce fait que l'ictère précoce apparaît le plus souvent à la deuxième ou troisième injection après l'administration d'une dose globale d'arsenic organique variant de 0g50 à 1 gramme.

Le mode d'administration du produit ne semble pas indifférent à l'apparition de l'ictère, puisque tous ces cas ont été observés au cours du traitement par injections hebdomadaires, alors qu'il n'est signalé aucun cas de ces ictères *précoces* par l'emploi des petites doses continues, préconisées par M. Sicard, qui, il est vrai, a observé des syphilitiques tertiaires, ou des parasyphilitiques.

Ces ictères précoces se rencontrent presque toujours au cours du traitement d'une syphilis primaire ou secondaire, en pleine efflorescence, avec réaction de Bordet-Wassermann positive, et pour laquelle le traitement arsenical a été institué afin d'amener la cicatrisation rapide des lésions cutanées et muqueuses.

Dans ces conditions, il ne faut pas s'étonner si l'ictère précoce survient surtout chez des sujets jeunes, et avec une égale fréquence chez l'homme et chez la femme.

Etude clinique. — Dans la majorité des cas, l'ictère précoce se présente comme un ictère catarrhal simple. Le début, parfois marqué par quelques troubles digestifs, est lent et progressif. L'ictère s'établit peu à peu ; c'est un ictère franc généralisé à tous les téguments, avec coloration de la sclérotique et des muqueuses. Les urines sont peu abondantes, couleur acajou. Les réactions de Gmelin et de Hay sont positives indiquant le passage des pigments et acides biliaires. D'ailleurs on a signalé du prurit et de la bradycardie.

Les selles sont décolorées. Le foie n'est pas augmenté de volume, pas douloureux, la rate n'est pas grosse.

L'examen des autres appareils est négatif, en particulier aucun trouble du côté du système nerveux (pas d'aréflexie achilléenne) et, en dehors de la teinte jaune généralisée et de quelques lésions banales de prurigo, on ne trouve aucune autre modification du tégument (pas d'érythème).

Presque toujours la courbe thermique présente une légère élévation (37°4, 37°8). L'état général reste bon.

Cet ictère évolue lentement et progressivement, et après une phase d'acmé il décroît peu à peu en même temps que tous les symptômes s'amendent, que les selles se recolorent et que les urines deviennent plus abondantes et plus claires. La guérison complète survient en un temps variant de trois à six semaines.

Dans d'autres cas signalés par Golay, les symptômes sont beaucoup plus frustes, et tout se résume en l'apparition d'un subictère, qui seul avec la présence d'urobiline dans les urines témoigne de la réaction hépatique. La durée n'excède pas quatre à cinq jours.

Bien que l'on ait signalé des ictères hémolytiques au cours de l'évolution des syphilis secondaires (Gaucher et Giroux, Teissier, Hubert), nous n'en connaissons pas d'observations rapportées au cours du traitement novarsenical.

En somme, dans tous ces cas d'ictères précoces, il s'agit d'ictères bénins évoluant très simplement vers la guérison quel que soit le traitement qu'on leur ait opposé. Leur nature a été diversement interprétée et nous aurons à discuter plus loin leur pathogénie.

***

Ictères tardifs. — L'ictère tardif apparaît plus ou moins longtemps après le début du traitement novarsenical, souvent même un temps assez long après la suspension de la médication. C'est ainsi que Milian, dans sa statistique de 1914, signale un cas six semaines après l'arrêt, trois cas huit semaines après, quatre cas dix semaines après, deux cas douze semaines après, un cas seize semaines après et même un cas trente-deux semaines après tout traitement.

Golay admet que ces ictères surviennent en moyenne trois mois environ après la dernière injection.

Les cas que nous avons rapportés avec M. Sicard avaient débuté un ou deux mois après la cessation du traitement.

Cet ictère tardif se produit après l'administration de doses globales variables, mais rarement avant 4 à 5 grammes. On a cependant signalé des cas d'ictère tardif survenant après l'administration de doses faibles (cas de Golay après 1g35).

Il est à noter que le mode d'introduction semble, là aussi, n'être pas indifférent à la production de l'ictère, puisque dans nos observations où nous avons employé la méthode des petites doses continues nous n'avons pas noté d'ictère avec des doses inférieures à 9g35.

Ces ictères tardifs surviennent au cours du traitement arsenical soit chez des syphilitiques primaires ou secondaires, soit chez des syphilitiques tertiaires ou au cours d'affections nerveuses parasyphilitiques. On les trouve également signalés dans le traitement novarsenical chez des malades *non syphilitiques*. Deux de nos observations se rapportent à des sujets exempts de syphilis.

C'est dire que cet ictère tardif apparaît chez des sujets âgés comme chez des sujets jeunes. Ici le sexe ne semble pas indifférent puisque, sur les cinq observations de M. Sicard, quatre ont trait à des femmes.

Etude clinique. — Au point de vue symptomatologique, dans sa forme la plus fréquente, l'ictère tardif se présente lui aussi comme un ictère catarrhal. Il s'installe lentement, et aboutit à l'ictère franc généralisé avec décoloration des matières et cholurie.

Si à l'examen physique le foie ne présente pas de modifications sauf parfois une légère hypertrophie, l'examen de sa valeur fonctionnelle peut déceler une certaine défaillance. Dans le dernier cas d'ictère que nous avons observé, l'épreuve de la glycosurie alimentaire nous a permis de mettre en évidence le passage du sucre dans l'urine.

L'épreuve du bleu de méthylène a montré une élimination normale et ces résultats concordent avec les autres faits déjà publiés (Golay).

C'est peut-être aussi à un dysfonctionnement hépatique que l'on pourrait attribuer l'augmentation du taux de l'urée sanguine, chez quelques-uns de nos malades, dont le taux azotémique a pu s'élever jusqu'aux environs de 1 gramme. La signification réelle de cette azotémie ne sera définitivement établie qu'après constatation des résultats de recherches en cours. Les dosages de l'arsenic poursuivis sous la direction du docteur Balthazard dans le laboratoire de toxicologie, avec M. Sicard et la collaboration de M. Kohn-Abrest, tendent en effet à nous montrer que la fixation de l'arsenic se fait sur la cellule du rein comme sur celle du foie et que le trouble passager de la fonction rénale pourrait être aussi vraisemblablement invoqué pour expliquer les petits syndromes azotémiques ou même chlorurémiques de l'imprégnation toxique arsenicale. Les œdèmes arsenicaux assez fréquents ne pourraient-ils pas en effet être conditionnés par un facteur rénal indépendamment d'une réaction locale et directe du tissu cellulaire du derme vis-à-vis du toxique ?

Une étude hématologique plus complète permet de constater, avec un certain degré de cholémie, l'absence de troubles de coagulation sanguine, un équilibre leucocytaire normal, une résistance globulaire augmentée (hémolyse au tube 16); ce dernier résultat prouvant bien qu'il ne s'agit pas là d'ictère hémolytique.

Les urines de quantité légèrement réduite ne contiennent pas d'albumine, mais des pigments et des sels biliaires. Nous n'avons pas constaté de dissociation cholalopigmentaire.

Cet ictère tardif évolue lentement vers la guérison et le malade dont l'état général est toujours resté satisfaisant entre progressivement en convalescence.

Telle est la forme la plus communément observée de cet ictère tardif, mais il existe aussi des formes frustes (simple subictère et urobilinurie) et des formes graves.

L'ictère grave apparaissant tardivement au cours du traitement arsenical peut faire suite à un ictère primitivement bénin, ictères aggravés (cas d'Abatucci et Golay).

Mais il peut aussi être grave d'emblée, comme le montrent l'observation succincte suivante :

Observation d'Abatucci (janv. 1919). — Soldat G. P..., vingt-sept ans, chancre de la verge. Du 1er novembre au 11 décembre 1918, reçoit 8gr50 de novarsenobenzol; six semaines après la fin du traitement apparition d'un ictère pléiochromique qui va s'aggravant avec épistaxis, gingivorragies, délire, hyperthermie et mort au neuvième jour. A l'autopsie, atrophie jaune du foie, suffusion hémorragique intestinale, surtout de la région duodénale.

Pathogénie. — Cette distinction entre l'ictère précoce et l'ictère tardif ne repose pas seulement sur les signes et l'évolution clinique, mais encore sur les circonstances pathogéniques.

Primitivement, en effet, les ictères observés après l'administration de ces novarsenicaux étaient considérés par tous les auteurs sans exception, par M. Milian entre autres (*Ann. des mal. vénér.*, 1911), comme d'origine toxique, cet auteur repoussant la pathogénie syphilitique, infectieuse, catarrhale, de cet ictère pour s'arrêter à l'hypothèse de l'ictère toxique. Il semblait logique d'admettre tout naturellement que l'administration à haute dose d'un médicament reconnu comme toxique, et sur l'homme et sur l'animal, pouvait déterminer le syndrome d'ictère, conception cadrant tout à fait avec la notion classique du rôle fixateur du foie vis-à-vis des poisons.

En 1914, M. Milian (Soc. dermat.) reprend l'étude des ictères du salvarsan, rappelle l'historique de la question, relate les quelques cas signalés par les auteurs allemands puis les auteurs français, analyse ses propres cas et croit pouvoir modifier radicalement la conception de ces ictères.

Il admet alors la théorie qu'il soutient depuis lors, c'est-à-dire l'origine purement syphilitique de ces ictères. Il s'agirait pour cet auteur d'*hépatorécidives syphilitiques*.

Ces deux conceptions, nature syphilitique et nature toxique de l'ictère, ont chacune leurs partisans.

Il nous semble qu'elles contiennent toutes deux leur part de vérité et qu'il faut scinder, très nettement, les ictères précoces, et les ictères tardifs.

Cette distinction, que Golay avait seulement établie au point de vue clinique, nous semble devoir être faite aussi au point de vue pathogénique.

1° *Ictères précoces.* — Laissant de côté les ictères catharraux de coïncidence, et ne pouvant admettre l'origine infectieuse due à une injection contaminée ou à une erreur de technique (eau mal distillée, produit défectueux), nous ne discuterons que l'origine toxique ou syphilitique de cet ictère précoce.

Nous nous rallions complètement quant à la nature de l'ictère précoce à la conception de Simkin et Milian et ceci pour toutes les raisons données par ces auteurs.

Dans ces cas, il s'agit, en effet, d'ictère survenant au cours de syphilis jeunes, le plus souvent en pleine poussée secondaire, avec Bordet-Wassermann positif; ictère guérissant par continuation du traitement arsenical ou mercuriel, chez des malades qui, une fois leur jaunisse terminée, supportent encore admirablement le traitement arsenical intensif sans que jamais ne réapparaissent d'autres complications toxiques. La date d'apparition de ces ictères précoces coïncide avec celle des neurorécidives.

Il nous paraît illogique d'attribuer ces *ictères précoces* des avariés secondaires, à l'intoxication par l'arsenic.

S'il est exact qu'on ait signalé dans certaines observations (Heinrischdorff) des lésions graves du foie à la suite de doses faibles d'arsenic, il semble bien évidemment à la lecture du procès-verbal d'autopsie de ces cas que les lésions hépatiques sont presque toujours minimes en comparaison des autres lésions observées, lésions nerveuses en particulier.

L'apparition d'un ictère toxique chez des sujets exempts de tares hépatiques antérieures, et avec des doses aussi faibles de médicament, est difficilement acceptable. D'autre part dans cette hypothèse cet ictère — fait singulier — ne s'accompagnerait d'au-

cun autre signe d'intoxication arsenicale (érythème, névrite, troubles trophiques, etc.). On ne comprendrait pas non plus la guérison d'un ictère d'intoxication à la suite de l'emploi de doses continues et croissantes du médicament toxique. Cet ictère précoce ne paraît jamais avoir été observé chez des malades soignés par cette médication pour une autre affection que la syphilis.

Deux facteurs paraissent donc nécessaires à l'apparition de cet ictère précoce : une dose d'arsenic, moyenne mais non manifestement excessive, et une syphilis en activité ; cependant quelques cas d'ictère précoce ont été signalés sans que cette deuxième condition ait été réalisée.

C'est en présence de ces cas que nous nous sommes demandés avec M. Sicard, si l'arsenic qui à lui seul peut provoquer des troubles gastro-intestinaux (vomissements, diarrhée, selles muco-sanglantes), et qui en cas d'intoxication massive peut déterminer une duodénite ulcéreuse, ne serait pas capable chez un sujet prédisposé d'impressionner défavorablement les fonctions digestives et de provoquer de *façon indirecte* un ictère catarrhal.

2° *Ictères tardifs.* — Ces mêmes raisons, qui militent et prouvent la nature syphilitique de l'ictère précoce, démontrent précisément que l'ictère tardif peut reconnaître une tout autre cause.

Cet ictère tardif est en effet un *ictère toxique arsenical.*

a. S'il apparaît en fin de traitement ou même un temps assez long après la cessation de tout traitement chez des syphilitiques primaires ou secondaires, on le voit aussi apparaître chez des individus traités pour des syphilis tertiaires, des affections parasyphilitiques *et aussi pour des affections non syphilitiques.*

Quand il s'agit d'ictères tardifs observés chez des syphilitiques, les lésions cutanées sont depuis longtemps éteintes, le Bordet-Wassermann est presque toujours négatif dans les humeurs, et il n'existe souvent aucun autre symptôme de syphilis en évolution.

Il serait surprenant d'observer des ictères syphilitiques chez de tels malades, vieux spécifiques et venant au surplus d'être soumis à un traitement antisyphilitique intensif.

On ne peut invoquer ici la réactivation de la syphilis par une réaction de Herxheimer, celle-ci apparaissant dès les premières injections de médicament et non pas plusieurs mois après. Comment expliquer au surplus, comme le fait remarquer Golay, la pullulation du tréponème dans un organe où l'arsenic s'est accumulé.

b. L'ictère tardif, d'autre part, s'accompagne d'autres symptômes d'imprégnation, et de saturation arsenicale.

Les malades présentent souvent, précédant ou accompagnant l'ictère, les petits signes d'intoxication nerveuse ou humorale arsenicale chronique que nous avons décrits avec M. Sicard.

Dans les cas que nous avons étudiés, l'observation attentive des malades a en effet permis de déceler chez eux, soit des érythèmes, soit l'abolition du réflexe achilléen, premier symptôme d'une névrite légère, soit une légère augmentation de l'urée sanguine.

c. L'ictère tardif peut s'aggraver si l'on n'interrompt pas la médication novarsenicale et l'histoire du paralytique général rapportée par M. Sicard en est une démonstration. Chez ce malade, malgré l'apparition d'ictère, signal d'alarme, on n'avait pas interrompu le traitement (12 gr.). Des hémorragies profuses sont apparues, et la mort est survenue au 15e gramme.

Si au contraire on laisse l'ictère tardif évoluer, il marche normalement vers la guérison, *sans traitement spécifique*, et il n'est nul besoin d'administrer du mercure comme le recommande M. Milian pour en amener la résolution.

L'argument de l'efficacité du traitement mercuriel n'est donc pas à retenir.

M. Sicard fait en outre observer que la guérison de ces ictères, même avec reprise du traitement novarsenical, pourrait être expliquée en admettant que l'ictère soit considéré comme une réaction de défense du foie lésé, et correspondre à un état passager et transitoire de la lutte qui aura pour but la mithridatisation, l'accoutumance du parenchyme hépatique vis-à-vis de l'arsenic.

d. L'ictère tardif s'accompagne en outre de symptômes non douteux de défaillance fonctionnelle du foie.

L'étude des fonctions glycorégulatrice, uropoïétique, biligénique, le démontre ; la glycosurie alimentaire a été notée dans diverses observations.

L'augmentation du taux de l'urée sanguine sans aucun symptôme de défaillance rénale, avec conservation de la constante d'Ambard normale, implique bien un dysfonctionnement de la cellule hépatique.

Certains auteurs ont fait état aussi de l'augmentation considérable du coefficient d'acidose totale (mesuré par la méthode de Lanzenberg) qui existerait dans l'ictère arsenical, comme dans l'ictère chloroformique où il a été surtout étudié.

e. Les altérations du foie au cours du traitement par le novarsenic ne sont pas faites d'ailleurs pour nous surprendre ; chez l'homme comme chez l'animal ces lésions ont été depuis longtemps observées. Chez l'animal, Morel et Mouriquand ont fait la preuve de la fixation élective du 606 sur les viscères, en particulier sur le foie et sur le rein, et ils ont opposé à la doctrine du neurotropisme les faits expérimentaux qui leur ont permis de conclure *à l'hépatotropisme* du médicament (Soc. méd. des hôpit., 1912).

Chez l'homme, l'élimination arsenicale se fait par les humeurs dans des délais encore imprécis.

C'est au niveau du foie que la fixation paraît être élective, et c'est la recherche de l'arsenic dans cet organe qui fournit aux médecins légistes les résultats les plus nets, dans les cas d'intoxication.

Dans la célèbre affaire Lafarge (Balthazard), c'est le taux extraordinairement élevé de l'arsenic dans le foie qui a permis à Orfila d'affirmer l'empoisonnement.

Enfin les intoxications aiguës arsenicales donnent lieu à de graves lésions hépatiques : nécrose, dégénérescence graisseuse, lésions qui n'ont jamais fait

défaut dans tous les cas d'ictères tardifs arsenicaux ayant donné lieu à des constatations nécropsiques.

f. Nous pouvons aussi faire remarquer que, au début de l'emploi des novarsenicaux, l'ictère tardif était inconnu ; sa fréquence a été nettement fonction de la durée du traitement, et de la dose globale injectée.

Ce fait explique que ces cas d'ictère tardif soient particulièrement fréquents au cours de ces dernières années, ce qui demeurerait incompréhensible, si on admettait la nature syphilitique de l'ictère. Ce fait explique aussi qu'il n'a pas été observé d'ictère par l'emploi du luargol, ce médicament n'ayant jamais été injecté à des doses globales aussi fortes.

g. Notons que certaines séries de médicaments sont ictérigènes ; Queyrat et Leredde ont insisté sur ce point, et c'est encore là un précieux argument qui permet de repousssr le rôle de la syphilis dans l'ictère tardif, comme aussi le fait indiqué par ces auteurs que le néosalvarsan les provoque bien plus fréquemment que le salvarsan.

h. L'origine toxique de l'ictère permet aussi d'expliquer la plus grande fréquence de l'ictère tardif chez les femmes : les doses égales étant proportionnellement à leur poids plus fortes que pour l'homme.

Devant ce faisceau de preuves, les partisans de la nature syphilitique de l'ictère tardif ne peuvent faire que peu d'objections.

La plus importante est la date d'apparition tardive des accidents, mais ce que nous avons dit de l'accumulation viscérale et de l'élimination arsenicale est suffisamment explicatif, et Golay fait très justement remarquer les analogies entre cet ictère tardif toxique par le néosalvarsan, et les ictères dus au trinitrotoluène observés en Angleterre, ictères dont l'apparition est tardive, et dont la nature toxique ne peut être mise en doute.

Nous repoussons donc cette « théorie syphilitique » de l'ictère tardif par hépatorécidive. Nous avons vu qu'il ne pouvait s'agir non plus de réaction de Herxheimer qui est précoce dans son apparition.

Le rôle qu'on a voulu faire jouer à l'eau distillée employée pour l'injection, à la concentration du produit employé, à la rapidité de l'injection, a été définitivement abandonné, à la suite d'expériences comparatives (Richaud-Fleig), et la nature purement toxique de ces ictères nous apparaît évidente par la série d'arguments que nous avons développés avec M. Sicard.

Arguments toxicologiques et anatomiques (hépatotropisme du médicament, lésions du foie au cours des intoxications arsenicales).

Arguments étiologiques (apparition dans les syphilis anciennes, ou en dehors de toute syphilis).

Arguments d'ordre humoral (réaction de Bordet-Wassermann souvent négative dans les humeurs).

Arguments d'analogie toxique. — Le novarsenic étant capable de provoquer des érythèmes et de l'aréflexie achilléenne, pourquoi lui refuser un pouvoir toxique analogue vis-à-vis de la cellule hépatique ?

Il est remarquable de constater que l'ictère apparaît, par la méthode des petites injections répétées, à des doses totales d'arsenic beaucoup plus élevées. Cette méthode, préconisée surtout pour éviter les accidents graves d'apoplexie séreuse et les crises nitritoïdes, se révèle également comme la moins nocive pour la cellule hépatique, et permet de pousser sans incidents le traitement arsenical, jusqu'à des doses globales impossibles à atteindre, par l'injection classique hebdomadaire.

Cette discussion nous montre donc que, lorsqu'on étudie la nature des ictères novarsenicaux, *il importe avant tout de préciser les conditions étiologiques de leur apparition.* Leur signification est en effet bien différente, suivant qu'ils apparaissent au cours d'une syphilis en pleine évolution, ou au cours d'une vieille syphilis, d'une parasyphilis ou d'une affection non syphilitique.

Nous résumons dans le tableau ci-dessous les diverses pathogénies possibles, dans ces différents cas.

ICTÈRES *au cours du traitement novarsenical pour syphilis récente en pleine évolution.*	ICTÈRES *au cours du traitement novarsenical pour syphilis tertiaire, parasyphilis ou affection non syphilitique.*
1° *Hépatosyphilis* (réaction de Herxheimer, hépatorécidive, etc.). *L'ictère précoce est ici la règle.*	1° Pas d'hépatosyphilis.
2° Ictère catarral toxiinfectieux, ictère secondaire à une gastro-entérite arsenicale (rare).	2° Ictère catarral toxiinfectieux, ictère secondaire à une gastro-entérite arsenicale (rare).
3° Ictère toxique arsenical (rare).	3° Ictère toxique arsenical. *L'ictère tardif est ici la règle.*
4° Ictère de coïncidence (lithiase, etc.) [exceptionnel].	4° Ictère de coïncidence (lithiase, etc.) [exceptionnel].

Diagnostic. — L'intérêt pratique de ces discussions pathogéniques est de permettre le diagnostic étiologique de ces ictères et par suite d'instituer une thérapeutique rationnelle.

La question se pose donc de la façon suivante : l'ictère survenant au cours ou à la suite du traitement novarsenical est-il, ou non : 1° un ictère toxique ; 2° un ictère de reviviscence syphilitique?

Le diagnostic d'ictère catarrhal de coïncidence est des plus délicats, l'allure clinique et l'évolution ne permettant souvent pas de le distinguer d'avec l'ictère arsenical proprement dit.

Nous avons vu, d'autre part, que l'arsenic peut par lui-même déterminer un ictère catarrhal infectieux secondaire à une duodéno-entérite.

Aussi nombre d'auteurs se sont-ils refusés à admettre l'existence d'un ictère arsenical, pensant qu'il ne s'agissait toujours que d'un ictère catarrhal

banal. Mais les statistiques prouvent surabondamment que ces ictères à allure catarrhale sont d'une fréquence infiniment plus grande chez les malades traités que chez les autres. C'est ainsi que Golay dans sa consultation d'hôpital dans le même laps de temps n'a pas observé un seul cas d'ictère chez 170 malades traités pour affections diverses, tandis qu'il en observait trente-deux cas sur 114 malades traités pour la syphilis par l'arsenic.

Nous n'insisterons pas non plus sur la possibilité qu'il y a chez ces malades d'observer des ictères de causes diverses, lithiasiques par exemple, que leurs caractères spéciaux (douleurs, caractère de l'ictère), les circonstances étiologiques, l'évolution permettront de rapporter à leurs véritables causes.

Ces cas éliminés, il reste à déterminer la nature syphilitique ou toxique de l'ictère observé. Les discussions auxquelles nous nous sommes livrés nous ont montré qu'il fallait, à cet égard, opposer les ictères précoces aux ictères tardifs.

On reconnaîtra les ictères précoces à ce qu'ils apparaissent après l'administration d'un faible taux d'arsenic, qu'ils surviennent presque toujours chez des malades traités pour une syphilis récente et qu'ils coexistent avec d'autres accidents syphilitiques et un Bordet-Wassermann positif. Au contraire les ictères tardifs apparaissent après l'administration d'un taux d'arsenic élevé, le plus souvent après la cessation du traitement chez des sujets non syphilitiques, ou chez des syphilitiques anciens, chez lesquels l'évolution de la maladie est depuis longtemps arrêtée, et qui présentent souvent d'autres manifestations d'intoxication arsenicale (érythèmes, troubles digestifs, aréflexie achilléenne, azotémie élevée sans trouble de la fonction rénale, modification de la pression artérielle).

On est donc en droit de conclure que l'*ictère précoce est presque toujours syphilitique* et que l'*ictère tardif est toujours de nature toxique*.

*
* *

Traitement. — Le traitement des ictères novarsenicaux est des plus simples, ces ictères évoluant d'eux-mêmes vers la guérison.

La simple diététique, conjuguée avec les diverses médications classiques au cours de l'ictère (lavements froids, antiseptiques intestinaux ou biliaires : salicylate de soude, benzoate de soude, urotropine, etc..., purgatifs légers), constituera ce traitement.

S'il s'agit d'un ictère précoce, on est en droit de poursuivre le traitement antisyphilitique, soit par l'arsenic, soit par le mercure. Dans ces cas M. Milian préconise la voie digestive pour l'introduction de ces médicaments, méthode qui permettrait d'atteindre directement le foie par la circulation porte.

En cas d'ictère tardif, au contraire, il y a indication formelle à supprimer le traitement arsenical responsable de l'ictère, à essayer de favoriser l'élimination de l'arsenic par l'emploi des antidotes classiques, action d'ailleurs discutable, et en tous cas limitée (sesquioxyde de fer hydraté, magnésie, etc.), par l'administration de boissons abondantes et diurétiques, par des purgatifs salins répétés, et également en provoquant une sudation vicariante par les grands bains chauds, etc.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 2 FÉVRIER 1920)

Sur l'arsenic normal des tissus vivants et les traces d'iode trouvées dans l'air et dans les eaux. Quelques rectifications nécessaires. — M. Armand GAUTIER rappelle que, dans les expériences faites par lui, dès 1899, sur la recherche des traces d'arsenic, les quantités d'arsenic dosées étaient toujours un peu trop fortes.

En effet, dans ces recherches, lorsqu'on détruit la matière animale par le mélange nitrosulfurique d'acides purs, puis qu'on reprend par l'eau chaude le résidu charbonneux et qu'on précipite l'arsenic dissous dans la liqueur en y faisant passer un courant de H^2S, ce gaz apporte le plus souvent un peu d'hydrogène arsénié qui, au contact de la liqueur encore légèrement nitrique, s'oxyde et donne une trace de sulfure arsenical. M. Gautier a déjà signalé en 1903 cette cause d'erreur que comportent la plupart des recherches publiées à ce sujet avant cette époque.

Cette remarque ne modifie en rien d'essentiel les premières conclusions de l'auteur sur l'arsenic normal, sa localisation ectodermique et son mode d'élimination, mais elle est d'autant plus importante que l'on emploie généralement la méthode de destruction des tissus citée plus haut, dans les expertises médico-légales, et que l'on se croit à l'abri de tout doute quand on a soigneusement constaté d'avance l'absence complète d'arsenic dans les acides nitrique, sulfurique, chlorhydrique ou le sel marin employé.

M. Gautier ajoute qu'il ne connaît aucune bonne méthode de dosage de l'arsenic quand ce métalloïde a été introduit dans l'économie sous forme de cacodylates, arrhénal, arsenobenzol, etc.

M. Gautier signale l'inconstance de la présence de l'iode dans certaines eaux de mer.

Sur les bacilles pyocyanoïdes. — M. GESSARD.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 10 FÉVRIER 1920)

Faut-il être ambidextre ? — M. F. REGNAULT. Le fonctionnement de la main droite est dynamique, celui de la main gauche statique. Cette différence fonctionnelle tend à disparaître sous l'influence de certaines professions (pianistes, dactylographes). A cet égard, l'ambidextrie est avantageuse, mais il n'y a pas besoin de la créer par une éducation spéciale; ce sont les nécessités qui l'imposent.

L'hyperfonctionnement rénal dans les états fébriles. — MM. ETIENNE et DRUESNE. Dans les états fébriles, la constante uréo-sécrétoire $K = 0{,}066$ dans 60 p. 100 environ des cas; parfois elle est au-dessous de 0,050 et peut même tomber à 0,028. C'est la manifestation d'un hyperfonctionnement rénal. D'ailleurs l'azotémie est généralement faible, car la fièvre augmente le débit et la rapidité des pulsations, l'éréthisme cardiaque, la quantité du sang traversant le rein. Enfin, il y a parallélisme étroit entre l'hyperfonctionnement du rein et celui du cœur, des poumons, des glandes, etc.

La diphtérinoréaction ou réaction de Schick. — M. J. RENAULT. Quand on injecte sous la peau à des sujets en milieu contaminé ou suspect (diphtérie), 1/50 de la dose mortelle

minimum pour un cobaye de 250 grammes de toxine diphtérique, on observe tantôt des manifestations locales, tantôt rien. La réaction de Schick est dite positive dans le premier cas, négative dans le second. Elle peut être négative dans les milieux les plus contaminés et même chez les porteurs de germes. Mais les sujets qui donnent une réaction positive ne sont pas nécessairement atteints de diphtérie. Pour la contracter, il faut donc qu'ils soient dans un certain état de réceptivité. La réaction de Schick ne fournit donc qu'une indication.

M. MESUREUR présente à l'Académie un rapport sur les **travaux à exécuter dans les hôpitaux de l'Assistance publique de Paris;** ces établissements doivent répondre, par la bonne organisation de leurs services, aux progrès réalisés par les sciences médicales dans le traitement des malades, s'adapter de plus en plus aux nécessités de l'enseignement clinique. A ces divers titres, ce rapport intéresse l'Académie, qui voudra certainement donner son avis sur les plans des créations projetées qui lui seront soumis.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 6 FÉVRIER 1920)

Recherches sur l'encéphalite léthargique. — MM. HARVIER et LEVADITI rapportent l'observation d'une femme atteinte d'encéphalite léthargique. L'examen histologique décela des lésions identiques à celles qui furent antérieurement observées. Les tentatives d'inoculation intracérébrale d'une émulsion de substance grise à deux lapins et à un singe catarrhinien inférieur sont restées négatives. Les auteurs pensent que l'encéphalite léthargique peut, d'ores et déjà, être différenciée de la poliomyélite, tant au point de vue histologique (car la maladie de Heine-Medin s'accompagne de lésions inflammatoires à polynucléaires et de neuronophagie qui font défaut dans l'encéphalite), qu'au point de vue expérimental (car le singe, animal de choix pour l'étude de la poliomyélite ne paraît pas sensible au virus de l'encéphalite). Peut-être peut-on tenter, au seul point de vue épidémiologique, un rapprochement entre les deux maladies; les enquêtes épidémiologiques concernant la maladie de Heine-Medin ont montré l'existence dans certains foyers d'infection de formes abortives à côté de cas typiques de poliomyélite. Il est possible que nous ne connaissions encore que la localisation nerveuse du virus de l'encéphalite et que nous méconnaissions les formes abortives pseudo-grippales qui assurent la diffusion de la maladie.

MM. SICARD et GUINON signalent, à propos de cette communication, un cas d'encéphalite ambulatoire se traduisant uniquement par de la somnolence.

MM. WEIL et CLAUDE rapportent une observation d'encéphalite léthargique pithiatique.

M. RIBIERRE a observé une malade qui présentait des signes d'encéphalite léthargique; le liquide céphalo-rachidien était hypertendu, mais sans hyperalbuminose et sans réaction cellulaire. L'autopsie a montré qu'il s'agissait d'une granulie terminale.

M. NETTER rapporte trois cas observés dès le début; le liquide céphalo-rachidien présentait une forte lymphocytose qui s'atténua tardivement.

Maladie de Recklinghausen avec insuffisance surrénale fruste. — MM. CHAUFFARD et BRODIN. Ce cas offre deux particularités : il n'existe pas de névromes, mais seulement des lésions cutanées et sous-cutanées; il semble donc que, comme M. Chauffard l'a proposé en 1896, il faut distinguer dans le syndrome décrit par Recklinghausen deux catégories de faits dissemblables par le siège et l'origine des fibromes : ceux où il existe des névromes multiples ramulaires et tronculaires et qui méritent le nom de neurophomatose pigmentaire; ceux où il n'existe pas de névromes et où il s'agit de dermatophomatose pigmentaire. D'autre part, il existe une mélanodermie diffuse et une hypotension très marquée, hypotension qui a diminué par l'opothérapie surrénale, et l'on peut se demander si, comme dans d'autres cas publiés, il n'existerait pas certaine connexion entre la maladie de Recklinghausen et l'insuffisance surrénale.

Guérison d'une gangrène pulmonaire à la suite de la sérothérapie antigangréneuse. — MM. DUFOUR, SEMELAIGNE et RAVINA. Il s'agit d'une malade qui, après un début grippal, a présenté des signes de gangrène pulmonaire. Après quelques jours de traitement par instillations intratrachéales d'huile goménolée eucalyptolée, devant la persistance d'une expectoration fétide très abondante et d'une fièvre à grandes oscillations, on pratique une injection intraveineuse de sérum antigangréneux. Celui-ci était composé de 40 centimètres cubes d'antiperfringens, de 20 centimètres cubes d'antiœdematiens, de 10 centimètres cubes d'antivibrion septique, de 10 centimètres cubes de sérum antitétanique. L'injection est pratiquée d'après la technique suivante : 1 centimètre cube d'antiperfringens dilué dans 10 centimètres cubes de sérum physiologique est injecté dans une veine de la malade, l'injection est poussée lentement ; une deuxième injection semblable à la première est faite une demi-heure après; vingt-cinq minutes après cette deuxième injection la malade est prise d'un grand frisson avec pâleur, sueurs, pouls imperceptible. Cependant, l'état de la malade s'étant amélioré, on pratique lentement l'injection intraveineuse totale diluée dans 500 centimètres cubes de sérum physiologique. Chute de la température le soir même, amélioration rapide de l'état général. La fétidité de l'haleine persiste quelques jours, elle cède à des injections intratrachéales d'huile goménolée eucalyptolée. Les auteurs ont montré l'existence de bacilles longs, minces, ne prenant pas le gram, disloquant la gélose avec production de gaz.

Azotémie et pouls alternant. — MM. ESMEIN et HEITZ signalent la présence habituelle d'une hyperazotémie chez les sujets présentant un pouls alternant. Ce fait pose la question de savoir si l'intoxication azotémique joue un rôle dans la production de l'alternance. Les auteurs inclinent à le croire, vu la réalisation expérimentale de cette arythmie par des poisons qui paraissent devoir être présents chez les azotémiques, son absence habituelle dans les états où le cœur est surmené comme dans le brightisme, mais sans qu'il y ait azotémie, enfin l'influence favorable sur elle du régime hypoazoté. L'alternance serait un phénomène dû à l'intervention simultanée de deux facteurs : l'un mécanique, l'insuffisance du ventricule gauche ; l'autre, toxique, l'azotémie, et il y aurait lieu d'adjoindre aux tonicardiaques le régime hypoazoté dans son traitement.

Paludisme accompagné de tétanie. — MM. HÉBERT et Marcel BLOCH.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 7 FÉVRIER 1920)

Mesure quantitative de la stéapsine et de l'amylase du suc pancréatique extrait par tubage duodénal direct. — M. H. MAUBAN. C'est en modifiant la technique des plaques de gélose-graisse déjà présentées comme réaction qualitative de la stéapsine le 26 janvier 1918, qu'on arrive à une mesure quantitative de ce ferment. Il s'agit aussi de diluer progressivement dans l'eau distillée le liquide duodénal avant d'impressionner la plaque de gélose-graisse. A l'état normal une dilution de 2,50 p. 100 doit encore donner très faiblement les taches bleues de savon de cuivre.

Quant à la réaction de l'amylase, elle peut se faire de deux manières :

1° En préparant dix tubes à hémolyse contenant chacun

2 centimètres cubes d'empois d'amidon à 2 p. 1.000 coloré en bleu par une goutte de solution iodo-iodurée de lugol et en ajoutant dans les tubes de I à X gouttes de liquide duodénal; l'amylase s'empare de l'amidon et le transforme en glycose. Après dix minutes d'étuve à 37° les tubes sont d'autant plus décolorés qu'ils contenaient plus de liquide duodénal et par conséquent plus d'amylase. Dans la normale, les tubes IX et X doivent être complètement décolorés en dix minutes.

2° En opérant comme ci-dessus, mais en remplaçant la teinte bleue de l'iodure d'amidon par celle donnée par 0cc25 de liqueur de Fehling titrée qui est ajoutée aux tubes une fois que l'amylase a transformé l'amidon en glycose après cinq minutes d'étuve à 37°. Chaque tube alors additionné de II gouttes de solution de ferrocyanure à 40 p. 100 est porté à l'ébullition pendant une minute. On obtient ainsi une gamme de tubes dont seuls restent plus ou moins colorés en bleu pâle ceux pour lesquels le sucre farine a été insuffisant pour réduire 0cc25 de liqueur de Fehling. Connaissant le titre de cette dernière, connaissant le tube de la série où la réduction de la liqueur de Fehling a été complète, on obtient ainsi une mesure quantitative rigoureuse. On peut considérer comme normal un liquide duodénal dont VI ou VII gouttes peuvent, en cinq minutes, former, aux dépens de 2 centimètres cubes d'empois d'amidon à 2 p. 1.000, assez de sucre pour réduire 0cc25 de liqueur de Fehling titrée à 1 centimètre cube = 0,0005 milligramme de glycose.

Méthode microchimique de dosage du sucre dans les liquides de l'organisme. — MM. R. Goiffon et F. Nepveux proposent une méthode microchimique de dosage de très petites quantités de sucre.

Les liquides sucrés déféqués sont traités par la liqueur de Fehling, selon les techniques ordinaires, et l'oxyde de cuivre produit est dosé colorimétriquement à l'état de ferrocyanure de cuivre.

Cette méthode permet de mesurer des quantités de sucre ne dépassant pas 1/10 de milligramme.

Il suffit de 1 centimètre cube de sang ou de liquide céphalo-rachidien ou de quelques centimètres cubes d'une urine ne contenant que des traces de sucre pour effectuer rapidement un dosage précis.

Morphologie des hématies des caméliens. — M. J. Jolly, après avoir montré combien sont discordantes les descriptions des auteurs concernant la morphologie des hématies du chameau et des espèces voisines, en a entrepris l'étude systématique. Ces hématies apparaissent ovalaires (8 μ sur 4) sur les préparations minces, fusiformes sur les préparations plus épaisses. Elles sont constituées par une lamelle foliacée très mince enroulée sur elle-même et l'on peut suivre les différents stades du déroulement. M. Jolly a pu mettre en évidence dans ces hématies, comme on l'a fait pour les hématies d'autres animaux, un appareil élastique périphérique très ténu.

Production d'hémolysines chez l'animal par injection de sels de terres rares. — M. Frouin a pu provoquer, chez le lapin, la production d'hémolysines par injection intrapéritonéale de sels de terres rares. C'est là un exemple de formation d'anticorps sans que l'organisme ait été sollicité par l'introduction d'antigènes spécifiques correspondants.

Chlorure de baryum et inhibition cardiaque. — M. Tournade rappelle que le chlorure de baryum s'oppose à l'inhibition cardiaque produite par l'excitation du pneumogastrique. S'agit-il de paralysie du pneumogastrique? S'agit-il d'excitation du système nerveux intracardiaque qui mettrait celui-ci à l'abri du pneumogastrique? C'est à l'appui de cette seconde hypothèse que l'auteur apporte la preuve suivante : sur le cœur en place d'un jeune chien (fœtus extrait à terme de l'utérus) on pose une ligature sur le sillon auriculo-ventriculaire; la fréquence des contractions auriculaires est environ double de celle des contractions ventriculaires. Si l'on injecte dans le ventricule gauche quelques gouttes d'une solution de chlorure de baryum, les contractions ventriculaires s'accélèrent et deviennent beaucoup plus fréquentes que les contractions auriculaires. Il y aurait donc excitation directe du système nerveux cardiaque par le chlorure de baryum.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 30 JANVIER 1920)

Cancer primitif du foie (*présentation de pièce*). — MM. RAUZIER et G. GIRAUD.

Endocardite mitro-aortique. — MM. RAUZIER et G. GIRAUD.

Kyste hydatique primitif des méninges spinales. — MM. RAUZIER et G. GIRAUD présentent un kyste hydatique primitif développé dans le cul-de-sac dure-mérien et rompu spontanément dans les espaces sous-arachnoïdiens, d'où l'essaimage des vésicules filles sur toute la hauteur des méninges spinales, et la constitution d'une véritable méningite hydatique diffuse. La membrane du kyste primitif est tassée et fragmentée dans le cul-de-sac, et la plupart des vésicules filles sont vidées elles-mêmes et flétries, un certain nombre sont intactes et leur volume varie de celui d'une lentille à celui d'un pois chiche. Toutes ces vésicules sont acéphalocystes.

L'affection a évolué en quatre mois : paraplégie flasque progressive et complète, hypoesthésie surtout thermique des membres inférieurs, réflexes tendineux vifs, Babinski bilatéral, rétention urinaire.

La ponction lombaire a donné un liquide clair albumineux (3,20), pauvre en chlorures (6,75), riche en lymphocytes (71,4 par millimètre cube), stérile, Wassermann négatif.

Une broncho-pneumonie intercurrente a emporté la malade.

Les cas de kyste hydatique primitivement intraméningé sont rares : les auteurs en connaissent quatre observations dues à Esquirol, Ollivier d'Angers, Bartels et Wood. (Cf. Souques 1893 ; thèse Beltzer 1900.)

Un cas de lèpre nodulaire. — MM. VEDEL et SIMÉON.

Note sur la névralgie spinale de Brodie. — M. AIMES a observé une dizaine de cas de névralgie spinale suivis pendant longtemps et attire l'attention sur quelques points particuliers :

1° Deux fois la douleur était étendue à plusieurs points distants de la colonne vertébrale. Dans un autre cas, elle était localisée à une seule vertèbre, la première dorsale.

2° La déformation vertébrale est exceptionnelle, cependant l'auteur a observé une cyphose dorsale.

3° Dans deux cas, les malades présentent, au niveau des membres inférieurs, des contractures musculaires limitées, sous la forme de fausses tumeurs intermittentes.

4° Enfin, chez une jeune fille, il y avait association de névralgie spinale et de pseudocoxalgie.

Pseudoparalysie de Parrot. — M. LEENHARDT, Mlle SENTIS et M. GUEIT présentent à la Société un cas de pseudoparalysie de Parrot intéressant au point de vue diagnostic différentiel avec l'ostéomyélite aiguë à localisations multiples, car dans le cas présent il s'est agi d'une fièvre pendant un jour ou deux et avec la maladie de Barlow, le petit malade étant un prématuré sevré un mois après sa naissance et nourri au lait stérilisé de la goutte de lait. Mais il y a des antécédents spécifiques héréditaires et des accidents syphilitiques antérieurs chez le petit malade qui commandent le diagnostic. La radiographie et le traitement pierre de touche sont venus le confirmer.

A propos du myoœdème. — M. CARRIEU a recherché systématiquement ce phénomène — qu'il préfère appeler réflexe musculo-musculaire — sur plus de 150 sujets. Après avoir résumé l'opinion des auteurs (Loeper et Codet, Fernand Lévy, Collin, Halbron, Sainton, etc...) il conclut que c'est un signe d'affaiblissement de l'organisme qu'il faut chercher, mais qui peut, quelquefois, être erroné.

LIVRES NOUVEAUX

Le Mal des aviateurs, ses causes et ses remèdes (1), par les docteurs René CRUCHET, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, et René MOULINIER, médecin de la marine. Préface du professeur V. PACHON.

L'importance de plus en plus grande que l'aviation est appelée sans doute à prendre dans les relations mondiales doit attirer l'attention sur ce petit volume, d'autant plus que les auteurs sont des spécialistes justement appréciés en la matière. Après avoir esquissé la physiologie de l'aviateur avant et depuis la guerre, MM. CRUCHET et MOULINIER étudient très attentivement les causes du mal des aviateurs, les conditions de leur entraînement et leur surmenage, les règles essentielles de leur hygiène et terminent enfin en énumérant les principales contre-indications au vol. Ce livre n'est pas seulement un exposé scientifique; il constitue aussi un code d'applications pratiques, comme le professeur V. PACHON le reconnaît dans son élogieuse préface. A ce double titre, il apparaît donc indispensable aux médecins qui ont à examiner les jeunes gens qui se destinent à l'aviation et aux aviateurs eux-mêmes.

J. LAUMONIER.

Précis de biochimie (2), par E. LAMBLING.

Comme l'anatomie, l'histologie et la physiologie, la biochimie est devenue, de nos jours, une des connaissances basales de la médecine.

Dans cet ordre d'idées, le précis de M. Lambling, dont la 2e édition vient de paraître, satisfait à toutes les exigences. Ecrit avec clarté pour le débutant dont il guide admirablement les premiers pas, il est tout aussi instructif pour le médecin blanchi sur le harnais et qui veut se tenir au courant.

L'auteur s'est attaché à faire un exposé d'ensemble qui, progressivement, développe devant le lecteur les problèmes essentiels de la biochimie. Matières protéiques, hydrates de carbure, graisses sont successivement étudiés dans leur genèse, leurs propriétés, leurs transformations, leur évolution.

Dans l'édition actuelle l'auteur a remanié certains chapitres et fait place à l'exposé de données nouvelles. L'état colloïdal, la spécificité chimique des organismes, des tissus, la formation des calculs biliaires, l'emploi de la voie parentérale, pour l'introduction des aliments, le rôle des acides aminés et la désamination, la question toute brûlante d'actualité des vitamines, etc. Voilà les principaux sujets abordés et approfondis.

Une exposition à la fois sobre et précise, la netteté de la pensée, l'élégance du style, font de cet ouvrage si documenté une lecture aussi agréable qu'utile.

FERNAND LÉVY.

Traité de diagnostic chirurgical, par le docteur F. DE QUERVAIN, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Berne; préface du professeur HARTMANN. Un fort vol. in-8 de 800 p., avec 700 fig. et 7 pl. en coul. — Prix : 44 francs. — Paris, Maloine et fils.

Lolotte au quartier latin, in-8. Prix : 4 fr. 50. — Paris, librairie de *Physis*. — Malgré son titre qui n'a vraiment rien de médical, le livre de M. René Beaumesnil est un ouvrage qui s'adresse aux médecins. Les scènes de la vie professionnelle qui y sont racontées dans un style alerte et élégant montrent les espoirs et les ambitions légitimes des jeunes médecins au début de leur carrière. Elles montrent aussi les cruelles déceptions auxquelles il leur faut quelquefois s'attendre.

L. G.

(1) 1 vol. in-16 carré. « Les actualités médicales », Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) 2e édit., Paris, Masson.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.


COLLOSOL
COLLOSOL
COLLOSOL
COLLOSOL
COLLOSOL

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 15 francs par an.
Étudiants étrangers, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 6 fr. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 13 février. — MM. Géraudel, 14; Pinard, 19 1/2; Fiessinger, 20.

— CONCOURS DE DENTISTE ADJOINT DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 14 février. — MM. Coustaing, 18; Solas, 14; Béliard, 17.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Lecture des copies.* — *Anatomie.* — Séance du 13 février. — MM. Lubin et Flot (Jacques), 11; Delahaye, 14; Lagrange, 11; Hartglass, Rousse et Malgat, 12.

Pathologie. — Séance du 12 février. — MM. Lefèvre (Paul) et Pecker, 8; Plichet, 13; Girard, 11; Garlopeau, 10; Bethoux, 11; Pierre, 13; Prieur, 12; Winter et Dubois (Henri), 13.

Séance du 14 février. — MM. Barois, 8; Bertrand (Louis), 12; Duchon, 11; Bourdillon, 9; Laurent (Marcel), 10; Doubrère, 12; Chastang, 13; Grenaudier et Villetard de Prunières, 8; Cordey, 12.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — MM. Mulon et Tiffenau, agrégés, sont maintenus en exercice pour une période de trois ans; M. Moog a été nommé chef des travaux pratiques de chimie en remplacement de M. Maillard.

— Ont été nommés chefs des laboratoires d'enseignement et de recherches.

Chimie : M. Bierry, en remplacement de M. Moog.

Thérapeutique. — M. Gérard.

Hygiène (bactériologie). — M. Debré, en remplacement de M. Thierry.

Laboratoires des cliniques. — Clinique des maladies mentales (Sainte-Anne). — Ont été nommés :

MM. Scrini, chef des travaux ophtalmologiques; Courtade, chef du laboratoire d'électricité et de photographie; Devaux, chef du laboratoire d'anatomie pathologique; Dogny, chef du laboratoire de chimie; Dumas, chef du laboratoire de psychologie.

Clinique des maladies des voies urinaires (Necker). — M. Chabanier a été nommé chef du laboratoire de chimie, en remplacement de M. Ambard.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis). — M. Pomaret a été nommé chef du laboratoire de chimie.

— Il est créé un cours d'éducation physique (subvention du ministère de la Guerre).

— Sont chargés de cours : MM. Gueniot, agrégé (clinique obstétricale); Lequeux, agrégé (obstétrique); Demelin, agrégé libre (enseignement théorique aux élèves sages-femmes).

— M. Guilleminot est nommé chef des travaux pratiques de physique.

— Un congé, du 1er décembre 1919 au 31 octobre 1920, est accordé, sur sa demande, à M. Quénu, professeur de clinique chirurgicale.

M. Schwartz, agrégé, est chargé, pendant la durée du congé accordé à M. Quénu, d'un cours de clinique chirurgicale.

— La chaire de physique de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à partir de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour produire leurs titres. (*J. O.*, 14 fév. 1920.)

FACULTÉ DE MÉDECINE. — ALGER. — M. le professeur Hérail est nommé assesseur du doyen.

— BORDEAUX. — M. Barthe, agrégé, est maintenu en exercice jusqu'à l'âge de la retraite; MM. Cruchet, Puyot, Péry, Labat et Mandoul, agrégés, sont maintenus en exercice pour une période de trois ans; M. Delaunay, agrégé, est nommé chef du laboratoire d'hygiène en remplacement de M. Micheleau, appelé à d'autres fonctions.

— LILLE. — MM. Bedart et Le Fort, agrégés, sont maintenus

en exercice jusqu'à l'âge de la retraite ; Gérard, Vallée, Ingelrans, Potel et Dubois, agrégés, sont maintenus en exercice pour une période de trois ans ; M. Louis, est nommé chef de travaux de chimie minérale.

— MONTPELLIER. — MM. Grynfeltt, agrégé, est maintenu en exercice jusqu'à l'âge de la retraite ; Leenhardt, Cabannes, Riche, Galavielle et Gaussel, agrégés, sont maintenus en exercice pour une période de trois ans.

LA RÉORGANISATION DE L'ÉCOLE D'APPLICATION DU SERVICE DE SANTÉ. — Un décret en date du 10 février (voir *Journal officiel* du 15 février) modifie le fonctionnement du Val-de-Grâce.

Le stage des aides-majors de deuxième classe au lien d'être accompli comme par le passé, dès la sortie de l'Ecole de Lyon, ne commencera qu'un an après lorsque les élèves auront fait un an de service dans les hôpitaux militaires. En outre, il a paru nécessaire de rattacher éventuellement l'hôpital militaire Percy à l'Ecole, dans le cas où les services de l'hôpital du Val-de-Grâce seraient insuffisants pour l'enseignement clinique. Enfin, les jurys de concours comprendront des membres civils pris parmi les professeurs des facultés.

LA SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE ET LE TRANSPORT DES EAUX MINÉRALES. — La Société de thérapeutique vient de voter le vœu suivant :

La Société de thérapeutique appelle l'attention des ministres des Travaux publics et de l'hygiène sociale sur l'erreur commise en classant dans la catégorie C des transports les eaux minérales naturelles. Les boissons dites hygiéniques figurent dans la catégorie B ; il est donc absolument indiqué d'y placer également les eaux minérales, qui représentent certainement la boisson hygiénique par excellence.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs H. Léger et Rovéry (de Marseille) ; Ch. Cauran, médecin principal de la marine en retraite à Toulon.

CHRONIQUE

LA SITUATION SANITAIRE EN UKRAINE

Le major Léderrey, délégué du Comité international de la Croix-Rouge, vient de publier un important rapport sur la mission sanitaire dont il a été chargé en Ukraine (1).

Il fait un tableau impressionnant de la misère effroyable dans laquelle se débat ce malheureux pays. « Abandonnée par l'Entente, coupée du reste du monde, d'un côté par ses ennemis, les bolchevikis et Denikine, d'autre part par les Roumains et les Polonais qui la bloquent, par ordre supérieur, paraît-il, vidée par les différents gouvernements qui, sans apporter d'amélioration, ont toujours emporté quelque chose, la malheureuse Ukraine reste comme un agonisant, oublié dans un coin du champ de bataille, sur lequel, craignant d'arriver trop tard, s'acharnent déjà chiens et corbeaux. »

L'Ukraine fit partie de l'immense champ de bataille européen, non seulement elle a été dévastée par la guerre, mais tout le monde y a réquisitionné : Allemands, Autrichiens, Denikine, Petlura, les Bolchevikis... « On ne nous a laissé que le sol et ce qui adhérait », disait un Ukrainien au major Léderrey qui convient que cette appréciation n'a rien d'exagéré.

Dans ce malheureux pays les moindres objets ont une valeur hors de toute proportion. En voici un exemple : M. Léderrey a payé un ressemelage de souliers 1.400 (mille et quatre cents) roubles !

Si l'Ukraine est un pays misérable, dénué de toutes ressources, deux choses, en revanche, y abondent : la vermine et les épidémies.

L'an dernier, le typhus exanthématique et la grippe espagnole firent de grands ravages, le typhus surtout qui a emporté 20 p. 100 du personnel sanitaire. M. Léderrey fait une description véritablement saisissante des hôpitaux de typhiques où tout manque, sauf la puanteur, où il fait froid à un tel point qu'il a vu lui-même un soldat atteint de typhus ayant eu les pieds gelés dans son lit.

« Certaines salles de typhiques, écrit-il, m'ont laissé l'impression d'un vaste atelier de tailleur. Assis sur leur couche, les jambes croisées, leurs couvertures ou leurs vêtements entre les mains, avec des gestes lents et maladroits, les malades recherchaient la vermine. Celle-ci abonde. Tant qu'on se trouve en Ukraine il est impossible de s'en débarrasser. On peut imaginer combien le danger de contagion est grand lorsqu'on songe que les typhus exanthématique et récurrent se transmettent précisément par le pou. »

M. Léderrey apporte ensuite quelques chiffres auxquels il n'y a rien à ajouter, ils sont suffisamment éloquents.

a. Sur 100 soldats malades il y a :

Soldats atteints de typhus exanthématique.	30 p. 100
— — — récurrent......	60 —
— — maladies vénériennes..	2 —
— — — non épidémiques......	5 —
— — en chirurgie....	3 —

b. Répartition des maladies épidémiques parmi la population de Podolie.

En 1918, on aurait enregistré pour 4 millions et demi d'habitants :

20.000 cas de typhus exanthématique,
12.000 — — abdominal,
21.000 — grippe espagnole.

c. Mortalité dans un hôpital épidémique : du 1er août 1919 au 13 novembre 1919, l'hôpital Kamenetz-Podolsky a hospitalisé 3.704 malades dont 272 sont morts.

Les décès sont dus :

Au typhus exanthématique.....	79	cas
— récurrent...........	67	cas
— abdominal..........	6	cas
A la dysenterie...............	114	cas
Au choléra asiatique..........	2	cas
A la malaria..................	1	cas
Causes diverses...............	3	cas

Le major Léderrey apporte, en terminant, des chiffres précis, qui attestent la gravité de la situation. La mortalité totale, qui était de 4,3 p. 100 en août, a passé en septembre à 6,2 p. 100.

« A ces chiffres si expressifs, écrit-il, je n'ai rien à ajouter. Ils font comprendre, mieux que ne le saurait faire ma plume, combien est sérieuse la situation sanitaire de l'Ukraine et quel danger énorme guette les pays voisins. Jusqu'à maintenant ceux-ci ne paraissent pas avoir saisi toute l'importance de la menace. Absorbés par des questions de politique intérieure et extérieure, Polonais et Roumains semblent fermer les yeux aux terribles épidémies qui s'apprêtent à franchir les frontières. »

L. G.

(1) *Revue internationale de la Croix-Rouge*, n° 13, 15 janv. 1920.

RENSEIGNEMENTS

553. — **ON DÉSIRE ACHETER :** *La Pathologie interne*, de Bergi, Henriquez, Lamy, Laffitte.

— Le numéro 2 (février 1919), *Journal médical français* (Névralgies faciale et sciatique).

Ecrire à M. BILLARD, 7, avenue Ledru-Rollin, Paris.

DE L'ACTION DES COURANTS DE HAUTE FRÉQUENCE ET DE HAUTE TENSION

SUR LES

OSTÉITES TUBERCULEUSES

Par M. E. DOUMER,

Professeur à la Faculté de médecine de Lille,
Correspondant national de l'Académie de médecine.

Le sujet qui fait l'objet de ce travail (1) n'est pas absolument nouveau. Déjà, il y a plus de huit ans, j'ai publié les premiers résultats de mes recherches sur ce sujet et, bien antérieurement, il y a une douzaine d'années, MM. Denoyes et Imbert ont signalé les résultats favorables qu'ils avaient obtenus par l'effluvation de haute fréquence dans certaines tuberculoses locales.

Si je reviens aujourd'hui sur cette importante question c'est que, d'une part, le long temps écoulé depuis ma dernière note m'a permis de constater la persistance des guérisons que j'avais annoncées et, d'autre part, parce que des observations nouvelles sont venues préciser mes idées, en modifier quelques-unes, expliquer certains insuccès et par conséquent permettre de préciser les indications de cette thérapeutique, du moins dans les conditions actuelles de notre instrumentation.

Les recherches nouvelles dont je rends compte aujourd'hui ont été instituées dès 1910 et je les ai poursuivies jusqu'à ce jour. Elles ont porté sur une vingtaine de cas différents soit par le siège de la lésion, soit par son ancienneté. Tous ces malades ont été soumis à l'action de champs électro-statiques oscillants puissants, d'un voltage supérieur à 80.000 volts avec des oscillations variant de 800.000 à 1.000.000 à la seconde. La durée des séances était de 10 minutes, et, suivant les cas, ces séances étaient quotidiennes ou trihebdomadaires.

Je crois inutile de rapporter en détail les 20 nouvelles observations que j'ai recueillies; je me contenterai d'insister sur quatre cas seulement dont je pourrai tirer des enseignements qui s'appliqueront aux autres. Ils sont tous les quatre relatifs à des ostéites plus ou moins graves du pied.

Observation I. — Dans le premier cas, il s'agit d'un jeune homme de dix-huit ans qui était atteint d'une ostéite fistuleuse du pied gauche depuis plus de six ans. Presque dès le début de l'affection la nature tuberculeuse de l'affection ayant été reconnue, le membre fut soigneusement immobilisé. Cependant, sept mois plus tard, la tumeur s'abcéda et le chirurgien dut procéder à un grattage profond du premier cunéiforme. A la suite de cette intervention il y eut un moment d'arrêt et le malade fut tranquille pendant près de six mois. Mais un nouvel abcès s'étant formé dans la même région, le chirurgien dut intervenir de nouveau et, cette fois, il fit l'ablation totale de l'os nécrosé.

On pensait en avoir fini avec le mal; il n'en fut rien : un nouvel abcès et une nouvelle fistule s'établirent qui firent songer à une troisième intervention chirurgicale. C'est à ce moment que le malade me fut présenté. Je constatai à la face interne du pied malade une fistule profonde par laquelle s'écoulait un peu de pus séreux où l'on pouvait par moments constater l'existence de petites esquilles osseuses. La lésion cette fois intéressait le scaphoïde qui était, comme la radiographie le montra, nécrosé dans une grande étendue. Tous les autres os du pied d'ailleurs étaient dans de fort mauvaises conditions de nutrition, car ils présentaient un tel degré de décalcification qu'on n'en distinguait plus que les contours; un drain en caoutchouc, qui était placé en permanence dans la fistule, était même plus opaque aux rayons X que le plus épais de ces os. L'état général du malade était aussi très défectueux.

C'est dans ces conditions que le traitement fut entrepris. Les séances furent au début quotidiennes et se suivirent à peu près sans interruptions pendant six mois. Au début l'amélioration fut assez rapide, dans ce sens que les quelques phénomènes douloureux qu'accusait le malade disparurent et que le gonflement, très appréciable, de la région s'affaissa et disparut presque. En même temps on put constater une diminution très évidente, quoique lente, de la sécrétion purulente. Au bout de six mois la fistule existait toujours, mais la rougeur avait presque complètement disparu et depuis longtemps le malade ne constatait plus dans le pus les petits fragments osseux qu'il observait assez fréquemment avant le traitement électrique. L'état général s'était d'ailleurs considérablement amélioré; le malade notamment avait retrouvé un excellent appétit.

Le traitement fut suspendu pendant trois mois. A la reprise je constatai que l'amélioration avait encore fait des progrès : l'écoulement purulent était devenu insignifiant, l'orifice de la fistule s'était très réduit et le drain ne pouvait être enfoncé que de 2 centimètres environ.

Je fis une nouvelle série d'applications à raison de trois par semaine pendant quatre mois; puis une nouvelle interruption, puis enfin nouvelle et dernière reprise dans les mêmes conditions jusqu'au moment où le pertuis fut complètement fermé et la peau eut repris sa coloration normale.

Une nouvelle radiographie faite à ce moment donna des résultats presque identiques à ceux de la première : tous les os du pied étaient encore dans un état de décalcification presque aussi marqué, autant du moins que l'on en peut juger par deux radiographies faites à des époques aussi éloignées. Cependant le malade, malgré ma défense, marchait en appuyant sur le pied malade, oubliant même souvent de se servir de sa canne.

Depuis cette époque le malade que je n'ai jamais cessé de surveiller a continué à aller de mieux en mieux et de vivre d'une vie très active. Il a fait toute la guerre, dont une grande partie au front. Mais ce n'est que très tardivement que la récalcification des os a été complète. Deux ans après la fin du traitement leur transparence aux rayons X était encore fort appréciable. On verra par la suite l'importance de cette constatation.

Il s'agit donc dans ce cas d'une guérison bien nette et si l'on songe que près de huit ans se sont écoulés depuis la fin du traitement, que cet homme, aujourd'hui dans toute la force de l'âge, mène une vie active, on peut admettre qu'elle est définitive.

Obs. II. — Voici un autre cas plus grave encore ou du moins plus ancien. Il s'agit d'une jeune fille de vingt-cinq ans qui depuis plus de treize ans est atteinte d'une ostéite du pied droit et qui, dès le début de l'affection, a été envoyée à Berck qu'elle n'a pas quitté depuis. Elle y a été soignée par les méthodes que l'on sait et je crois bien que bien peu nombreux sont les médecins de cette Station qui ne la connaissent pas. Lorsque je la vis pour la première fois, juillet 1912, son pied très tuméfié était une véritable écumoire; il présentait onze fistules dont s'écoulait un pus épais et très abondant. Depuis longtemps on lui avait proposé l'amputation de la jambe, à quoi elle ne voulut jamais consentir.

(1) Communication lue à l'académie de médecine, séance du 27 janvier 1920. Un résumé seulement de la communication a été publié dans le *Bulletin de l'Académie*.

Je la soumis au même traitement que le malade précédent, mais chez elle ce traitement fut fait tous les jours, sans aucune interruption, jusqu'à la fin de 1913, c'est-à-dire pendant environ dix-huit mois. L'amélioration fut aussi très lente; cependant, comme chez le malade précédent, je constatai assez tôt une diminution de la tuméfaction et un ralentissement de la sécrétion. Ce n'est que vers le onzième mois que les fistules commencèrent à se fermer, d'abord deux, puis une le mois suivant. Vers la fin de 1913 il ne restait plus qu'une seule fistule sur la face externe du talon.

On dut à cette époque cesser le traitement et pourtant l'amélioration continua d'elle-même; en février 1914 la dernière fistule se cicatrisait et la malade, définitivement guérie, put quitter Berck.

J'ai eu de ses nouvelles il y a quelques jours à peine. La guérison s'est maintenue complète et depuis six ans la malade marche avec facilité.

Comme dans le cas précédent la radiographie a montré, en dehors de la nécrose de divers os du tarse, une décalcification profonde de tous les os du pied et de l'extrémité inférieure des os de la jambe. Dans ce cas aussi la recalcification s'est faite avec une lenteur extrême.

Obs. III. — Une troisième observation est celle d'une jeune fille de vingt ans, fille d'un de nos plus distingués confrères d'Egypte. Quand je la vis pour la première fois, en août 1912, elle présentait une toute petite fistule à la face dorsale du troisième cunéiforme. Cette fistule remontait à deux ans environ. Le diagnostic ayant été fait aussitôt, la malade fut soumise pendant plusieurs mois à une cure par l'*héliothérapie*. Les résultats ayant été nuls, le père l'envoya à Berck où elle fut confiée aux soins du docteur Ménard. C'est d'ailleurs ce confrère qui a bien voulu me l'adresser.

Ici les résultats furent extrêmement rapides, car moins d'un mois après le début du traitement non seulement la fistule était fermée, mais toute trace de sensibilité, même à la pression, avait disparu. La guérison était si complète que la jeune fille put retourner en Egypte.

Obs. IV. — Le dernier cas dont je désire vous entretenir est encore un cas d'ostéite du pied, mais il présente cette particularité que, après une guérison aussi nette que celles signalées plus haut, il y a eu à deux reprises des récidives dans des conditions très instructives. Il s'agit d'une jeune femme de vingt-huit ans, traitée à plusieurs reprises pour de l'ostéite du pied, opérée même deux fois par notre collègue, le professeur Duret.

Au moment où je la vis pour la première fois, elle avait une ostéite fistuleuse intéressant le premier métatarsien. Cet état durait depuis deux ans environ. Le traitement fut commencé en 1910 et après une cure de huit mois la guérison apparente était suffisamment nette pour que, d'un commun accord, on crût pouvoir cesser le traitement.

Tout alla bien jusqu'en mars 1914. A ce moment la malade qui commençait une grossesse, fut contrainte par des maladies qui sévirent chez ses petits enfants à une très grande fatigue. Vers avril elle commença à ressentir des douleurs dans le pied, puis une tuméfaction apparut. La malade vint aussitôt me trouver. Je la soumis de nouveau au traitement par l'effluvation de haute fréquence et le traitement fut continué jusqu'en octobre, moment où l'envahissement du pays par les troupes allemandes rendit les communications avec Lille fort difficiles. L'amélioration produite par le traitement continua néanmoins et vers décembre 1914 cette récidive pouvait être considérée comme guérie.

Pendant deux ans la malade ne ressentit aucune douleur, ni aucun signe anormal; mais vers le milieu de 1917, au moment où les privations de la population civile de nos régions commencèrent à retentir profondément sur sa santé, des douleurs et du gonflement reparurent, mais malheureusement elle ne put jusqu'à ces derniers jours reprendre le traitement électrique.

A part ce dernier cas où les récidives successives enlèvent à la première partie de l'observation toute sa valeur documentaire, récidives sur lesquelles je reviendrai dans un instant, on peut dire que les résultats de l'effluvation de haute fréquence dans les ostéites du pied sont vraiment très satisfaisants. Un premier fait ressort de ces observations, à savoir: il existe de grandes différences de durée dans ces cures; dans un cas la guérison a été obtenue en quelques semaines, elle a exigé plus de dix-huit mois dans un autre. Sans doute divers facteurs tels que l'ancienneté des lésions, leur étendue, l'état général du malade, doivent intervenir, mais il en est un qui ressort clairement des observations que je viens de rapporter et aussi d'autres cas heureux analogues dont je n'ai pas parlé, c'est la profondeur où siège la lésion. Il semble qu'en général plus l'os malade est profondément situé, plus la durée de la cure sera longue. Si à cette constatation clinique on ajoute cette considération d'ordre purement physique que ces sortes de courants ne se propagent guère qu'à la surface des corps et ne pénètrent que fort peu dans la profondeur des tissus, on comprend que certaines localisations tuberculeuses doivent être inaccessibles à leur action. C'est ainsi peut-être que l'on pourrait expliquer les insuccès dont je n'ai pas encore parlé jusqu'ici mais que je garderai bien d'omettre. J'ai en effet, dans deux cas de carie de vertèbres, vainement essayé d'enrayer l'évolution de la maladie par l'effluvation de haute fréquence. Ces ostéites se sont montrées absolument rebelles. Peut-être un traitement effectué avec des appareils plus puissants que ceux dont nous disposons en ce moment, peut-être aussi en faisant des séances plus longues où un traitement plus longtemps prolongé arrivera-t-on à des résultats meilleurs, mais ce n'est là encore qu'une espérance que je me contente de faire entrevoir.

Si ces insuccès ne m'ont pas étonné outre mesure, il en est d'autres par contre qui m'ont surpris. Dans deux cas ou j'ai rencontré un insuccès complet, il s'agissait d'ostéite du membre supérieur siégeant l'une au poignet, l'autre chez un enfant de quatre ans, aux doigts des deux mains et constituant l'affection bien connue sous le nom de *spina ventosa*. Dans ces deux cas, les résultats ont été absolument nuls et pourtant le traitement chez l'un comme chez l'autre a été prolongé pendant des mois. Ces insuccès ont été pour moi une véritable déception. Partant de cette idée que les lésions sont d'autant plus curables qu'elles sont plus superficielles j'escomptais un joli succès. Cet échec nous enseigne qu'il y a sans doute d'autres facteurs encore inconnus à considérer. J'avoue qu'il m'en coûterait d'abandonner ma manière de voir au sujet de l'importance du facteur *profondeur*, non pas, vous le pensez bien, par amour-propre d'auteur, mais parce qu'elle me parait encore vraie, toutes choses égales d'ailleurs; mais je me demande si dans le cas des membres supérieurs et notamment du poignet et de la main il n'intervient pas un nouveau facteur dont je n'ai pas tenu compte

jusqu'ici, je veux dire la température moyenne de l'organe. Remarquez en effet que, de tous nos organes, la main est le plus exposé aux variations de température. Les malades atteints au pied l'enveloppent d'ouate ou de pansements suffisamment protecteurs contre le froid et cette protection s'étend d'un pansement à l'autre. Pour la main il n'en est pas ainsi ; les services que l'on demande à cet organe sont si importants, si nombreux et si fréquents qu'on n'aime guère à l'emprisonner et quand on s'y décide c'est pour peu de temps et toujours d'une façon insuffisante ; et par là sa température moyenne reste toujours très inférieure à la température du reste du corps. Il est possible que cette condition rende plus difficile la défense des tissus et la réparation des lésions.

Un autre point sur lequel je désire encore insister est la récidive que j'ai signalée dans l'observation IV (la seule d'ailleurs que j'ai rencontrée). Ce fait qu'une lésion, que depuis plus de deux ans on considérait comme guérie, ait pu récidiver est évidemment fort décevant. Mais il nous surprendra moins si nous considérons qu'une lésion osseuse n'est pas guérie parce que les phénomènes inflammatoires qui l'accompagnaient ont disparu et parce que les trajets fistuleux se sont comblés. Les radiographies nous montrent au contraire qu'il ne l'est pas encore et qu'il reste pendant de longs mois dans un état de décalcification profonde et par conséquent dans un état de réceptivité pour l'infiltration bacillaire. Sans doute livré à lui-même, petit à petit, cet os guérit, mais il reste pendant des mois et peut-être des années en état de convalescence et par conséquent fragile. Qu'une cause aggravante survienne telle qu'une grossesse ou un traumatisme violent, ou une fatigue excessive, aussitôt le processus bacillaire, qui était en rétrocession, peut réapparaître et produire une nouvelle poussée d'ostéite Ce fait de récidive ne doit donc pas nous émouvoir outre mesure, il doit seulement nous engager d'abord à ne pas cesser le traitement trop tôt et aussi et surtout à conseiller au malade des mesures de prudence.

J'ai tenu à insister un peu longuement peut-être sur les insuccès que j'ai rencontrés, car j'estime que les insuccès sont aussi instructifs, quelquefois même plus, que les succès eux-mêmes. D'autant plus que les résultats positifs heureux sont assez nombreux et assez encourageants, il me semble, pour engager ceux de nos collègues qui voient souvent des maladies de ce genre à essayer cette méthode. Il serait vraiment à souhaiter que dans chaque service, dans chaque centre où l'on soigne des ostéites, il y ait un poste de courants de haute fréquence et que systématiquement tous les malades atteints de cette affection soient soumis à son action. Les applications sont sans danger, d'autre part elles sont absolument indolores, les malades, quelque timorés qu'ils soient, les acceptent facilement. Le bénéfice que l'on tirerait de ces interventions compenserait largement les quelques frais que la création et l'entretien de pareils postes pourraient occasionner. On peut reprocher il est vrai à cette méthode sa lenteur, mais ne sait-on pas combien plus lents sont encore les autres traitements de cette désespérante affection? En attendant le traitement rêvé qui guérira vite et à coup sûr ces tuberculoses osseuses, il faut bien savoir nous contenter des méthodes plus modestes que nous possédons, quelque imparfaites qu'elles soient.

NOTES DU PRATICIEN

LE MAL DE POTT DE L'ADULTE

Le mal de Pott de l'adulte constitue une des maladies le plus rarement diagnostiquées par le praticien, tout au moins avant l'apparition des complications (abcès froid, troubles moteurs). Le diagnostic en est certes plus difficile que chez l'enfant. Néanmoins, si l'on songe à sa possibilité dans un certain nombre de cas donnés, on ne doit pas le laisser passer inaperçu. Ce qui manque au praticien sur le mal de Pott de l'adulte, ce sont des données simples et exactes. Il vit le plus souvent sur des idées tout à fait erronées à son sujet.

Tout d'abord il faut complètement abandonner ce dogme que le mal de Pott de l'adulte est rare. Il est au contraire très fréquent, sans l'être peut-être (et encore ce n'est pas bien sûr) aussi fréquent que chez l'enfant. Entre vingt ans et cinquante ans, le mal de Pott constitue à lui seul 50 p. 100 environ de la tuberculose osseuse de l'adulte ; chez l'enfant il vient, au contraire, comme fréquence après la coxalgie et sur le même rang que la tumeur blanche du genou. Chez le vieillard, sauf le mal sous-occipital (qui est une tumeur blanche vertébrale et non un mal de Pott véritable), il est très rare ; ce sont le genou et le pied qui constituent les sièges principaux de la tuberculose osseuse.

La constitution de centres de tuberculose externe pour les soldats, dans la dernière année de la guerre, a permis de vérifier cette constatation déjà établie par la pratique civile.

Une autre constatation faite dans les centres militaires de tuberculoses osseuses par le docteur Buffnoir (de Cannes) et par nous-même, c'est que l'on relève dans les antécédents des pottiques adultes avec une fréquence énorme (plus de 60 p. 100) une pleurésie séro-fibrineuse ou sèche dans les mois ou l'année ayant précédé le début des accidents. Faut-il voir là la possibilité d'une propagation de proche en proche de la tuberculose des culs-de-sac pleuraux aux vertèbres. Nous ne le pensons pas, car, comme nous le verrons, le mal de Pott de l'adulte est presque toujours lombaire ou lombo-sacré, plus rarement lombo-dorsal, rarement dorsal. Il s'agit pour nous de deux manifestations contemporaines de l'infection tuberculeuse générale, de la bacillémie (diagnostiquée le plus souvent grippe, embarras gastrique, etc.), mais tandis que la pleurésie s'est révélée de suite, la tuberculose osseuse a évolué pendant plusieurs mois avant d'aboutir à des manifestations perceptibles en clinique.

En effet, il ne faut pas perdre de vue les caractères anatomo-pathologiques qui dominent toute l'histoire du mal de Pott de l'adulte.

Chez l'enfant, le corps vertébral est peu volumineux (surtout pour les vertèbres dorsales supérieures

ou moyennes souvent frappées), peu ossifié, formé presque exclusivement de tissu aréolaire s'effondrant facilement; d'emblée plusieurs vertèbres sont souvent frappées ou du moins l'extension du foyer (de bas en haut le plus souvent) se fait rapidement, soit par progression dans les corps vertébraux, soit par décollements sous-périostés antérieur ou postérieur (intrarachidien).

Chez l'adulte, les caractères sont bien différents. Tout d'abord le siège.

M. Ménard relevait, en 1900, 184 maux de Pott de l'enfant sur lesquels il y avait : 7 cervicaux, 34 cervico-dorsaux et dorsaux supérieurs, 29 dorsaux moyens, 55 dorso-lombaires et 42 lombaires ou lombo-sacrés.

J. Doche (*Presse méd.*, 14 janv. 1920, p. 35), sur 140 cas de mal de Pott de l'adulte, relève 7 cervicaux, 31 dorsaux moyens et supérieurs, 102 lombaires, dorso-lombaires ou lombo-sacrés.

Le mal de Pott dorsal supérieur et moyen est donc moitié plus rare chez l'adulte que chez l'enfant, tandis que le mal de Pott lombaire forme 72 p. 100 des cas observés.

Dans la région lombaire les corps vertébraux sont énormes, de tissu aréolaire serré, enrobé dans une couche épaisse de tissu compact. Le foyer peut se limiter longtemps à une seule vertèbre si le début est central, à deux vertèbres si le début est périphérique (face reposant sur le disque). L'effondrement vertébral peut être très tardif et même inexistant. Quand il s'effectue, il est limité au début, souvent plus marqué d'un côté. De ce fait, lorsque le malade est debout, il se produit deux courbures de compensation en sens inverse réunies par le coude brusque du foyer vertébral. La ligne des apophyses épineuses forme une baïonnette visible à l'examen clinique et encore mieux à la radiographie. Nous avons trouvé cette déviation latérale dans 8/10 de nos pottiques adultes, alors que la déviation latérale du rachis est plutôt rare chez l'enfant, au moins à la période d'état du mal de Pott; on l'observe plus souvent tardivement comme affaissement secondaire du cal vertébral.

Chez l'enfant, la destruction rapide des corps vertébraux, le poids du corps, la contracture des muscles abdominaux antérieurs amènent très rapidement l'inflexion vertébrale se traduisant entre autres à la région dorsale par l'écartement en éventail des apophyses épineuses, par une gibbosité arrondie.

Dès qu'un corps vertébral est complètement détruit, l'arc postérieur devenu libre est énucléé en arrière, saillant sous le doigt qui explore les apophyses épineuses de bas en haut, en « marche d'escalier », surplombant souvent le sommet de la gibbosité. C'est la gibbosité pointue.

Chez l'adulte, l'inflexion antéro-postérieure est peu marquée. A la région lombaire, en effet, on voit rarement se produire une vraie gibbosité. « Les bosses se portent dans le dos », dit M. Ménard.

Loin d'observer l'écartement des arcs, on voit le plus souvent un « tassement » des corps et des arcs postérieurs. Un doigt expert le perçoit aux apophyses épineuses et un œil exercé sur les radios au niveau des apophyses articulaires.

Dans le mal de Pott de l'adulte les abcès sont d'une grande fréquence. En effet, on sait combien le mal de Pott lombaire donne plus souvent des abcès que le mal de Pott cervical ou dorsal. Alors que sur 102 cas de mal de Pott lombaire, Doche en note 79 avec abcès et sur 38 cas cervicaux ou dorsaux un seul abcès, sur 184 pottiques enfants, M. Ménard ne relève que 73 abcès ou fistules et seulement 4 dépendant d'un mal de Pott cervical ou dorsal, tous les autres dépendaient de lésions lombaires ou dorso-lombaires. A la région lombaire (et à ce propos M. Ménard a montré depuis longtemps que la 12e vertèbre dorsale devait, en tant que mal de Pott, être comptée comme une lombaire), l'abcès évolue presque toujours dans la gaine du psoas. Chez l'adulte, il n'est pas rare de voir l'abcès occuper successivement les deux psoas et le pus refluer à la pression d'un côté à l'autre à travers le foyer vertébral.

A la région dorsale l'abcès est d'une bien moins grande fréquence, évoluant le plus souvent dans le canal rachidien et origine des compressions médullaires, des paraplégies extrêmement fréquentes. Le mal de Pott lombaire ne donne pas lieu à des paraplégies à cause de la facilité de l'évolution extrarachidienne des abcès, mais chez l'adulte on observe, avec une fréquence énorme, pour ne pas dire toujours, des signes de compressions radiculaires portant sur les dernières racines dorsales, les racines lombaires et sacrées. Ces symptômes radiculaires, bien plus rares chez l'enfant, sont une des caractéristiques du mal de Pott de l'adulte.

On voit combien l'évolution anatomique du mal de Pott de l'adulte est différente de celle de l'enfant. Il en découle naturellement une symptomatologie très dissemblable. Or, le praticien est porté à chercher chez l'adulte les mêmes symptômes qu'il est habitué à voir chez l'enfant. Ne les trouvant pas il ne pense pas à la possibilité d'un mal de Pott, ou, s'il y a pensé un instant, il rejette vite cette idée. C'est de là certainement que vient le nombre énorme des cas de mal de Pott méconnus chez l'adulte.

Chez l'enfant, qui est-ce qui nous frappe surtout au début du mal de Pott? L'attitude et la forme du rachis; l'attitude raide, en bois, l'impossibilité de se baisser provenant de la contracture musculaire violente et étendue, celle-ci d'ailleurs fonction de l'affaissement, de la menace d'inflexion du rachis. La colonne va se plier, l'organisme résiste et se défend.

Or, chez l'adulte, l'inflexion vertébrale est rare, et, si elle existe, tardive. Les pottiques conservent le plus souvent une souplesse étonnante. Doche note que chez le tiers des malades les mouvements de flexion et de latéralité étaient entièrement ou partiellement conservés. « En revanche, dit-il, il n'est pas un cas de mal de Pott où nous n'ayons trouvé entièrement bloqué le mouvement d'hyperextension. »

Encore faut-il distinguer : cette diminution de l'hyperextension peut être masquée si on la recherche sur le malade debout; il faut la rechercher sur le malade couché sur le ventre en soulevant les membres inférieurs, ce qui n'est pas toujours facile.

De même, souvent un malade examiné debout paraît avoir des mouvements de rotation du rachis normaux. Au lit il a du mal à se retourner, surtout sur un lit bien plat, et cette torsion lui est pénible. Nous avons souvent noté le fait.

Chez l'enfant, la destruction et l'inflexion vertébrale créent la gibbosité. Chez l'adulte, à la région lombaire ou dorso-lombaire, la gibbosité n'existe pour ainsi dire pas. Il faut bien le savoir. Cette constatation étonne beaucoup de praticiens qui attendent la constitution d'une bosse pour porter le diagnostic de mal de Pott.

Si le mal de Pott de l'enfance est peu douloureux, soit que l'enfant ne se plaigne pas, soit que réellement il souffre peu, ce qui est vraisemblable, car on voit des pottiques circuler, jouer, sauter pendant un an, dix-huit mois avant que la formation d'une grosse bosse n'ait inquiété une famille peu soigneuse, chez l'adulte, au contraire, les douleurs à type radiculaire dominent souvent toute la scène. Ce sont des douleurs irradiées sur tout le parcours des nerfs venus des racines dorso-lombaires, et rapportées souvent à leur terminaison. Elles ont trois caractères importants : leur violence extrême, leur marche par crises successives, et celui d'être atténuées ou même de disparaître par le repos au lit. Au contraire, la station debout prolongée, les secousses (voitures, chemin de fer, toux, éternuement, etc.) les provoquent. Ces caractères constituent un ensemble de premier ordre pour le diagnostic.

Ce sont des douleurs en ceinture, douleurs de reins, lumbagos à répétition, fausses coliques néphrétiques, entéritiques, appendiculaires, douleurs du pli de l'aine, de la hanche, de la fesse, de la face externe de la cuisse jusqu'au genou, douleurs sciatiques rebelles. Combien de maux de Pott ont-ils été d'abord dirigés vers des spécialistes de ces diverses affections, clients des villes d'eaux pour gravelle ou entérite, quand ils n'ont pas été opérés pour appendicite comme nous en connaissons trois cas.

A côté de la forme douloureuse qui est de beaucoup la plus fréquente chez l'adulte, on peut voir chez lui des maux de Pott à évolution indolore et chez ces malades le premier symptôme peut être l'apparition d'un abcès iliaque et crural. Ici encore si, comme un réflexe, on ne retourne pas le malade pour explorer la colonne vertébrale, de grosses erreurs peuvent être commises : hydronéphrose, péritonite tuberculeuse, appendicite suppurée, sarcome de l'os iliaque; tous ces diagnostics ont été posés. Nous avons même soigné deux malades opérés pour hernie crurale et qui devaient à cette malencontreuse intervention la fistulisation de leur mal de Pott, la transformation d'une maladie curable en une affection presque toujours mortelle.

Le mal de Pott de l'adulte peut, exceptionnellement, débuter par des phénomènes de compression et une paraplégie progressive, accompagnés de douleurs radiculaires intenses. Ce sont les clients des services de neurologie.

Le diagnostic est souvent difficile en absence de signes rachidiens. (Voir L. Alquier. Le mal de Pott sans signes rachidiens et avec troubles nerveux, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 19 mai 1906, n° 58.) La radiographie peut elle-même rester muette, les lésions osseuses consistant surtout en érosions postérieures du corps vertébral avec fongosités et abcès à évolution intrarachidienne.

En dehors de tout phénomène paralytique on peut voir chez l'adulte des contractures intenses des membres inférieurs avec douleurs très violentes, contractures très tenaces et persistant des mois après la disparition des signes osseux. M. Ménard rattache ce syndrome à l'irritation radiculaire.

Mais, dira-t-on, s'il peut ne pas y avoir de gibbosité, d'abcès, de paraplégie, en dehors des crises douloureuses, comment reconnaître un mal de Pott chez l'adulte?

L'examen serré du malade nous montre trois symptômes qui ne font presque jamais défaut. Nous avons vu déjà la limitation de l'hyperextension et de la rotation vertébrale, le malade étant examiné couché.

De même la pression digitale sur l'apophyse épineuse de la vertèbre malade est presque toujours sensible, douloureuse. Mais il y a ici un gros écueil à éviter. On voit dans l'adolescence et à l'âge adulte, chez la femme surtout, des douleurs rachidiennes de toute autre nature que le mal de Pott, douleurs par insuffisance rachidienne, infections atténuées, névropathie souvent. Aussi ne convient-il de ne prononcer le gros mot de mal de Pott que si des examens répétés, espacés, ont montré la douleur nette toujours sur la même vertèbre soigneusement repérée et notée à l'insu de la malade, et si, en plus, la radiographie est venue confirmer cette hypothèse.

C'est, en effet, l'examen radiographique qui constitue le troisième symptôme capital du mal de Pott chez l'adulte. Mais il faut savoir le faire faire et l'interpréter. Il faut d'abord bien se pénétrer de ce fait que, pour le diagnostic du mal de Pott de l'adulte, une radiographie de face est insuffisante. A une période avancée et à la région lombaire, elle peut nous montrer le tassement des arcs postérieurs se traduisant par la diminution de hauteur entre les petites taches blanches ovalaires que forment à droite et à gauche les apophyses articulaires des vertèbres, mais au début elle ne donne rien. Une radio de profil est indispensable. Ne vous laissez pas troubler par les protestations de votre radiographe qui la déclarera impossible parce que le malade est trop gros ou parce que le mal de Pott siège trop haut, c'est qu'il ne veut pas ou ne sait pas la faire. Avec un outillage moyen, une radiographie de profil de la colonne vertébrale est toujours possible à la région lombaire et dorso-lombaire ; donc, pour la grande majorité de nos pottiques adultes, c'est question de temps, de pose et d'immobilisation du malade. Pour la région dorsale ou cervico-dorsale, une radio de trois quarts est toujours possible et donnera des renseignements suffisants. (Voir thèse Galland, Paris 1919.)

Si le mal de Pott a débuté par le centre d'un corps vertébral, le profil nous montrera une tache blanche dans le corps de la vertèbre qui, répétée sur plusieurs clichés différents, devient pathognomonique;

plus tard, il y a effondrement de la vertèbre qui devient cunéiforme. Plus souvent c'est par les faces d'un disque que débutent les lésions de deux vertèbres. Il y a diminution de hauteur du disque, « pincement » du disque, disent les Berckois. Cela saute aux yeux en regardant l'épreuve au négatoscope, et « de loin » pour avoir une vue d'ensemble.

Tels sont les éléments principaux qui permettent de dépister le mal de Pott de l'adulte ; mais le principal est d'*y penser*, et toutes les fois qu'on se trouvera en face d'un malade présentant les symptômes d'une maladie que peut simuler le mal de Pott, *retourner le malade*, chercher si le rachis est souple, si une vertèbre est douloureuse, et, en cas de doute, radiographier de profil.

Chez l'enfant, la tuberculose est à peu près la seule infection qui atteigne la colonne vertébrale. Chez l'adulte, il n'en est pas de même, et il existe, en dehors de la spondylite tuberculeuse, des spondylites infectieuses variées qu'il convient de distinguer du mal de Pott. Nous renvoyons sur ce point au travail que nous avons publié avec le docteur Jaubert (Spondylites et périspondylites infectieuses, *Revue de chir.*, juillet-août 1919, nos 7 et 8).

Il reste maintenant deux gros problèmes : le pronostic et le traitement.

Le mal de Pott de l'adulte est certainement très grave, plus grave que celui de l'enfant. D'abord par sa longue durée : « Trois ans de lit, dix ans de corset », dit M. Ménard ; ensuite par la gravité de l'état général dans certains cas. En réalité, c'est cet état général qui domine la scène et règle en grande partie le pronostic. L'état du poumon prend une importance qu'il n'a pas chez l'enfant chez qui l'on a plutôt à redouter la multiplicité des localisations osseuses. Si le malade a eu la bonne fortune de voir sa lésion reconnue et soignée de bonne heure, si le poumon est resté intact, on est étonné, dans certains cas, de voir des pottiques adultes entrer rapidement dans la période de sommeil, de latence du foyer osseux. Mais la guérison complète reste toujours beaucoup plus difficile à obtenir que dans le jeune âge.

Le traitement sera forcément différent de celui de l'enfant. Sauf dans les classes riches (et encore il faut compter avec les indociles) le traitement par le décubitus prolongé est souvent impossible ; les nécessités sociales l'empêchent, le malade ne peut faire les frais d'un séjour de plusieurs années à la mer ou à la campagne, dans les hôpitaux des villes il risque de se tuberculiser rapidement, l'absence d'hôpitaux marins d'adolescents et d'adultes est une des lacunes de notre organisation hospitalière. Le traitement déambulatoire devient bien souvent rapidement une nécessité. Le port du corset plâtré ou celluloïdé suffit souvent, mais quand il est insuffisant la question des opérations ankylosantes de la colonne vertébrale (Hibbs, Albee) peut se poser. C'est une question qui demande de longs développements et que nous nous proposons d'exposer dans un article ultérieur. M. LANCE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 10 FÉVRIER 1920)

Quatre cas de traumatismes fermés du crâne traités par la trépanation décompressive. — M. ROUX-BERGER. M. LECÈNE fait un rapport sur ces observations et pose devant la Société de chirurgie cette question : Que faire en présence des fractures de la base du crâne ? L'expectative, se contentant de simples ponctions lombaires, ou, comme le recommande M. ROUX-BERGER, pratiquer systématiquement la trépanation décompressive de Cushing ? Pour le chirurgien américain, cette opération aurait singulièrement amélioré la statistique des traumatismes craniens, puisque, par l'expectative, il aurait observé une mortalité de 50 p. 100. Son opération, double trépanation décompressive temporale basse, ne tendant qu'à diminuer les phénomènes d'œdème cérébral.

M. LECÈNE pense que, avec le traitement médical, la ponction lombaire répétée, désinfection soignée du conduit auditif externe et des fosses nasales, on peut avoir une arme tout aussi efficace contre l'infection et l'œdème cérébral.

Les fracturés de la base sont exposés à deux sortes d'accidents : des accidents mortels dont le principal est la méningo-encéphalite diffuse, et des troubles psychiques, névroses posttraumatiques, dus le plus souvent à des microtraumatismes diffus de l'encéphale. On ne voit pas par quel mécanisme la trépanation de Cushing pourra modifier ces petits foyers de contusion encéphalique. Le rapporteur est donc d'avis, jusqu'à nouvel ordre, d'être extrêmement prudent et de ne pratiquer la trépanation que dans certains cas, convaincu que l'expectative et le traitement par les ponctions lombaires donnent des résultats tout aussi encourageants.

M. DE MARTEL a fait un très grand nombre de trépanations pour fractures de la base du crâne ; il a lui aussi soigné ces malades par la ponction lombaire ; mais la trépanation de Cushing lui semble donner de bien meilleurs résultats. Les malades sont en général dans le coma, et pour lui le diagnostic des différentes sortes de coma cérébral est très difficile à faire. Il a eu des cas de guérisons après trépanation dans des fractures avec coma depuis cinq ou six jours, semblant tout à fait désespérés.

M. QUÉNU trouve qu'il y a un très grand nombre de fractures de la base du crâne qui ne sont pas graves et guérissent très simplement ; il rappelle que, depuis très longtemps, on a traité ces cas par les ponctions lombaires, et, pour sa part, est tout à fait opposé à la trépanation systématique.

M. DUJARRIER a guéri des malades ayant des fractures du crâne, dans le semi-coma ; il n'a jamais fait de trépanation décompressive.

M. MAUCLAIRE a, dans trois ou quatre cas très défavorables, pratiqué l'opération de Cushing. Ses malades ont tous succombé.

M. DELBET trouve, comme M. Quénu, qu'il faudrait diviser les fractures de la base du crâne ; il y a des cas absolument bénins, guérissant pour ainsi dire seuls, à qui on ne peut vraiment pas appliquer la trépanation systématiquement. Il regrette que l'on ait trop tendance à oublier les signes de localisation des fractures de la base ; il y en a de toute espèce bien décrits par les classiques et suivant lesquels on agira de façons différentes. Dans un cas de compression par œdème aigu du cerveau, il a pratiqué la décompression et guéri son malade, mais ce ne sont là que des cas particuliers ; pour lui il peut y avoir des indications aux trépanations secondaires, il n'y en a pas aux trépanations primitives. Il ne peut donc admettre les conclusions de M. Roux-Berger.

A propos de la vaccinothérapie. (*Suite de la discussion.*) — M. TUFFIER, depuis la découverte de Wright, a fait de la vaccinothérapie. Le gros intérêt qu'il trouve aux communications de MM. Robineau et Delbet est l'étude générale des réactions d'immunité.

M. PROUST rappelle qu'il a envoyé chez M. Delbet une malade, atteinte d'une furonculose généralisée du dos, dans un état très grave. Le résultat du traitement a été excellent, la malade a parfaitement guéri.

M. GRÉGOIRE apporte 17 cas d'ostéomyélites à staphylocoques aiguës ou subaiguës chez des enfants traités par la vaccinothérapie. La plupart ont guéri. La douleur a cessé très rapidement, la température est tombée de 39° à 37°. Quelques cas étaient extrêmement graves. La fièvre est tombée très vite, et, dans 8 cas, la guérison a été obtenue de trente à soixante jours après le début du traitement, dans 3 cas entre soixante et quatre-vingt-dix jours, dans un cas après treize jours, un autre après dix-sept jours, un seul a duré très longtemps : cent soixante-dix-huit jours.

M. OMBRÉDANNE distingue les ostéomyélites très septiques qui tuent presque toujours les enfants, et les formes qui guérissent, avec ou sans vaccination, et même souvent sans traitement chirurgical.

Suites éloignées de la cure radicale d'une hernie diaphragmatique. — M. COTTE rapporte une observation de hernie diaphragmatique, récidivée, guérie après deux interventions.

Présentation de malades. — M. OMBRÉDANNE présente un enfant ayant une fistule double paramédiane de la lèvre inférieure.

M. ARROU présente une jeune femme avec une fistule congénitale du cou.

M. SÉBILEAU présente deux blessés de guerre à qui il a pratiqué une réfection de la lèvre et du menton par un procédé d'autoplastie par lambeau du cou retourné. Les résultats sont remarquables.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 13 FÉVRIER 1920)

Présentation de radiographies positives de calculs du cholédoque. — MM. Pierre DUVAL et H. BÉCLÈRE.

L'encéphalite léthargique. — MM. Marcel LABBÉ et J. HUTINEL déposent un mémoire sur un cas d'encéphalite léthargique avec mouvements choréo-athétosiques, somnolence, paralysie oculaire, lymphocytose rachidienne, suivi de guérison.

Troubles oculaires dans l'encéphalite léthargique. — MM. V. MORAX et J. BOLLAK. De l'étude de sept cas, il s'agit, d'après ces auteurs, surtout de paralysies des mouvements associés.

M. CHAUFFARD apporte avoir observé un cas d'encéphalite léthargique à forme ambulatoire avec diplopie. Il insiste sur les formes à évolution bénigne qu'il faut opposer aux cas d'extrême gravité.

M. LORTAT-JACOB signale un cas d'encéphalite léthargique à forme ambulatoire en voie de guérison.

M. NETTER estime que, dans la moitié des cas, il existe des troubles oculaires. Il insiste, au point de vue du diagnostic, sur la teneur en sucre du liquide céphalo-rachidien. Il a observé dans sept cas une teneur en sucre oscillant entre 0,70 centigrammes et 0,97 centigrammes.

Un cas atypique d'encéphalite léthargique. — M. P.-E. WEIL. Début annoncé par des douleurs articulaires avec fièvre, crise convulsive avec perte de connaissance. A l'entrée à l'hôpital, fièvre à 39 degrés, sommeil profond, ptosis, paralysie des membres supérieurs et inférieurs, paralysie des réservoirs et des muscles de la nuque. Respiration normale. Pouls 150. Kernig. Liquide céphalo-rachidien normal.

A l'autopsie pas de méningite, mais congestion intense de tout le système nerveux central.

En présence de ce fait anormal (concomitance d'encéphalite et de myélite) et des encéphalites avec myoclonies, avec spasmes, M. P.-Emile Weil pense qu'on ferait mieux d'appeler cette affection maladie de Netter.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

(SÉANCE DU 2 FÉVRIER 1920)

Proposition de MM. Roubinovitch et Vallon. — La Société de médecine légale, considérant que la pratique actuelle du Parquet consiste dans l'envoi de renseignements insuffisants à la préfecture de police au sujet des délinquants reconnus irresponsables et devant être internés ;

Considérant que pour ce motif cette pratique défectueuse offre de nombreux inconvénients et peut même parfois devenir une cause de danger pour la sécurité publique ;

Considérant, d'autre part, que tous les renseignements utiles au traitement des aliénés délinquants et à la défense sociale contre eux se trouvent habituellement consignés dans les rapports des experts chargés d'examiner les aliénés criminels ;

Emet le vœu que, lorsqu'un médecin expert conclut à l'irresponsabilité et à l'internement d'un délinquant, le double de son rapport soit transmis à la préfecture de police à Paris et à la préfecture dans les départements.

Proposition de M. Chavigny. — Par analogie, M. Chavigny appelle l'attention du ministre de la Guerre sur l'intérêt qu'il y aurait à ce que les conclusions des rapports d'expertises ayant motivé un non-lieu ou un acquittement d'un prévenu devant un Conseil de guerre soient communiqués au chef de corps et au médecin chef de l'unité à laquelle appartenait le prévenu. Cette mesure est indispensable à une judicieuse utilisation ultérieure de celui qui a été l'objet du rapport d'expertise.

M. VALLON. Si j'ai signé le vœu de M. Roubinovitch, c'est que j'estime qu'il apporte une amélioration à l'état actuel des choses. Cependant, je crois qu'il est insuffisant. Il serait en outre nécessaire de prendre des dispositions en vue de l'internement des inculpés reconnus non responsables. Au sujet de la lettre de M. Chavigny, il est très curieux que les hommes retournent à leur corps après leur internement sans que le corps soit prévenu de ce qui s'est passé. On ignore que le soldat est passé en conseil de guerre, qu'il y a eu un non-lieu et un internement.

M. ROUBINOVITCH. Je vois trois sortes d'avantages à ce que le rapport soit rédigé en double.

Au point de vue médical, le médecin de l'asile sera renseigné sur les antécédents de son malade.

Au point de vue judiciaire, le nouvel expert, si l'inculpé récidive, aurait des documents précis sur les commémoratifs personnels.

Au point de vue administratif, le préfet de police sera armé pour défendre la société.

M. GRANJUX. En ce qui concerne les militaires, le sous-secrétaire d'Etat a décidé la création d'un livret qui sera confidentiellement conservé par le médecin chef. L'homme y trouvera toutes garanties, car il sera protégé par le secret professionnel. L'armée y trouvera profit car elle y conservera trace des observations qui auront été faites.

Le vœu de MM. Roubinovitch et Vallon est adopté.

Le vœu de M. Chavigny est adopté.

Après quelques observations présentées par M. Demange et M. Thibierge, il est décidé que le vœu de MM. Roubinovitch

et Vallon sera transmis au ministère de l'Intérieur et que le vœu de M. Chavigny sera transmis au ministère de la Guerre.

Hémorragie cérébrale chez une femme enceinte, à la suite d'un coup de feu dirigé sur elle sans l'atteindre. — M. CHARPENTIER.

Sur un cas d'empoisonnement par les graines de ricin. — MM. DUTILLEUL et VALLÉE.

LIVRES NOUVEAUX

Mœurs intimes du passé (5e série). **Les fléaux de l'humanité** (1), par le docteur CABANÈS.

Peste, lèpre, choléra, variole, grippe, tels sont les fléaux de l'humanité que notre ami Cabanès passe en revue dans ce nouveau volume. Au milieu de cent anecdotes piquantes, l'auteur nous donne des détails peu connus, très certainement, jusqu'ici et qui éclairent d'un jour tout nouveau les connaissances en hygiène de nos ancêtres. Saviez-vous que la déclaration obligatoire et la désinfection également obligatoire datent de 1631 (épidémie de peste de Nancy) ?

Isolement, séquestration, déclaration obligatoire, désinfection des vêtements et des chiffons, suppression des animaux vecteurs du virus pesteux, nettoiement des rues et des maisons, tel est le bilan de l'hygiène en temps de peste au début du XVIIe siècle. Ce n'était pas déjà si mal pour l'époque.

Nous ne pouvons signaler ici tous les passages intéressants et inédits de l'ouvrage de Cabanès sans risquer de le déflorer. Ce serait grand dommage, car il s'agit là d'un véritable traité de médecine historique, digne des volumes précédents. Ce bel ouvrage, que tous les médecins voudront lire, justifie, une fois de plus, le choix si heureux que nos amis de Belgique viennent de faire en désignant Cabanès pour enseigner l'histoire de la médecine à Bruxelles. F. L. S.

Les Médications psychologiques. Etudes historiques, psychologiques et cliniques sur les méthodes de la psychothérapie (2), par le docteur Pierre JANET, membre de l'Institut, professeur au Collège de France. Tome III : *Les Acquisitions psychologiques*.

Le troisième et dernier volume de ces leçons sur la psychothérapie faites les unes en Amérique, à Boston (Mass.) en 1904 et 1906, les autres au Collège de France en 1907, contient des études sur les méthodes d'acquisition. Il s'agit de thérapeutiques plus ambitieuses que les méthodes précédentes qui ont la prétention non seulement d'utiliser et de conserver ce que le malade possède, mais encore de lui faire acquérir des tendances nouvelles, d'augmenter ses forces et de lui faire récupérer celles qu'il a perdues.

Les éducations et rééducations constituent la plus simple de ces méthodes; leur action est souvent arrêtée par la faiblesse même du malade. Les anciennes crises des magnétiseurs, la métallothérapie, les diverses æsthésiogénies soulèvent le grand problème psychologique et médical de l'excitation. L'étude des excitations accidentelles au cours des névroses et surtout celle des actes impulsifs montrent l'importance de ce problème; des recherches sur les conditions de l'action excitante, sur les actions utiles et sur l'exécution de ces actions permettent d'indiquer quelques applications thérapeutiques intéressantes.

Un chapitre étudie les diverses médications psycho-physiologiques des névroses, car il faut rattacher, au domaine de la psychothérapie, l'emploi des médicaments capables de modifier indirectement ou directement l'activité de l'esprit. Enfin, la direction morale dont l'importance est si bien mise en lumière par l'étude des directions accidentelles, des obsessions de direction, des états d'influence, doit jouer le plus grand rôle dans cette thérapeutique des troubles psychologiques. Ces différentes études permettent de mieux comprendre comment on peut représenter aujourd'hui la nature de la psychothérapie et la place qu'elle peut occuper dans le traitement des maladies. L. GAYARD.

(1) In-8 de 500 pages, 80 figures, prix : broché : 5 fr. 75. — Paris, Albin Michel.

(2) Grand in-8. — Prix : 20 francs. — Paris, Félix Alcan.

Thérapeutique de la circulation (1), par Sir LAUDER BRUNTON. Traduit d'après la 2e édition anglaise par le docteur Franzin.

Les travaux de l'auteur sur la circulation le qualifiaient pour un ouvrage de cette nature.

Presque la moitié du livre est consacrée à la physiologie et la clinique de l'appareil circulatoire. Les travaux de nos physiologistes français y sont signalés. On aimerait aussi, ne serait-ce qu'à la bibliographie, voir mentionnés les noms des Potain, Duroziez, Vaquez qui ont bien apporté leur petite contribution à la pathologie de l'appareil circulatoire.

L'auteur passe en revue les méthodes générales de traitement : repos, massages, exercices gradués, régimes. Il étudie les médications locales : le chaud, le froid, les révulsifs, la saignée.

Il étudie en détail les médicaments vasculaires et cardiaques. De ces derniers les uns sont tonicardiaques, tels la digitale, le strophantus; d'autres sont des dépresseurs, la nicotine et l'aconit.

Sir Lauder Brunton termine par l'exposé des principes généraux du traitement des maladies du cœur, par le traitement des affections valvulaires chroniques et la thérapeutique des maladies fonctionnelles du cœur et des vaisseaux.

Il semble, d'après la préface, que le distingué professeur ait voulu faire œuvre de « thérapeutique scientifique ». Les lecteurs apprécieront. F. LÉVY.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Plus de 1.200 cas de grippe (bronchites grippales, broncho-pneumonies infectieuses) dont 200 cas très graves ont été traités, en particulier dans les hôpitaux de Toulon, par l'Exopectine Mésothoriée du docteur Magin, avec un seul décès (broncho-pneumonie double chez un ancien paludéen).

Parmi les malades ainsi traités, citons l'observation suivante : Mme R..., trente-deux ans; 20 octobre : Broncho-pneumonie double. Dyspnée intense. Etat grave, 40°1. Une injection hypodermique d'Exopectine. — 21 octobre : Râles crépitants fins dans les deux tiers inférieurs des deux poumons. Quelques crachats sanguinolents très adhérents. Deux injections d'Exopectine. — 22 octobre : Crachats plus abondants, plus rosés, aérés, 38°5. — 23 octobre et jours suivants : Coloration de plus en plus blanche des crachats. Chute définitive de la température. Guérison.

Le traitement peut se continuer ensuite par ingestion pour éviter les rechutes.

HOPITAL SAINT-MICHEL (33, rue Olivier-de-Serres, Paris, 15e). — Lundi 23 février, à douze heures. — M. le docteur Goiffon : examen microscopique des selles, parasitologie intestinale.

Lundi 1er mars, à douze heures. — M. le docteur Delort : troubles digestifs ayant leurs origines à l'intestin grêle, coudures, déformations, adhérences.

(1) Paris, Félix Alcan.

NOTES POUR L'INTERNAT

ARTÈRE LINGUALE

DÉFINITION. — L'artère linguale est l'artère principale de la langue; elle se distribue aux muscles de la langue, à la muqueuse linguale, ainsi qu'à la glande sublinguale et accessoirement aux fibres du voile du palais et à l'amygdale palatine.

ORIGINE. — Branche de la carotide externe; elle naît du bord antérieur de cette artère, au-dessus de la grande corne de l'os hyoïde, généralement à un centimètre au-dessus de l'artère thyroïdienne supérieure, à quelques millimètres au-dessous de l'artère faciale, parfois par un tronc commun avec elle.

TRAJET. — Après un court trajet dans la région carotidienne, elle se porte en avant et s'engage sous le muscle hyoglosse, cheminant profondément dans un couloir musculaire, compris entre le muscle hyoglosse superficiellement, et les muscles constricteurs du pharynx et génioglosse profondément.

TERMINAISON. — Elle se bifurque au niveau du bord antérieur du muscle hyoglosse en deux branches : l'artère sublinguale et l'artère ranine; cette dernière considérée par certains auteurs comme la terminaison de l'artère linguale.

DIRECTION. — Elle monte d'abord verticalement puis se recourbe et redescend à nouveau avant de pénétrer sous le muscle hyoglosse; elle décrit ainsi dans la région carotidienne une *courbe* à concavité inférieure.

Plus en avant sur les faces latérales de la langue, elle a une direction *horizontale*, et si l'on considère l'artère ranine comme sa terminaison, dans une troisième portion, elle monte *obliquement* en haut, en dedans et en avant, tout en décrivant des sinuosités au cours de son trajet.

De même, au point de vue de ses rapports, on peut lui distinguer trois portions : carotidienne, sous-maxillaire, sublinguale ou apicale.

RAPPORTS. — I. **Portion carotidienne.** — L'artère linguale est comprise ici dans une dépression limitée en haut par les muscles stylo-hyoïdien et digastrique, en bas par la grande corne de l'os hyoïde, en avant par le bord postérieur du muscle hyoglosse, en arrière par le paquet vasculo-nerveux du cou.

EN DEHORS. — Elle répond aux plans superficiels que le chirurgien traverse au cours de la ligature de l'artère carotide externe. Sous la peau et le tissu cellulaire traversé par le peaucier du cou, on trouve l'aponévrose cervicale superficielle qui, après avoir engainé le muscle sterno-cléido-mastoïdien, se porte en avant dans la région sous-maxillaire. Les rapports du muscle et de l'origine de l'artère varient suivant les auteurs. Pour Sappey, l'artère carotide externe et ses branches ne sont pas recouvertes. Pour Richet, le muscle recouvre à la fois l'artère carotide externe et l'origine de ses branches. Pour Tillaux, les vaisseaux recouverts en position normale se trouveraient mis à découvert quand on placerait la tête en position de ligature.

Derrière le plan musculo-aponévrotique, on trouve un *plan veineux* constitué par le tronc thyro-linguo-facial formé par la confluence des veines thyroïdiennes supérieures, linguales et faciales, gros tronc long de 1 centimètre et demi, large de 1 centimètre et demi, qui va se jeter dans la veine jugulaire interne; puis un *plan nerveux* plus haut situé : le nerf grand hypoglosse qui croise la face externe de l'artère carotide externe en se réfléchissant au-dessous de l'origine de l'artère occipitale, ou parfois d'une artère sterno-mastoïdienne et se porte en avant croisant la courbe de l'artère linguale et décrivant ainsi dans la région une courbe à concavité supérieure du bord inférieur de laquelle s'échappe la branche descendante.

Le nerf grand hypoglosse forme la limite supérieure d'un triangle dont le bord antérieur est constitué par le tronc thyro-linguo-facial, et le bord postérieur par la veine jugulaire interne; c'est le triangle de Farabeuf-Guyon qui sert de repère pour la ligature de la carotide externe.

Ajoutons un *plan ganglionnaire* qui, placé sur la jugulaire interne, déborde en avant pour recouvrir l'origine de l'artère linguale.

EN DEDANS. — Profondément l'artère repose à ce niveau sur le pharynx constitué par le constricteur moyen.

Contre le muscle, descend le nerf laryngé supérieur qui va rejoindre la crosse de l'artère thyroïdienne supérieure.

EN ARRIÈRE. — La carotide externe sépare l'artère linguale des branches postérieures : artère occipitale, et plus haut artère auriculaire.

Plus en arrière encore, c'est la jugulaire interne et la carotide primitive qui n'offrent plus que des rapports éloignés avec l'artère linguale.

EN AVANT. — C'est le bord postérieur du muscle hyoglosse sous lequel elle s'engage.

II. **Portion sous-maxillaire.** — Dans ce trajet, l'artère, accompagnée par deux veines linguales, est profondément située; c'est néanmoins sa région de ligature pour laquelle le nerf grand hypoglosse parallèle à l'artère et plus superficiel servira de guide.

EN DEDANS. — L'artère repose d'abord sur le muscle constricteur moyen, son faisceau cérato-pharyngien allant à la grande corne et le faisceau chondro-pharyngien à la petite; le muscle sépare l'artère de la muqueuse pharyngienne. Plus en avant, c'est le génioglosse qui continue le plancher musculaire. C'est donc à la fois au pharynx et à la langue que l'artère répond.

EN DEHORS. — L'artère est recouverte par le muscle hyoglosse qui la sépare des muscles digastrique et stylo-hyoïdien. Tous deux obliques en bas et en avant gagnent l'os hyoïde; le tendon du stylo-hyoïdien se bifurque pour engainer le digastrique et le fixer à la grande corne; quant au digastrique, sa coulisse, tantôt le fixe solidement à l'os, tantôt, plus ou moins lâche, laisse le tendon à distance de l'os hyoïde (1 centimètre à 1 centimètre et demi), de là le ventre antérieur du muscle se porte en haut et en avant. Tout à fait en avant, le muscle mylo-hyoïdien vient recouvrir la partie toute antérieure du muscle hypoglosse doublant à ce niveau le tapis musculaire qui sépare l'artère des plans superficiels.

(*A suivre.*)

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 23 AU 28 FÉVRIER 1920

THESES

Jeudi 26 février. — Jury : MM. Chauffard, président; Achard, Jeanselme et Ménétrier. — M. EON (Jean). Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques au cours de la période tertiaire et de la syphilis héréditaire. — M. JAUREGUY (Pierre). Contribution à l'étude des septico-pyohémies. — AUDOLI (Louis). La recto-côlite hémorragique des urémiques. — ROUSSELOT (Henri). Les séquelles pulmonaires chez les intoxiqués par les gaz de combat.

Jury : MM. Lejars, président; Bezançon, Sicard et Roussy. — M. BLANCHÈS (Louis). A propos de deux cas d'encéphalite léthargique. — M. SIZARET (Alexandre). La suture primitive des plaies cranio-encéphaliques.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 15 francs par an.
Étudiants étrangers, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 6 fr. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 16 février. — MM. Monier-Vinard, 20; Renaud, 19 1/2; Brulé et Sézary, 20.

— Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Monier-Vinard, Fiessinger, Sézary, Brulé et Pinard.

— Le jury du cinquième concours de médecin des hôpitaux est provisoirement composé de MM. Brocq, Souques, Rathery, Le Gendre, Massary, Laffitte, Claisse, Fournier, Œttinger, Lesage, Marie (R.), Cunéo.

— Concours de chirurgien des hopitaux. — Un concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux sera ouvert le mardi 16 mars 1920, à midi, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (Service du personnel) de 10 heures à 15 heures, du lundi 16 février au samedi 28 février 1920 inclusivement.

— Concours de l'internat. — *Lecture des copies.* — *Anatomie.* — Séance du 14 février. — MM. Ollivier, 11; Gayet et Gaillard (Henri), 13; Humbert, 14; Joanny et Solente, 12; Arfeux et Bouthillier, 9.

Séance du 17 février. — MM. Moniot, 11; Bonnot, 10; Delgove, 9; Wallon (Emile), 11; Joannon, 13; Hirschberg, 14; Morice, 15; Castéran, 10; Vigneron et Benoiste-Pilloire, 12.

— Le jury pour les prix de l'internat (médecine) est composé de MM. Roger, Gandy, Lortat-Jacob, Halbron et Merklen.

Le jury pour les prix de l'internat (chirurgie et accouchements) est composé de MM. Alglave, Descomps, Cadenat, Hallopeau et Doléris.

— Concours de l'externat. — *Classement des candidats.* — Sont nommés externes des hôpitaux et classés dans l'ordre suivant :

1. MM. Hillemand, Coste, Oury, Rimé, Bonnecaze, Seligmann (André), Funck, Lacomme, Kalt, Denis,

11. Le Sève, Turpin, Jacquemaire, Seillé, Escalier, Ferru, Sauvage, Welte, Lotte, Courtin,

21. Lemonnier, Lumière, Obry, Poulin, Héraux, Segond, Barret, Fèvre, Meillère, Ripert,

31. Desoubry, Fouquet, George, Huguenin, Surmont, Weill, Risacher, Mérat, Dessaint, Girot,

41. Lindegger, Louvel, Oblin, de Vadder, Ducourtioux, Dalsace, Maduro, Ravina, Lepaumier, Longchampt,

51. Thomas (Marcel), Lévy (Maurice), Mahieu, Gestat, Billard, Denniel, Desprairies, Dumas, Ferrier, Guyonnaud,

61. Perlis (André), Rachet, Renard, Baranger (André), Baranger (Jacques), Garnier, Gueulette, Le Voyer, Pissavy, Valat,

71. Valence, Bascourret, Delagenière, Destouches (Jacques), Marcovici, Verin, Bouessée, Chazel, Fritz, Lonjumeau,

81. Busser, Dossot, Ferré, Fumet, Jonesco, Leplat (Gabriel), Leplat (Georges), Masson, Monot, Wahl,

91. Olivier, Ricard, Sailly, Descharmes, Gallois, Galtier, Yver, Lallemant, Laquière, Machavoine,

101. Mathieu (Pierre), Talon, Trotot, Vuillame, Oberthür, Banzet, Blum (Gaston), Bernard (Raymond), Marchand, Meyer-May,

111. Hudelo, Monbarun, Bertrand, Briault, Haye, Iselin, Laporte, Meignaut, Meurdrac, Paychère,

121. Plichon, Triboulet, Westphall, Burgeat, Christophe, Farmachi, Farret, Gourdin-Servenière, Isnel, Lacombe,

131. Lehmann (Jacques), Lemière, Mourret, Seguy, Appert, Delage, Durand (Paul-Marcel), Epagneul, Gournay, Job,

141. Seemla, Tiby, von der Horst, Gély, Lerond, Parisot, de Souza, Degisors, Béclère, Reboul,

151. Adam, Coiffin, Fombeure, Loubeyre, Martin, Moles, Mouls, Moret, Sureau, Vildrin,

161. Bazouge, Boudrant, Sarles, Vacher, Garcin, Gueutier, Laplanche, Leloup, Pierrot, Santenoise,

171. Bourdon, Callegari, Doizy, Joanny, Lehmann (Henri), Lepennetier, Berthier, Martin (Henri), Vollant, Cahen,

181. Dollfus, Lévy (Max), Péronne, Armingeat, Codet, Moreau, Robert, Py, Buisson, Dhers,

191. Grardel, Leblanc, Poumailloux, Vassal, Bouttier, Dupont (Maximilien), Gouvenot, Jarrige-Lemas, Lévy (Paul), de Lorgeril,

201. Cournand, Lenfantin, Séglas, Tambareau, Chauveau, Soulas, Viteau, Faure, Méloir, Vanherwersvoyn,

211. Duhamel, Levassor, Béguin, Corby, Biar, Jacquinet, Mornet, Ricci, Risterucci, Saidman,

221. Lamache, Spinetta, Perigord, Stockmann, Bordas, Breuillé, Djourovitch, de Fresquet, Gauche, Lifschitz,

231. Martiny, Trystram, Beynes, Célice, Devouge, Legrand, Lorion, Seligmann (Emile), Bœhler, Brulon,

241. Digonnet, Isaac (Georges), Bocquet, Salmon, Jivanovitch, Héry, Méry, Thomas (Jules), Vazeille, Velluot,

251. Marteret, Berson, de la Brunière, Chabaud, Fénal, Hernu, Hervier, Jany, Lamaze, Ménière,

261. Quermonnie, Rondy, Rousseau (Julien), Touvay, Laffitte, Lefèvre (Jean), Lendormy, Ménégaux, Kenzinger, Nœtinger,

271. Servel, Védrenne, Verger, Grandjean, Villy-Desmeseret, Ragiot, Depouilly, Boutroux, Giet, Guiberteau,

281. Kollitch, Lejard, Nouviale, Sauvageot, Aymard, Boullard, Deberdt, Deconninck, Lechaux, Teurnier,

291. Allaire, Bonté, Boulanger, Calbet, Dufourcq-Lagelouse, Fortier, Leclerc, Lévy (Jean), Medwedowsky, Panis,

301. Camino, Clayeux, Arbellier, Bianquis, Cogné, D'hour, Autier, Galpérine, Gauran (Marcel), Goldman,

311. Guilleminot, Guinard, Hamon, Huard, Longnon, Radoulovitch, Sourou, Tourtou, Delacloche, Derrien,

321. Dessert, Huet, Jossand, Lamare, Leseure, Martineau, Roux, Tison, Bonis, Cohen,

331. Collot, Le Goff, Denis (Maurice), Guignebert, Lemoine, Vincent, Auclair, Chevalier (Louis), Daudy, Heriard,

341. Suau, Barillot, Blum (André), Jacquet, Bonnafous, Déchambre, Dufay, Mathieu (Jean-Julien), Menuau, Muffat,

351. Regnard, Avramovitch, Azalbert, Berthet, Blanche, Breton, Drujon, Faugeron, Frœlicher, Perdu,

361. Prévot, Cardot, Fidon, Frænkel, Mordret, Perlis (Jules), Plouvier, Vidal, Bariéty, Tessier,

371. Chadourne, Crama, Jannet.

HOSPICE DE SAINT-LAZARE. — Le concours pour deux places de médecin de Saint-Lazare s'est terminé par la nomination de MM. Clément Simon et Pierre Fernet.

HOPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Le concours pour une place d'accoucheur des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. Trillat.

— SAINT-ETIENNE. — Le concours pour deux places de médecin des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. Croizier et Gonnet.

FACULTÉ DE MÉDECINE. — ALGER. — La chaire de pharmacie de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Alger est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à partir de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour produire leurs titres. (*J. O.*, 14 fév. 1920.)

— Sont créés les cours complémentaires suivants : législation et déontologie pharmaceutique; hydrologie et géologie; chimie organique.

— Sont également créés : un cours de clinique annexe d'oto-rhino-laryngologie et un cours annexe de gynécologie.

— M. le professeur Leblanc est chargé des fonctions de chef des travaux d'anatomie.

— LYON. — M. Cade, agrégé, est prorogé dans ses fonctions jusqu'au 1er novembre 1923.

Les dispositions de l'arrêté du 25 septembre 1919 sont rapportées en ce qui concerne la prorogation de M. Cade.

M. Thévenot, agrégé, est nommé, pour l'année scolaire 1919-1920, chef des travaux de médecine expérimentale et comparée; M. Barral, agrégé, est maintenu en exercice jusqu'à l'âge de la retraite; MM. Commandeur et Neveu-Lemaire sont maintenus en exercice pour une période de trois ans.

— NANCY. — M. Robert, agrégé, est maintenu dans ses fonctions pour une période de trois ans.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — AMIENS. — M. Caraven est nommé chef des travaux d'anatomie et de physiologie.

— ANGERS. — M. Martin, suppléant des chaires de physique et de chimie, est chargé, en outre, d'un cours de chimie et toxicologie.

— DIJON. — Sont rapportées les dispositions de l'arrêté du 16 novembre 1919 portant qu'il sera ouvert, le 31 mai 1920 devant la Faculté de Lyon, un concours pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole de Dijon.

— M. Gréméaux est chargé d'un cours de physiologie.

— M. Bellier, suppléant des chaires de physique et de chimie, est prorogé dans ses fonctions pour trois ans.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Braun, médecin inspecteur; Pinatelle (Louis), ancien chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Lyon; Rochet, médecin principal en retraite, et Triboulet, médecin des hôpitaux de Paris.

H. TRIBOULET

(1864-1920)

H. Triboulet vient de mourir. La nouvelle n'a surpris personne. Elle n'en a pas moins causé, à tous ceux qui le connaissaient, la plus vive et la plus douloureuse affliction.

Il y a quelques années encore, tout semblait lui sourire. Fils d'un médecin d'enfants estimé, il s'était, de bonne heure, senti attiré vers les tout petits. Il leur avait donné le meilleur de lui-même. Pour leur parler, il savait trouver les mots qui vont au cœur parce qu'ils viennent du cœur. Légendaires étaient son aménité, son dévouement aux malheureux, dont, si longtemps, il aura été la providence, son art de remonter les courages défaillants, de faire luire un rayon d'espoir aux yeux des mères, d'écouter la plainte touchante de ceux qui ne veulent pas être consolés. Nul, plus que lui, ne s'est fait une conception plus élevée du devoir; nul n'a plus considéré la médecine comme un sacerdoce. Grande était sa réputation de spécialiste. Il ne la devait pas seulement à son caractère, mais encore à son intelligence. Sa thèse sur l'infection en chorée, ses travaux relatifs à la puériculture, aux pigments biliaires, le bon combat qu'il n'a cessé de mener contre l'alcoolisme lui avaient valu, parmi les Maîtres, une place des plus enviables. Dans son beau service de Trousseau où chacun, grand ou petit, lui garde un souvenir ému, les élèves apprenaient, à ses côtés, qu'il n'est point de vraie science sans conscience. Homme d'intérieur, il avait trouvé, en la personne de Mme Triboulet, une compagne digne de lui. Cinq enfants étaient venus égayer leur demeure. Il pouvait espérer que, au soir d'une vie bien remplie, ils lui fermeraient les paupières...

Mais, déjà, l'infortune s'était assise à son foyer. Au cours de la guerre, son fils aîné tombait au champ d'honneur. En vain, cherchait-il à continuer son apostolat, convaincu qu'un médecin doit mourir debout. En vain, s'efforçait-il de rester ferme devant la douleur. Sa santé ne tardait pas à décliner. Bientôt, il était obligé de s'arrêter. La mort l'avait frôlé de son aile. Les pires souffrances ne lui ont pas été épargnées. Il les a supportées sans une plainte. C'est tout au plus si, à la fin d'une lettre adressée à un ami, il mettait en post-scriptum: « La torture a atteint ses dernières limites... » Une opération délicate tentée — ô ironie! — le jour anniversaire de sa naissance, ne donna pas tout ce que l'on en attendait. Retiré dans sa maison de Chalifert, il y a vécu encore quelques semaines. C'est là que, silencieux et résigné, il a attendu la délivrance.

A ce vaillant qui, si longtemps, a regardé la mort en face, à ce modeste qui a désiré les obsèques les plus simples, à cet homme de bien qui restera, pour tous ceux qui l'ont approché, un exemple vivant de droiture, de désintéressement et d'honneur, la *Gazette des hôpitaux* adresse aujourd'hui un suprême adieu.

L. BABONNEIX.

REVUE GÉNÉRALE

INTOXICATION PAR LES GAZ ET TUBERCULOSE PULMONAIRE

Par le Dr Ch. ROUBIER,
Médecin des hôpitaux de Lyon,
Médecin-major de deuxième classe.

Si l'étude des accidents immédiats consécutifs à l'inhalation de gaz toxiques ne présente plus aujourd'hui qu'un intérêt rétrospectif, il n'en est pas de même de celle des séquelles qui peuvent survivre pendant longtemps à l'intoxication, et qui intéressent tout particulièrement l'appareil respiratoire. La revue très documentée du professeur Achard (1), les travaux plus récents de MM. Clerc, Ramond et Guilhaume (2), et de M. Segard (3) ont contribué à fixer nos connaissances sur ce sujet (4). Nous avons cru bon à notre tour d'apporter les résultats de nos constatations personnelles, en ce qui concerne les relations de l'intoxication par les gaz et de la tuberculose pulmonaire.

Nous avons pu observer, dans un centre de triage de tuberculeux d'armée et dans différents hôpitaux militaires, un assez grand nombre de sujets qui nous étaient adressés comme suspects de tuberculose et qui faisaient remonter l'origine de leur maladie à une intoxication par les gaz datant soit de quelques mois, soit d'une ou même de plusieurs années; antérieurement à cette intoxication, ils se portaient très bien, affirment-ils; ce n'est que depuis qu'ils ont été « pris par les gaz », qu'ils se sont mis à tousser et à souffrir d'oppression au moment des efforts et de la marche.

L'examen complet et prolongé de semblables sujets nous a montré que dans quelques cas une inhalation de gaz toxiques a pu marquer le point de départ de l'évolution d'une tuberculose subaiguë ou chronique, mais aussi qu'il était fréquent d'observer chez ces anciens gazés un ensemble de symptômes qui faisaient penser à la tuberculose et n'étaient occasionnés que par des lésions banales et prolongées des voies respiratoires.

Nous diviserons ce travail en deux parties :

1° Discussion du rôle de l'intoxication par les gaz dans la genèse de la tuberculose;

2° Séquelles de l'intoxication par les gaz simulant la tuberculose (pseudotuberculoses postgazeuses).

I. Discussion du rôle de l'intoxication par les gaz dans la genèse de la tuberculose. — HISTORIQUE. — Une observation déjà ancienne de Rénon (1) semble bien prouver le rôle phtisiogène de l'inhalation de gaz toxiques; elle a trait à un sujet antérieurement très bien portant et sans antécédents, chez qui la bacillose débuta après quelques mois de séjour dans une usine de produits chimiques où on fabriquait du chlore.

L'histoire de la tuberculose pulmonaire consécutive aux gaz de combat est toute nouvelle; les premiers documents sur ce sujet datent de fin 1915, et, s'ils ne sont pas plus nombreux, cela tient sans doute à ce que les publications relatives aux gaz toxiques ont été pendant longtemps interdites.

Pour Achard et Flandin (2), « les tuberculeux guéris font soit tardivement, soit rapidement, des poussées évolutives, après avoir absorbé du chlore. On aurait vu quelques cas de granulie chez les intoxiqués récents. »

Sergent (3) pense tout d'abord que l'intoxication par les gaz peut réveiller une tuberculose latente chez les soldats, et Mosny (4) exprime la même opinion; d'autres auteurs par contre disent n'avoir pas observé de faits démonstratifs.

Ultérieurement Sergent (5) revient sur sa première opinion et conclut d'une statistique portant sur plus de 300 cas que la tuberculisation secondaire de ces intoxiqués est relativement rare.

Gimbert (6) relate huit observations de tuberculoses pulmonaires apparues après inhalations de gaz chlorés.

F. Arloing et Euthymiou (7), dans une étude d'ensemble sur la tuberculose pulmonaire posttraumatique, concluent que les contusions thoraciques et les inhalations de gaz asphyxiants ou irritants ont une action phtisiogène plus marquée que les plaies pénétrantes de poitrine par projectile.

Le professeur Achard (8), puis Clerc, Ramond et Guilhaume (9), étudiant la place qu'occupe la bacillose pulmonaire parmi les séquelles respiratoires des gaz, estiment que la véritable tuberculose, bactériologiquement vérifiée, apparue à la suite d'inhalations de gaz toxiques, est très rare; ils n'en possèdent qu'un petit nombre d'observations démonstratives.

(1) Ch. ACHARD. Les séquelles des intoxications par les gaz de combat. *Bulletin médical*, 8 fév. 1919.

(2) A. CLERC, L. RAMOND et H. GUILHAUME. Etude clinique des séquelles pulmonaires chez les ypérités. *Presse méd.*, 28 août 1919.

(3) SEGARD (de Saint-Honoré). Ce que deviennent les anciens gazés pulmonaires; comment les améliorer. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 25 juin 1919.

(4) Consulter également sur ce sujet :

ACHARD, DESBOUIS, LEBLANC et BINET. *Arch. de méd. expérim.*, 1919, n° 5.

SERGENT et PRUVOST. Séquelles pulmonaires et médiastinales des plaies et traumatismes thoraciques et des intoxications par les gaz asphyxiants, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 nov. 1919.

LECLERCQ et BOËZ. Complications pleuro-pulmonaires et séquelles de l'intoxication par les gaz vésicants, *Paris méd.*, 17 janv. 1920.

HARPEDANNE DE BELLEVILLE. Séquelles respiratoires des gaz, *Th. de Bordeaux*, 1919-1920.

(1) RÉNON et LATRON. Intoxication professionnelle par les vapeurs de chlore. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 6 avril 1900.

(2) ACHARD et FLANDIN. *Thérapeutique des intoxications par les gaz*, p. 10.

(3) SERGENT et AGNEL. Note sur quelques effets cliniques des gaz asphyxiants. *Soc. méd. des hôpit.*, 5 nov. 1915. — SERGENT. La tuberculose chez les soldats à la suite des traumatismes du thorax. *Soc. méd. des hôpit.*, 30 juin 1916.

(4) MOSNY. Discussion. *Soc. méd. des hôpit.*, 30 juin 1916.

(5) SERGENT. Les suspects de tuberculose. *Paris méd.*, 7 avril 1917.

(6) GIMBERT. Tuberculose et gaz asphyxiants. *Paris méd.*, 5 janv. 1918.

(7) C. EUTHYMIOU. Etude sur la tuberculose pulmonaire posttraumatique. *Thèse de Lyon*, 1917-1918.

(8) ACHARD. Loc. cit.

(9) CLERC, RAMOND et GUILHAUME. Loc. cit.

Au cours d'une discussion à la Société médicale des hôpitaux, Rist, Sergent, Dopter, Clerc (1), parlant de l'avenir pulmonaire des ypérités, reconnaissent également l'extrême rareté chez eux de la tuberculose.

Par contre Boinet (2) publie 14 cas qui montrent selon lui l'action de l'intoxication par les gaz de guerre sur le développement, la marche et l'évolution de la tuberculose, et il déclare que cette action consiste « à activer et mettre en évidence une tuberculose pulmonaire latente, ou favoriser l'inoculation du bacille de Koch au niveau de lésions pulmonaires résultant de l'action locale des gaz toxiques et asphyxiants ».

La conclusion qui se dégage en somme de l'ensemble de ces travaux, c'est que l'inhalation de gaz n'a pour la majorité des auteurs qu'un rôle phtisiogène minime ; pour quelques-uns seulement, elle serait la cause du réveil d'un certain nombre de cas de tuberculoses observés chez les soldats.

Fréquence. — La fréquence des tuberculoses consécutives aux gaz est difficile à établir.

On peut tout d'abord se baser sur les statistiques et rechercher, sur un grand nombre d'intoxiqués, ceux qui sont devenus tuberculeux, ou sur un grand nombre de tuberculeux, ceux qui sont d'anciens gazés.

a. Quelques médecins ayant observé, dans des hôpitaux spécialisés, beaucoup d'anciens intoxiqués, donnent les chiffres suivants : un seul cas de tuberculose sur 47 anciens gazés [L. Bernard et Mantoux (3)] ; 2 faits démonstratifs de tuberculose sur 441 ypérités (Clerc, Ramond et Guilhaume) ; 6 tuberculeux sur 3.525 intoxiqués (Achard). Mais ces chiffres ne peuvent, suivant ce dernier auteur, avoir une grande valeur statistique parce que beaucoup de cas de tuberculoses devaient être dirigés d'emblée sur des hôpitaux spéciaux, dès que la nature de la maladie était reconnue.

b. Aussi est-il intéressant de rapprocher de ces données les chiffres apportés par les médecins chargés d'hôpitaux sanitaires ou de centres de triage de tuberculeux.

Sur un ensemble de 1.205 malades atteints de bronchite suspecte, Morichau-Beauchant (4) n'a observé que trois cas dans lesquels les gaz chlorés ont paru être le point de départ d'une tuberculose évolutive. Sur les 193 tuberculeux observés par L. Kindberg et Delherm (5), deux seulement faisaient remonter leurs accidents à une inhalation de gaz toxiques et, dans un seul cas, ceux-ci auraient agi à titre de cause déterminante.

(1) Rist, Sergent, Dopter, Clerc. Discussion, *Soc. méd. des hôpit.*, 19 juin 1919.

(2) Boinet. Tuberculose pulmonaire consécutive aux traumatismes du thorax et aux gaz asphyxiants. *Marseille méd.*, mars 1919.

(3) L. Bernard et Mantoux. Traumatismes de guerre et tuberculose pulmonaire. *Soc. méd. des hôpit.*, 18 mai 1917.

(4) Morichau-Beauchant. Les tuberculoses respiratoires et la guerre. *Progrès méd.*, 14 juillet 1917.

(5) Léon Kindberg et Delherm. Le triage des tuberculeux aux armées. *Presse méd.*, 15 nov. 1917.

Dans la statistique de Gimbert (1), 2,4 p. 100 des tuberculeux auraient antérieurement subi l'action des vagues chlorées.

Euthymiou (2) a dépouillé 737 observations de militaires réformés pour tuberculose, et a relevé 9 cas où l'influence phtisiogène des gaz pouvait être admise (soit 1,20 p. 100).

Nous-même, sur les 1.000 derniers malades passés à notre centre de triage, nous comptons 151 tuberculeux bacillifères, et parmi ces derniers 6 seulement avaient été l'objet d'une évacuation antérieure pour intoxication par les gaz ; ou, autrement dit, 4 p. 100 seulement de nos tuberculeux étaient d'anciens gazés.

Critique des observations. — Mais est-ce à dire qu'il faille chez ces sujets rendre l'intoxication par les gaz responsable de la tuberculose survenue, ou du moins diagnostiquée, consécutivement ? Nous ne le pensons pas. Pour affirmer que l'on est en présence d'une véritable tuberculose postgazeuse, diverses conditions doivent être exigées :

1° Tout d'abord la preuve de la nature tuberculeuse de l'affection doit être fournie par l'examen bactériologique des crachats.

2° Il faut ensuite que l'intoxication soit bien certaine. Beaucoup de militaires sont en effet enclins à exagérer, et à affirmer que le début de leur maladie remonte au moment où ils ont été « pris par les gaz ». Mais quand on pousse plus à fond l'interrogatoire, on se rend compte qu'ils ont bien été soumis à une attaque par gaz, mais que, protégés par leurs masques, ils n'ont été que très passagèrement incommodés. On ne doit retenir comme véritablement intoxiqués que ceux qui ont été évacués et hospitalisés pour ce motif.

3° Il faut enfin que les symptômes de tuberculose aient fait leur apparition peu de temps après l'inhalation de gaz, quelques mois au maximum, et que l'évolution des accidents morbides ait été continue, sans intervalle libre de longue durée, depuis les premières manifestations de l'intoxication jusqu'à la constatation de la tuberculose.

C'est seulement quand ces conditions sont remplies qu'on peut conclure à un rapport de cause à effet entre les deux phénomènes, intoxication par les gaz et tuberculose. Or les observations qui satisfont à ces conditions ne sont pas très nombreuses.

C'est ainsi que chez deux de nos six tuberculeux qui avaient été autrefois victimes d'une intoxication, la relation de cause à effet ne saurait être admise. Chez l'un, l'inhalation de gaz toxiques remontait à plus de deux ans, n'avait nécessité qu'une hospitalisation passagère, et depuis le sujet en question avait fait son service sans aucun incident jusqu'à la maladie actuelle dont les premiers symptômes ne seraient apparus que depuis deux mois seulement. Chez l'autre, au contraire, l'intoxication ne datait que d'une dizaine de jours, et comme nous constations chez ce malade, en plus des signes d'une bronchite

(1) Gimbert. Les bronchites suspectes chez les soldats du front, 1917. — Tuberculose et gaz asphyxiants. *Paris méd.*, janv. 1918.

(2) Euthymiou. Loc. cit.

diffuse rapidement améliorée, des symptômes de lésions ulcéreuses étendues du sommet gauche, il semblait bien évident que de semblables lésions n'avaient pu se constituer dans un laps de temps aussi court, qu'elles étaient certainement antérieures à l'inhalation toxique, et seulement aggravées par elles.

Il nous reste quatre malades chez lesquels le rôle de l'intoxication dans la genèse de la tuberculose peut être discuté et, pour plusieurs, s'accuse assez nettement; chez eux l'inhalation de gaz toxiques datait de 5 à 6 mois, elle avait nécessité une assez longue hospitalisation à la suite de laquelle les sujets, incomplètement guéris, avaient continué à tousser, s'étaient mis à maigrir, à présenter de petites hémoptysies ou des poussées thermiques répétées (1). Le cas de l'un d'eux est particulièrement frappant : il s'agissait d'un sujet de 23 ans, dont les antécédents collatéraux étaient entachés de tuberculose (2 frères ou sœurs morts de la poitrine), mais qui était lui-même en parfaite santé avant d'être évacué sur notre hôpital pour une intoxication par l'ypérite à forme sévère et avec déterminations broncho-pulmonaires longtemps persistantes. Après un séjour de 3 mois à l'hôpital, il fut envoyé en longue convalescence au cours de laquelle il se mit à tousser et à maigrir; et quand il nous fut adressé pour la deuxième fois, 8 mois environ après l'intoxication, nous constatons chez lui des signes de ramollissement du sommet droit, avec présence de bacilles de Koch dans les crachats. Chez ce sujet il ne paraît pas douteux que l'inhalation de gaz toxiques ait réveillé une tuberculose latente.

Une observation personnelle du docteur Simonin est également démonstrative (2); elle a trait à un médecin aide-major atteint de tuberculose fibro-caséeuse apparue insensiblement à la suite d'une forte intoxication par l'ypérite.

Étude clinique. — La tuberculose pulmonaire consécutive aux gaz peut être aiguë, subaiguë ou chronique.

1° Quelques cas de tuberculose à *évolution aiguë ou subaiguë* ont été rapportés. Ménétrier et Martinez (3) ont publié l'histoire très suggestive d'un malade, qui, antérieurement robuste et sans antécédents, meurt d'une phtisie à marche rapide 9 mois après l'inhalation de gaz toxiques. L'observation de J. Tapie (4) est analogue à la précédente : un sujet robuste meurt 25 jours après une intoxication par les gaz, emporté par une broncho-pneumonie tuberculeuse aiguë.

Un malade, observé par Gouget (5), fit, après une inhalation de gaz toxiques, une pneumonie tuberculeuse qui aboutit en quelques jours à la formation d'une caverne. Challamel (1), Achard, ont rapporté des faits analogues.

2° Le plus souvent, cette tuberculose postgazeuse présente une *évolution chronique*. Une fois que les symptômes aigus de l'intoxication se sont apaisés, le malade continue à tousser, il maigrit, perd ses forces, présente des accès fébriles, surtout vespéraux; souvent au bout de quelque temps, une hémoptysie survient; on découvre alors des râles humides à un sommet, et on constate la présence de bacilles de Koch dans les crachats.

Dans beaucoup de cas, les accidents s'enchaînent sans interruption; dans d'autres il existe un intervalle pendant lequel la santé est satisfaisante, à tel point que le sujet a pu reprendre ses occupations habituelles; cet intervalle libre doit être assez court, sinon le rapport de cause à effet entre l'intoxication et la tuberculose pourrait être mis en doute.

Suivant Gimbert (2), dans la bacillose évoluant à la suite d'inhalations de gaz, les lésions auraient leur maximum aux bases, dans la région des sinus costo-diaphragmatiques en avant. Nous n'avons pas eu l'occasion de constater ce fait; chez nos malades les signes physiques se percevaient à un sommet et ne présentaient aucun caractère spécial.

Pathogénie. — On peut se demander par quel mécanisme les gaz exercent, dans certains cas, un rôle phtisiogène. Sont-ils des agents d'aggravation, de réveil ou d'inoculation de la tuberculose?

Parfois leur action se borne à aggraver une bacillose qui existait auparavant. Mais le plus souvent les lésions tuberculeuses évolutives sont nettement postérieures à l'intoxication, et alors deux hypothèses peuvent être faites :

a. Ou bien, les gaz agiraient en déterminant la fixation sur le poumon du bacille de Koch, créant ainsi de toutes pièces la tuberculose pulmonaire;

b. Ou bien, leur action consisterait à déterminer le réveil d'une tuberculose antérieurement latente.

La première hypothèse ne peut guère être soutenue; les constatations expérimentales d'Achard (3) sur les cobayes tuberculisés puis intoxiqués par l'oxychlorure de carbone ne permettent pas d'admettre que l'inhalation toxique crée dans le poumon un terrain particulièrement favorable à la localisation et à la croissance des tubercules.

Il est bien plus vraisemblable que l'intoxication agit en réactivant un foyer bacillaire cliniquement latent. Cette réactivation s'expliquerait tout d'abord par les altérations du parenchyme pulmonaire dues au gaz; ceux-ci occasionnent une vasodilatation durable, qui met le poumon en état de méiopragie fonctionnelle et atténue sa résistance à l'infection.

Mais l'inhalation des gaz toxiques agit aussi sur le

(1) Nos observations sont relatées in extenso dans la thèse récente de Simonin : Du rôle étiologique de l'intoxication par les gaz dans le développement de la tuberculose pulmonaire, *Th. de Lyon*, 1919-1920.

(2) Obs. III de la thèse de Simonin.

(3) Ménétrier et Martinez. Phtisie pulmonaire consécutive à l'inhalation de gaz asphyxiants. *Soc. méd. des hôpit.*, 7 juillet 1916.

(4) J. Tapie. Broncho-pneumonie tuberculeuse aiguë consécutive à une inhalation de gaz asphyxiants. *Progrès méd.*, 20 oct. 1917.

(5) Gouget. Gaz irritants et tuberculose. *Acad. de méd.*, fév. 1918. (*Paris méd.*, 2 mars 1918.)

(1) Challamel. Blessures du poumon et tuberculose, *Paris méd.*, 1er mars 1919.

(2) Gimbert. De l'action provocatrice des attaques de gaz sur la tuberculose pulmonaire. *Réunion médicale de la 5e armée*, déc. 1916.

(3) Achard. Loc. cit., p. 62.

système nerveux et l'état général; les « gazés » restent pendant longtemps des déprimés, des asthéniques, et Lœper a bien insisté sur la déminéralisation et la déphosphatisation des grands vésiqués. Par suite de ces multiples conditions, ces individus offrent un terrain favorable à l'évolution d'un processus tuberculeux préalablement latent.

Rôle phtisiogène respectif des différents gaz (suffocants, vésicants). — Ce rôle respectif serait important à connaître. Suivant Gimbert, si tous les gaz ont une part égale dans la détermination de la bacillose, les vagues chlorées engendrent des formes à début plus rapide et à évolution plus grave, rapidement ulcéreuses et riches en complications.

Peut-être cela tient-il à ce que les gaz suffocants (chlore...) sont particulièrement irritants pour les voies respiratoires profondes et les alvéoles, tandis que les gaz vésicants (ypérite) portent surtout leurs effets sur les voies respiratoires supérieures, et à très fortes doses seulement, sur le parenchyme pulmonaire.

Dans les observations où la nature du gaz est indiquée, le plus souvent il s'agit du chlore ou de ses succédanés, plus rarement de l'ypérite. Mais il faut bien reconnaître que l'emploi de ce dernier gaz par les Allemands est de 27 mois postérieur à celui des gaz suffocants.

Conclusion. — Il existe des observations peu nombreuses prouvant d'une façon indiscutable que l'intoxication par les gaz peut dans certains cas mettre en évidence une tuberculose antérieurement latente ou aggraver une tuberculose déjà confirmée. Mais d'une façon générale son influence sur l'éclosion de la bacillose pulmonaire chez les soldats ne s'accuse que dans des proportions très minimes.

II. Séquelles de l'intoxication par les gaz simulant la tuberculose. Pseudotuberculoses postgazeuses. — L'intoxication par les gaz laissant souvent, à la suite, des troubles respiratoires longtemps persistants et une atteinte plus ou moins sérieuse de l'état général, il en résulte que les anciens « gazés » sont souvent considérés comme suspects de tuberculose et dirigés sur les centres de triage.

Sur les 1.000 derniers malades passés à notre centre, 85 faisaient remonter leurs troubles à une inhalation de gaz toxiques ; or sur ces derniers nous ne trouvons que 4 cas de tuberculose confirmée, soit 4,7 p. 100. Aussi devons-nous maintenant nous demander quelles sont les séquelles respiratoires qui peuvent donner l'éveil et faire considérer de tels sujets comme suspects de bacillose.

1° Pour la plupart d'entre eux, un examen même superficiel permet facilement d'écarter l'hypothèse de tuberculose pulmonaire.

Les uns ne présentent que des troubles de l'état général et des symptômes fonctionnels respiratoires (toux, point de côté, accès asthmatiformes) survivent plus ou moins longtemps à l'intoxication.

Chez les autres, on constate des symptômes de bronchite diffuse avec emphysème ; les bronchites se répètent incessamment comme si l'inhalation de gaz avait créé chez eux un état spécial de débilité bronchique.

De tels sujets sont des scléreux pulmonaires et bronchiques, ainsi qu'il résulte des constatations anatomo-pathologiques de Loeper (1), et il n'existe chez eux aucun symptôme permettant de soupçonner une tuberculose en évolution. L'examen radioscopique montre des images de sclérose péribronchique sous forme de petites travées sombres partant du hile et s'irradiant en éventail dans les deux champs pulmonaires; la transparence des sommets n'est pas modifiée. D'autre part, le bacille de Koch est constamment absent de l'expectoration.

2° Mais il est une deuxième catégorie de malades, moins nombreux, à vrai dire, qui peuvent plus facilement donner le change et présentent une symptomatologie rappelant celle de la tuberculose.

a. Pour quelques-uns c'est la limitation des râles de bronchite à l'un des deux hémithorax, et surtout la prédominance ou même la localisation exclusive à un sommet de râles sous-crépitants qui donne l'éveil. S'agit-il alors de tuberculose, ou de simple broncho-alvéolite catarrhale persistante ?

Nous possédons huit observations de ce genre (2), qui toutes peuvent se résumer ainsi : il s'agit de sujets intoxiqués par l'ypérite quelques mois auparavant, qui ont vu leurs brûlures et leur conjonctivite guérir progressivement, mais chez lesquels les symptômes respiratoires et la bronchite ont persisté; ils courent d'hôpital en hôpital pendant de nombreux mois, présentant souvent de petites poussées thermiques, une expectoration abondante et purulente, et parfois de petites hémoptysies (ou plutôt quelques crachats hémoptoïques) se reproduisant à des intervalles variables.

L'examen thoracique permet de constater l'existence de râles sous-crépitants, soit localisés à un hémithorax dans toute sa hauteur, soit uniquement perceptibles à un sommet, dans les fosses sus et sous-épineuses, ou dans la région sous-claviculaire. Dans quelques cas, ces râles extrêmement fins et superficiels indiquent l'existence d'un foyer de pleurite ou de cortico-pleurite apicale.

A ces signes thoraciques s'ajoutent souvent des troubles de la phonation allant du simple enrouement de la voix jusqu'à l'aphonie absolue persistante. De plus l'amaigrissement est parfois assez accusé, et l'état général assez atteint.

Aussi, en présence de cet ensemble symptomatique, l'idée de bacillose se présente-t-elle souvent à l'esprit du médecin.

Chez les malades de ce genre, l'emploi des diverses méthodes d'exploration permet en général assez facilement d'éliminer la tuberculose. L'examen radioscopique reste négatif, ou ne révèle que des lésions d'emphysème et de sclérose péribronchique. Le bacille de Koch est constamment absent de l'expectoration, malgré des examens répétés et

---

(1) Loeper. Sclérose pulmonaire consécutive à l'ypérite. *Progrès méd.*, 1919, n° 10.

(2) Pour le détail des observations, voir la thèse de Simonin, déjà citée.

pratiqués au besoin après homogénéisation. D'autre part l'évolution permet à son tour de rejeter l'hypothèse de bacillose, car, dans beaucoup de cas du moins, pour peu qu'on puisse observer le malade pendant quelque temps, on assiste à une diminution progressive des bruits anormaux que l'on entendait à un des sommets; ceux-ci se perçoivent de plus en plus difficilement et finissent par disparaître complètement.

Quelques-uns de ces sujets, particulièrement touchés, sont exposés à des rechutes successives avec poussées congestives apicales. Nous rappellerons à ce propos l'observation d'un jeune malade, longuement suivi par nous, qui, gravement intoxiqué par l'ypérite en mars 1918, présentait depuis ce moment des poussées thermiques brusques à 39 ou 40 degrés, survenant à des intervalles variables et sans cause apparente, accompagnées d'une toux plus fréquente et de l'émission de quelques crachats hémoptoïques; on percevait alors de petits bruits crépitants très fins au sommet droit en arrière; la fièvre tombait au bout de quelques jours progressivement et les symptômes apicaux disparaissaient. Dans l'intervalle de ces poussées congestives, l'état général était satisfaisant, et on n'entendait à l'auscultation que quelques râles de bronchite. L'examen radioscopique ne montrait aucune modification de la transparence normale des sommets, et les nombreux examens bactériologiques des crachats ne permirent jamais de déceler de bacilles de Koch.

Dans les cas de ce genre, on conçoit qu'une observation très prolongée soit nécessaire pour que l'hypothèse de bacillose puisse être abandonnée.

b. Il est enfin des cas où l'analogie entre l'ensemble de la symptomatologie présentée par ces anciens intoxiqués, et celle de la tuberculose en évolution, est plus frappante encore. Nous faisons en ce moment allusion à un malade (1) qui, intoxiqué par l'ypérite au début de mars 1918, nous arriva le 29 mai dans un état de cachexie accentuée et d'amaigrissement extrême, présentant depuis plusieurs semaines une température à grandes oscillations, une diarrhée continuelle et rebelle à tous les traitements, un ventre rétracté, des sueurs abondantes, et, à l'auscultation de la poitrine, de nombreux râles de toutes grosseurs prédominant dans les régions supérieures; il existait en outre de la submatité et de l'obscurité respiratoire au sommet droit. Tous ces symptômes étaient apparus à la suite de l'intoxication et persistaient, alors que les brûlures et la conjonctivite s'étaient rapidement améliorées.

Quel médecin n'eût pensé, en présence d'un semblable tableau clinique, à une tuberculose pulmonaire et intestinale à marche subaiguë? Toutefois les modifications de l'image radioscopique étaient très minimes et nullement en rapport avec l'intensité des signes physiques d'auscultation; on ne constatait à l'écran qu'une légère diminution de la transparence du sommet droit. L'examen bactériologique des crachats, répété de nombreuses fois, ne permit pas de découvrir des bacilles de Koch. Nous pûmes

(1) Obs. XIV de la thèse de Simonin, déjà citée.

conserver quelque temps ce malade dans notre service, et assister à une amélioration progressive de son état: les symptômes pulmonaires s'amendèrent peu à peu; la courbe thermique, qui avait décrit pendant longtemps de grandes oscillations, redevint normale, la diarrhée disparut, et trois mois après son entrée, ce sujet, qui avait repris du poids, put être envoyé en convalescence.

Chez un autre sujet, deux fois intoxiqué par les gaz (1), nous constatons quelques semaines après la deuxième intoxication des symptômes analogues à ceux du précédent malade: état cachectique, fièvre à oscillations, diarrhée abondante, sueurs, bronchite diffuse prédominante aux sommets, laryngite avec aphonie. Les examens radioscopique et bactériologique des crachats furent négatifs. L'amélioration fut beaucoup plus lente que pour le précédent malade et ne survint qu'au bout de nombreux mois de traitement.

Le professeur Achard et plus récemment Clerc, Ramond et Guilhaume signalent des faits bien analogues aux nôtres, ce qui les autorise à distinguer, parmi les séquelles pulmonaires des anciens gazés, un type *pseudotuberculeux*.

Le diagnostic différentiel entre de semblables séquelles et la tuberculose évolutive peut rester longtemps hésitant; il faut avoir recours à toutes les ressources de la clinique, de la radiologie et du laboratoire; et une observation prolongée du malade est absolument nécessaire.

On aura des arguments pour éliminer l'hypothèse de tuberculose:

1° Si les signes physiques d'auscultation constatés à un sommet sont fugaces et migrateurs.

2° Si les altérations radioscopiques sont minimes ou nulles, alors que les signes cliniques sont très accusés.

3° Si des examens bactériologiques répétés des crachats, au besoin après homogénéisation, ne permettent pas de déceler de bacilles de Koch.

4° Si la maladie évolue au bout de quelques mois vers l'amélioration progressive et la guérison.

Mais il est des cas où malgré tout le diagnostic reste incertain; c'est alors que l'on pourra avoir recours, pour trancher la question, à l'inoculation des crachats au cobaye [P. Courmont (2)].

Conclusion. — On observe fréquemment chez les anciens intoxiqués des symptômes respiratoires longtemps persistants pouvant faire penser à la tuberculose surtout lorsque les signes physiques, plus ou moins nettement localisés à un sommet, s'accompagnent de fièvre persistante et d'altération marquée de l'état général.

L'emploi des méthodes les plus propres à déceler la tuberculose montre que beaucoup de ces séquelles ne sont pas de nature tuberculeuse et doivent être considérées comme en rapport avec des lésions inflammatoires banales et prolongées des voies respiratoires.

(1) Obs. XV de la thèse de Simonin.
(2) P. Courmont. Obs. XXVIII in thèse de Euthymiou, p. 74.

NOTES DU PRATICIEN

LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DE L'OBSTRUCTION DUODÉNALE CHRONIQUE (1)

L'obstruction chronique du duodénum passe pour une affection rare et difficile à diagnostiquer.

Tandis qu'il existe beaucoup de travaux sur la dilatation aiguë postopératoire de l'estomac, la littérature de l'obstruction chronique, à part quelques exceptions, ne contient que des cas consécutifs à un ulcère.

Le duodénum de calibre uniforme, que les traités d'anatomie représentent, n'a été trouvé par Kellogg que chez les nouveau-nés. Chez l'adulte les variations sont considérables. Il y a toujours une diminution de calibre marquée à la jonction de la première et de la seconde portion. La jonction de la deuxième et de la troisième portion n'est pas toujours très nette, mais souvent il y a un coude et une diminution de calibre. La portion transverse est de longueur et de diamètre très variables : il y a presque toujours un sillon au croisement de l'artère mésentérique supérieure; il y a toujours sur la partie postérieure un sillon dû à l'aorte et à la colonne vertébrale. La quatrième portion manque dans la moitié des cas. Il y a dans la majorité des cas une coudure nette duodéno-jéjunale. Tout ceci montre que le drainage du duodénum se fait dans des conditions défavorables et que des troubles d'origine mécanique peuvent facilement survenir.

Bloodgood a attiré l'attention sur l'association du prolapsus du cæcum dilaté, avec mésentère court, et de la dilatation du duodénum. Kellogg est convaincu que la dilatation duodénale chronique est fréquente et peut être fréquemment reconnue par l'histoire de la maladie et l'examen physique, même sans le secours des rayons X, qui ne montrent rien dans ces cas à moins que l'on emploie une technique spéciale. Une liste partielle de ses cas personnels comprend : 12 cas traités sans opération; 1 cas traité par gastro-entérostomie; 2 cas traités par gastro-entérostomie et duodéno-jéjunostomie; 3 cas traités par une opération sur le cæcum et le côlon ascendant; 5 cas traités par la section d'adhérences; 18 cas traités d'emblée par la duodéno-jéjunostomie; 3 cas de cercle vicieux traités par duodéno-jéjunostomie complémentaire après gastro-entérostomie.

Les constatations anatomiques au cours d'opérations montrent que l'obstruction peut porter sur la première portion seule, sur la première et la seconde portion ensemble ou sur le duodénum entier.

Quand la première partie seule est dilatée, la jonction de la première et de la seconde portion est coudée soit parce que le duodénum est tiré en haut par contraction de bandes mésentériques, ou parce que des adhésions unissent la première à la seconde portion, ou enfin parce que l'estomac est notablement ptosé, le duodénum restant fixe. La dilatation des deux premières portions du duodénum est généralement due à des adhérences partant de la vésicule biliaire ou de l'angle sous-hépatique du côlon. La dilatation totale du duodénum est fréquemment associée à la lésion décrite par Bloodgood et citée plus haut. L'élément important dans ces cas est l'abaissement de l'angle sous-hépatique qui tire sur le côlon transverse depuis l'angle splénique et l'applique sur l'angle duodéno-jéjunal. D'autres causes possibles sont les adhérences, l'ulcère, l'inflammation du duodénum à l'angle duodéno-jéjunal, une constriction de l'orifice péritonéal par lequel passe le duodénum, une malformation de la région inférieure du thorax, la gastroptose et les lésions pancréatiques.

Souvent l'obstruction existe à un degré marqué sans symptômes. Le plus souvent il y a des symptômes ou toxiques, ou mécaniques, ou les deux réunis.

Les symptômes toxiques sont la céphalée, la dépression mentale, la faiblesse générale, les réflexes cardiaques, tachycardie, bradycardie, irrégularités, les éruptions cutanées.

Les symptômes mécaniques dans l'obstruction de la première portion sont ceux de la sténose pylorique partielle. Dans celle des deux premières portions, il se produit ce que les malades appellent leurs « crises bilieuses ». Si le pylore est résistant la douleur est le symptôme le plus marqué; s'il est relâché, c'est la régurgitation et le vomissement de bile. La douleur est maximum en deux points : *a*. à gauche de la ligne médiane un peu au-dessus de l'ombilic (angle duodéno-jéjunal), fréquemment soulagée par la pression profonde; *b*. à droite, au-dessus de l'ombilic, s'étendant vers la surface inférieure du foie et le dos, soit aiguë, comme une colique hépatique (péristaltisme), soit sourde (distension). La douleur dure souvent jusqu'au vomissement de bile. Si le pylore est insuffisant la régurgitation peut se produire sans douleur.

Le duodénum dilaté peut souvent être reconnu à la percussion par une zone de tympanisme derrière le muscle droit du côté droit, à droite et en arrière du pylore, entre la matité du foie et la bande sonore du côlon (Hayes). Une pression exercée pendant une demi-minute, en haut et en arrière, juste au-dessous de l'ombilic, souvent fait vider le duodénum avec un gargouillement sonore et perceptible au doigt et la zone de tympanisme disparaît.

La plupart des cas guérissent, ou sont au moins notablement améliorés, par le traitement médical de l'entéroptose, soutiens abdominaux, repos après les repas, élévation du pied du lit, décubitus latéral gauche, position genupectorale, lavements, lavage duodénal, huile de paraffine, repos et suralimentation, massage abdominal.

Le traitement chirurgical de la dilatation de la première et de la deuxième portion est la section des adhérences et la correction de la gastroptose, s'il y en a. Dans les cas de dilatation totale, la colopexie et la gastropexie donnent de bons résultats quand elles sont indiquées. La gastro-entérostomie améliore certains facteurs, mais est insuffisante. L'opération de choix est la duodéno-jéjunostomie. Kellogg n'a point eu de mort opératoire. La technique est très analogue à celle de la gastro-entérostomie. Les résultats sont excellents.

(1) Edward L. Kellogg, *Surg. gynec. and obstetr.*, fév. 1918, p. 174-182.

Kellogg pense que la dilatation aiguë postopératoire est généralement précédée par une obstruction chronique du duodénum. Le cercle vicieux après gastro-entérostomie est dû à une obstruction duodénale préexistante ou créée par l'opération. Quand, au cours d'une gastro-entérostomie, on trouve un duodénum dilaté, il faut faire une duodéno-jéjunostomie complémentaire. Beaucoup de crises bilieuses et de soi-disant coliques hépatiques sont des attaques d'obstruction duodénale. L'obstruction duodénale chronique prédispose probablement à l'ulcère. L'opération de choix pour ulcère duodénal sans obstruction pylorique et avec duodénum dilaté est la duodéno-jéjunostomie.

Il faut inspecter le duodénum dans toutes les opérations sur la partie supérieure du tube digestif et considérer comme suspect de dilatation tout duodénum que l'on peut voir faisant saillie à travers le feuillet inférieur du mésocôlon quand le côlon transverse est attiré en haut.

F. GARDNER
(de New-York).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 9 FÉVRIER 1920)

Sur quelques nouveaux spectres d'étincelle dans l'ultra-violet extrême. — MM. Léon et Eugène BLOCH.

Sur la dératisation par la chloropicrine. — MM. Gabriel BERTRAND et BROCQ-ROUSSEU. La chloropicrine se présente comme un agent très puissant de destruction du rat et de la puce. Comme elle est, d'autre part, sans action sur les tissus et sur les couleurs, elle pourrait en cas de besoin, avec un outillage très simple, être utilisée, notamment, dans la dératisation des navires.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 17 FÉVRIER 1920)

Présentation de livre. — M. ROBIN présente un volume de M. Lalesque sur *Arcachon*.

L'encéphalite épidémique. — M. CHAUFFARD est d'avis que, en raison de la multiplicité des formes récemment décrites de l'encéphalite léthargique, le nom de cette maladie est devenu trop restrictif et ne répond plus aux nécessités cliniques. C'est au caractère des lésions et à l'étiologie qu'il faut demander les éléments d'une meilleure dénomination, et le terme d'encéphalite épidémique, déjà proposé par Hall, s'appliquerait à tout l'ensemble des faits observés. A ce nom générique il serait facile d'ajouter les précisions cliniques nécessaires, et de distinguer et classer ainsi les cas d'encéphalite épidémique à forme léthargique, délirante, mentale, myoclonique, ambulatoire, que l'observation médicale récente nous a fait connaître.

La mort du fœtus par submersion intra-utérine. — MM. BALTHAZARD et PIÉDELIÈVRE. Lorsque le fœtus souffre d'une asphyxie lente, par suite d'insuffisance de la circulation placentaire ou ombilicale, il se produit des mouvements respiratoires prématurés, qui se traduisent par la pénétration de liquide amniotique dans les voies aériennes. Dans certains cas, l'asphyxie provoque l'élimination de méconium, qui est ensuite aspiré par le fœtus.

Pour étudier avec précision la répartition des corps étrangers dans les poumons, il est nécessaire d'observer une technique spéciale, qui a pour but de mettre en évidence les éléments caractéristiques du liquide amniotique, cellules de l'enduit sébacé, poils de duvet, et ceux du méconium, mucus, cristaux de cholestérine, granulations de pigment biliaire. Pour cela, il convient de colorer les coupes, ainsi que l'a proposé Reuter, par la méthode de Gram, qui donne en violet foncé les cellules cornées provenant de la desquamation épidermique du fœtus. M. Balthazard a montré que, par cette méthode, les cristaux de cholestérine du méconium prennent une coloration bleu outremer pâle. On colorera ensuite sur d'autres coupes, par le bleu de toluidine phéniqué, la mucine en rouge, les poils en vert pâle, et l'on prendra une idée d'ensemble de l'encombrement des voies aériennes du fœtus.

C'est qu'en effet, à l'état normal, les fosses nasales du fœtus sont remplies de liquide amniotique, qui peut être aspiré dans les voies aériennes lors des premières inspirations après la naissance. On a retrouvé dans les poumons de tous les nouveau-nés examinés des débris provenant du liquide amniotique, en quantité surtout appréciable dans les accouchements clandestins, où il n'est pris aucune précaution pour débarrasser le nouveau-né des mucosités qui encombrent son pharynx. Ces recherches confirment celles d'Ungar.

La présence de nombreux éléments du liquide amniotique et surtout la présence de débris de méconium dans les voies respiratoires et dans les poumons d'un mort-né ou d'un nouveau-né, n'ayant respiré que d'une façon incomplète, permet d'attribuer la mort à une asphyxie intra-utérine, accompagnée de submersion. En cas de submersion criminelle dans le seau où ont été jetées les eaux de l'accouchement, on trouvera dans les poumons, outre les éléments du liquide amniotique, des corps étrangers provenant des eaux sales, poussières de charbon, etc.

Mais il s'agit d'un phénomène banal, ne permettant aucune conclusion, lorsque les débris du liquide amniotique n'existent dans les poumons qu'en quantité minime, ou seulement dans des territoires pulmonaires limités.

Etiologie et pathogénie des spasmes primitifs et graves de l'œsophage. — M. J. GUISEZ. Cette communication ne vise que les spasmes primitifs et graves de l'œsophage. L'auteur en a diagnostiqué à l'œsophagoscopie un très grand nombre (exactement 420). La plupart avaient déterminé des troubles de dysphagie tels, que toute déglutition de solides et même de liquides était devenue impossible, un état inflammatoire s'étant surajouté amenant une sténose organique. Dans tous il s'agissait d'une affection locale qui a guéri par un traitement local après un diagnostic endoscopique exact et cependant, avant l'ère œsophagoscopique, le spasme dit primitif de l'œsophage a toujours été mis sur le compte d'un état nerveux et hystérique et la plupart des malades examinés avaient été douchés, bromurés, isolés, et même suggestionnés sans aucune espèce de résultat.

Ces spasmes doivent être attribués à une viciation de l'acte physiologique de la déglutition, due en somme à la mauvaise mastication. Il ne suffit pas d'essayer de réformer cette mauvaise mastication pour que le spasme cesse, un élément de contracture, élément inflammatoire, s'étant surajouté, c'est contre lui que le traitement local de dilatation, toujours efficace, doit être dirigé ; dès que la dilatation est obtenue, pour éviter toute récidive il faut procéder à une véritable rééducation de la déglutition et donner les soins dentaires nécessaires.

Du rôle de la marine dans la protection de la France sur le front d'Orient. — M. CHEVALIER fait une communication sur ce sujet.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 5 FÉVRIER 1920)

Tuberculome ou syphilome cérébral. — MM. A. SOUQUES et I. BERTRAND apportent un complément d'examen au sujet d'une tumeur cérébrale présentée par l'un d'eux à la dernière séance et dont la nature tuberculeuse avait été mise en doute. L'examen bactériologique des coupes a révélé l'existence du bacille de Koch. Ils rappellent la difficulté extrême qu'il y a à distinguer un tuberculome d'un syphilome, en se fondant sur l'examen histologique.

A la suite de cette communication, une discussion s'engage sur l'action du traumatisme dans la genèse des tumeurs cérébrales.

Synesthésies sus-lésionnelles d'ordre sympathique chez un paraplégique présentant un syndrome d'interruption physiologique subtotale de la moelle lombaire. — Mme DÉJERINE et M. REGNARD montrent un blessé atteint de paraplégie complète à la suite d'une blessure par balle du troisième segment lombaire de la moelle. Cet homme présente sur la partie postéro-latérale gauche du thorax une zone étendue dans le territoire des racines D^5 à D^9 dont l'attouchement provoque une sensation désagréable de brûlure, d'engourdissement de la paroi thoracique. Dans cette partie hyperesthésiée des téguments existe, près de l'orifice de sortie de la balle, une zone large comme la paume de la main dont l'attouchement donne lieu dans le membre inférieur gauche à une sensation de fourmillement, de courant électrique, bien que ce membre soit totalement anesthésié.

Les auteurs expliquent ce fait par une lésion de la chaîne sympathique au niveau de la douzième côte; l'irritation de la voie sympathique sensitive centrale, se répercutant par les rameaux communiquants sur la série des ganglions D^5 à D^8, y actionne les cellules d'origine du neurone sensitif sympathique périphérique dont les fibres suivant le trajet des nerfs intercostaux expliquent l'hyperesthésie de la paroi thoracique.

La zone de synesthésie s'explique par une « erreur d'aiguillage » d'un certain nombre de fibres régénérées destinées au membre inférieur gauche.

L'abasie hypocondriaque et l'astasie-abasie trépidante du vieillard. — MM. J. LHERMITTE et QUESNEL rappellent que, en dehors des paraplégies organiques si fréquentes dans l'âge avancé, il existe toute une série de troubles de la marche dont la nature est encore aujourd'hui assez discutée. Les auteurs étudient deux types spéciaux de dysbasie et d'abasie séniles. Le premier est constitué par l'abolition complète ou presque complète de la fonction de la marche. A la suite d'une maladie ayant exigé l'alitement prolongé le sujet devient incapable de se tenir debout et de monter bien que tous les mouvements élémentaires des membres inférieurs puissent être correctement exécutés. Cette abasie est surtout liée à la conception hypocondriaque que le sujet se fait de son état, et sa curabilité n'est rendue difficile que par la ténacité des idées délirantes du vieillard.

Tout autre apparaît l'astasie-abasie trépidante. L'analyse séméiologique montre que si, dans sa genèse, l'élément fonctionnel, d'ordre émotionnel le plus souvent, n'est pas niable, il n'est pas seul en cause, et qu'il s'associe à des perturbations le plus certainement organiques. Ces dernières relèvent moins de l'atteinte des voies motrices centrales que de l'appareil de coordination adapté au mécanisme de marche.

Le réflexe oculocardiaque dans l'encéphalite léthargique. — M. A. LITVAK signale que, dans l'encéphalite léthargique, ce réflexe oculocardiaque est d'intensité assez grande. Il est d'autant plus fort et facile à provoquer que le malade est plus hypersomnique. Au contraire, dans la méningite syphilitique, le réflexe est toujours absent, et dans la méningite tuberculeuse il est peu fréquent et toujours faible.

Dans l'encéphalite léthargique on peut observer une dissociation entre le tonus du centre circulatoire qui peut être diminué et le réflexe oculocardiaque qui peut être assez fort.

Le réflexe oculocardiaque dans l'encéphalite léthargique se comporte comme le même réflexe chez les animaux en état de narcose (Aschner).

Coccygodynie, syndrome radiculaire de la deuxième paire coccygienne. — M. CHARTIER insiste sur le syndrome douloureux de la deuxième paire coccygienne que caractérisent la douleur persistante de la région coccygienne, la douleur sacro-coccygienne à la flexion du tronc en avant par allongement du filum terminal qui contient la deuxième paire coccygienne incomplètement développée.

Ce syndrome est à distinguer des radiculites sacro-coccygiennes.

Tonus et fonction motrice dans les troubles oculomoteurs. — M. A. LITVAK signale que, en outre de l'hypotonie générale des muscles des membres, il faut étudier aussi l'hypotonie des muscles oculaires.

A côté du ptosis paralytique, il faut distinguer le ptosis atonique (Dagnini). Le ptosis peut être exclusivement dû à l'affaiblissement du tonus de la paupière. Si celui-ci est assez marqué, c'est un signe de spécificité probable. Au contraire, quand il est peu accentué, il peut aussi être l'expression d'une lésion légère du noyau de la IIIe paire. Il est possible, quelquefois, de suivre le passage graduel d'une lésion légère à une lésion d'un degré plus marqué. On évalue ainsi l'intensité de l'atteinte nucléaire.

Myopathie myotonique diffuse à début aigu avec ptosis, dystrophie linguale et faiblesse des muscles ptérygoïdiens. — MM. CROUZON et BOUTTIER.

Tumeur mixte du cavum de Meckel avec compression protubérantielle secondaire. Anesthésie non douloureuse du nerf trijumeau droit. — MM. BOUTTIER et Ivan BERTRAND.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 14 FÉVRIER 1920)

L'immunisation antituberculeuse de la mite d'abeille. — M. N. FIESSINGER, à l'occasion d'une récente communication de Metalnikoff, rapporte le résumé d'expériences d'où il résulte que, d'une part, les bacilles tuberculeux sont encore décelables par l'inoculation de la mite au cobaye quand ils ne sont plus visibles dans les phagocytes; que, d'autre part, les cires éthérées extraites de la mite ne possèdent pas d'action bactériolytique in vitro sur le bacille de Koch.

Double modalité de la dissociation auriculo-ventriculaire obtenue par l'excitation du vague. — MM. A. TOURNADE et G. GIRAUD. Il est bien établi que l'excitation centrifuge du vague peut déterminer, non seulement l'arrêt ou le ralentissement du cœur total, mais encore, dans certains cas exceptionnels, la dissociation ventriculaire. Cette dissociation peut se manifester de deux façons : tantôt l'oreillette continue à battre tandis que le ventricule est arrêté ou ralenti, tantôt c'est l'inverse qui se produit. La première éventualité est réalisée par des excitations juste suffisantes pour réaliser un effet cardiaque; pour des excitations plus fortes, le ralentissement porte sur l'oreillette et le ventricule : c'est le cas ordinaire. Dans les cas où le ventricule continue à battre alors que l'oreillette est complètement inhibée, c'est parce que intervient une nouvelle excitation anormale sur les centres ventriculaires, l'asphyxie par exemple. On peut produire ce

rythme par injection de chlorure de baryum dans le ventricule et excitation du vague. Le chlorure de baryum agit comme excitant local et détruit sur le ventricule l'inhibition du vague. Avec des doses suffisantes de chlorure de baryum on obtient, sans excitation du vague, non seulement la dissociation ventriculaire, mais parfois un rythme modal.

L'échauffement du foie post mortem par l'électrisation.— MM. H. Cardot et Ch. Richet. Quand on fait passer dans un foie extrait de l'animal un courant d'induction, on constate un arrêt momentané de la descente thermique qui exprime le refroidissement de l'organe post mortem, ce qui témoigne vraisemblablement d'une production de chaleur par les cellules hépatiques sous l'influence de l'excitation électrique. Cet effet électrique ne s'observe plus sur du tissu hépatique épuisé par une série d'excitations antérieures ; mais on peut l'observer sur du tissu hépatique débité en menus morceaux.

Action de quelques sels de terres rares sur la réaction de Bordet-Wassermann. — MM. H. Grenet et H. Drouin montrent l'action atténuante, in vitro, des sulfates de neodyme, praseodyme, somarium et lanthane sur les sérums syphilitiques.

L'addition de 2/10 de milligramme de sulfate à 2/10 de centimètre cube de sérum, trois heures avant la réaction, suffit à neutraliser tout ou partie de la sensibilisatrice syphilitique et à faire passer, toutes choses égales d'ailleurs, le Wassermann de H^2 à H^8 (échelle de Vernes).

Les différences de sensibilité de chaque sérum vis-à-vis des sulfates de terres rares considérés donnent à penser qu'une étude approfondie de cette question permettra un dosage plus rigoureux des substances particulières créées au sein du sérum par l'infection tréponémique.

L'intoxication rectale. — M. L. Dreyfus. La possibilité de l'intoxication intestinale par les toxines microbiennes ou les produits dits toxiques résultant de la décomposition ou de la putréfaction des matières albuminoïdes n'a pu jusqu'ici encore être démontrée expérimentalement. Par contre, la possibilité de l'intoxication intestinale par les acides est établie expérimentalement par l'auteur. Elle se produit presque exclusivement dans le gros intestin et surtout dans le rectum. En clinique, sa réalité peut être admise car il existe dans les fèces un grand nombre d'acides susceptibles d'y donner naissance. A l'état normal les selles doivent être neutres. Les conditions principales qui peuvent les rendre acides sont : un régime hydrocarboné trop abondant ou exclusif et l'insuffisance de la sécrétion biliaire. Ces conclusions, assez peu conformes aux notions classiques qui ne reposent d'ailleurs sur aucune base expérimentale, ouvrent des horizons nouveaux dans la thérapeutique de l'intoxication intestinale aiguë ou chronique et des troubles de la santé qui peuvent lui être attribués.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 23 AU 28 FÉVRIER 1920

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 23 février. — 3e (2e partie), *Laboratoire d'anatomie pathologique*, épreuve pratique d'anatomie pathologique.

5e (1re partie), *Hôtel-Dieu*, clinique externe. — 5e (1re partie), *Baudelocque*, obstétrique. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu*, clinique interne.

1er (N. R.), *Ecole pratique*, épreuve pratique d'anatomie.

Mardi 24 février. — 1er (A. R.), *Ecole pratique*, épreuve de dissection.

3e (2e partie), *Faculté*, épreuve orale.

5e (1re partie), *Charité*, chirurgie. — 5e (2e partie), *Charité*, clinique interne.

1er (N. R.), *Ecole pratique*, épreuve pratique d'anatomie.

Examen récapitulatif (N. R.), *Faculté*, clinique obstétricale.

Mercredi 25 février. — 1er (A. R.), *Faculté*, épreuve orale.

3e (1re partie), *Ecole pratique*, épreuve pratique de médecine opératoire.

4e (A. R.), *Faculté*.

5e (1re partie), *Necker*, chirurgie. — 5e (2e partie), *Laënnec*, clinique externe.

1er (N. R.) *Ecole pratique*, épreuve pratique d'anatomie.

2e (A. R.), *Faculté*.

Jeudi 26 février. — 1er (A. R.), *Faculté*, épreuve orale.

3e (1re partie), *Faculté*, épreuve orale.

4e (A. R.), *Faculté*.

1er (N. R.), *Ecole pratique*, épreuve pratique d'anatomie.

Vendredi 27 février. — 3e (1re partie), *Faculté*, épreuve orale.

1er (N. R.), *Ecole pratique*, épreuve pratique d'anatomie.

Samedi 28 février. — 5e (1re partie), *Laënnec*, chirurgie. — 5e (1re partie), *Tarnier*, obstétrique. — 5e (2e partie), *Beaujon*, clinique interne.

1er (N. R.), *Ecole pratique*, épreuve pratique d'anatomie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1919-1920

M. Dupont. De l'iléus biliaire. — M. Lhuerre. Deux méthodes modernes de traitement de la blennorragie. Chimiothérapie et vaccinothérapie polymicrobienne. — M. Schaeffer. La grippe à l'hôpital maritime de Saint-Mandrier en 1918-1919. — M. Dutard. Contribution à l'étude des hémorragies de la délivrance chez les femmes atteintes d'albuminurie gravidique et d'éclampsie. — M. Ferré. Contribution à l'étude des hémorragies méningées sous-arachnoïdiennes. — M. Fournier. Contribution à l'étude des pseudotumeurs gastriques. — M. H. Barthe. Contribution au dosage pratique de l'acidité chlorhydrique dans le liquide gastrique. — M. Descure. Contribution à l'étude du traitement chirurgical des hémorragies par décollement du placenta inséré sur le segment inférieur de l'utérus. — M. Barbier. Contribution à l'étude du sphacèle des fibromes utérins au cours de la grossesse. — M. Gascard. Contribution à l'étude des crises convulsives. La crise hystéro-épileptique existe-t-elle ? — M. Malaussène. Considérations sur l'influence de la cure hélio-marine sur l'incontinence d'urine dite essentielle chez les enfants.

COURS ET CONFÉRENCES

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — Enseignement de la radiologie médicale. — Le docteur Béclère, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, commencera le dimanche 22 février, à dix heures du matin, à l'hôpital Saint-Antoine, dans l'amphithéâtre de la clinique médicale de M. le professeur Chauffard, et continuera les dimanches suivants, à la même heure, une série de six conférences sur la *Radiothérapie des glandes endocrines et des tumeurs malignes.*

Dimanche 22 février : Les glandes à sécrétion interne et leur pathologie. — Dimanche 29 février : La glande thyroïde, le thymus et la radiothérapie. — Dimanche 7 mars : La glande pituitaire, les glandes surrénales et la radiothérapie. — Dimanche 14 mars : La question du cancer. — Dimanche 21 mars : Le traitement du cancer. — Dimanche 28 mars : La radiothérapie des tumeurs malignes.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.



Traumatismes cranio-cérébraux. *Accidents primitifs. Leurs grands syndromes*, par M. le docteur H. Duret, doyen honoraire de la Faculté libre de Lille. 1 fort vol. in-8 de 1503 pages, avec 320 figures dans le texte. — Prix : 82 fr. 50. — Paris, Félix Alcan.



Guide pratique pour l'examen médical des aviateurs et des candidats à l'aviation, par le docteur MAUBLANC et le docteur RATIÉ, médecins du Centre d'aviation de Chartres. Préface par le docteur André BROCA. In-16 de 150 p. avec fig. — Prix (sans majorat.) : 3 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 15 francs par an. Étudiants étrangers, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 6 fr. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

LE PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE DANS LES HOPITAUX. — M. Paul Deschanel a tenu à inaugurer son septennat en visitant les hôpitaux. Sa première visite a été pour les blessés du Val-de-Grâce où il a été reçu par le médecin inspecteur général Rouget et le médecin inspecteur Jacob.

Samedi matin, il a visité, sous la conduite de M. Mesureur, les services de l'Hôtel-Dieu.

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — Le jury du cinquième concours de médecin des hôpitaux est provisoirement composé de MM. Macaigne, Souques, Rathery, Barbier, de Massary, Laffitte, Claisse, Fournier, Œttinger, Lesage, Marie (R.), Cunéo.

— Concours de dentiste adjoint des hôpitaux. — *Epreuve orale.* — Séance du 18 février. — Question donnée : « Aspect clinique et diagnostic des érosions dentaires. »

MM. Maurel, 18; Solas, 16; Coustaing, 18; Béliard, 17.

Séance du 20 février. — Question donnée : « Moyens de rétention des appareils de prothèse dentaire à plaques. »

MM. Maurel et Solas, 16; Coustaing et Béliard, 18.

Consultation écrite. — Séance du 21 février. — MM. Béliard, 28; Solas, 26; Maurel, 30; Coustaing, 28.

Total des points. — MM. Béliard, 121; Coustaing, 120; Maurel, 119; Solas, 104.

— Concours de l'internat. — *Lecture des copies.* — *Anatomie.* — Séance du 18 février. — MM. Tassin, Engelhard et Coriat, 11; Reverdy, 10; Valière-Vialeix, 12; Bardon, 11; Cochez, 13; Gourdin, 10; Duval, 14.

Séance du 20 février. — MM. Schlesser et Desnoyers, 11; Lefèvre (Bernard), 10; Deroche, 11; Denoël, 10; Plait et Boulanger-Pilet, 12; Vernaut, 10.

Pathologie. — Séance du 21 février. — MM. Cerné, 13; Cuvigny, 5; Ferrier (Louis), 11; Comet, 8; Weissmann, 13; Aurousseau, 11; Roland et Ebrard, 8; de Massary, 12; Chavany, 8.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, en date du 19 février 1920, le tableau annexé à l'arrêté du 5 novembre 1919, portant ouverture de concours pour l'agrégation des facultés de médecine, est modifié ainsi qu'il suit, en ce qui concerne les jurys d'ophtalmologie :

Faculté de Paris (2 membres). — Un professeur de clinique ophtalmologique. Un professeur de physique.

Facultés des départements (5 membres). — Trois professeurs de clinique ophtalmologique. Un professeur de clinique chirurgicale. Un professeur de clinique médicale ou de clinique des maladies nerveuses.

— Les chefs de travaux pratiques et de laboratoires de recherches de la Faculté de médecine de l'Université de Paris sont rangés, à partir du 1er juillet 1919, par ordre d'ancienneté, dans les classes suivantes :

1re classe : 13.000 francs. — M. Guilleminot.
2e classe : 12.000 francs. — M. Philibert.
3e classe : 11.000 francs. — M. Garrelon.

Les préparateurs chefs de laboratoires et les préparateurs (travaux pratiques et laboratoires de recherches) de la Faculté de médecine de l'Université de Paris sont rangés, à partir du 1er juillet 1919, par ordre d'ancienneté, dans les classes suivantes :

1re classe : 11.000 francs. — MM. Turchini, Aronsshon, Hildt, Le Serrec de Kervilly.

2e classe : 10.000 francs. — MM. Langeron, Lassablière.

3e classe : 9.000 francs. — MM. Murlay, Bulliard, Lelièvre, Ameuille.

4e classe : 8.000 francs. — MM. Verne, Bernard, Augier, Kohn-Abrest, Reinholdt.

5e classe : 7.000 francs. — MM. Dervieux, Lhermitte, Gérard, Cardot, Couroux, Haas.

FACULTÉS DES DÉPARTEMENTS. Les chefs de travaux des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie des universités des départements (laboratoires de

recherches et de travaux pratiques) sont rangés, à partir du 1er juillet 1919, par ordre d'ancienneté, dans les classes suivantes :

1re classe : 12.000 francs. — MM. Ricquiet, Louis, Beylot, Lasserre, Chanoz, Lafite-Dupont, Desoil, Soulé.

2e classe : 11.000 francs. — MM. Bosc, Muratet, Caumartin, Wunschendorff, Rochaix, Lisbonne, Sarvonat, Mazel, Desmonts, Faure, Soula, Zuber.

3e classe : 10.000 francs. — MM. Lamy, Maurin, de Verbizier, Imbert, Pech.

— Les préparateurs des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie des universités des départements (laboratoires de recherches et de travaux pratiques) sont rangés, à partir du 1er juillet 1919, par ordre d'ancienneté, dans les classes suivantes :

1re classe : 10.000 francs. — MM. Lemaire, Merlet père, Basset, Lescœur, Verdier, Tourneux (J.-P.), Ribollet.

2e classe : 9.000 francs. — MM. Bassal, Gaujoux, Duvilliers, Duroch.

3e classe : 8.000 francs. — MM. Laporte, Pujol, Baudrimont, Lapeyre, Gardère, Moriot, Jacod, Florence, Durand, Mougneau.

4e classe : 7.000 francs. — MM. Musso, Sicre, Langeron, Granel, Merlet fils, Thiébaut, Simonin, Petiteau.

5e classe : 6.000 francs. — MM. Roques, Doubouc her, Piétri, Gillet, Carrère, Moureau, Vial, Rémy.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier (à titre posthume). — MM. les docteurs :

Pequegnot (Paul-Georges), matricule 64, médecin aide-major de première classe : médecin aide-major qui, depuis le début de la campagne, a assuré de la plus remarquable façon le service médical, soit comme médecin de bataillon, soit comme chef de service. A toujours fait preuve du plus complet esprit de sacrifice, suivant même les vagues d'assaut pour prodiguer aux blessés des soins plus rapides et assurer leur prompte relève. A été tué en accomplissant sa mission sous un très violent bombardement. A été cité. (*J. O.*, 25 janv. 1920.)

De Pontich (Adrien-Henri), matricule 165, médecin aide-major : médecin aide-major d'un grand courage et d'un inlassable dévouement. Glorieusement tombé, pour le salut de la patrie, à Vauxaillon, le 1er juin 1917. Une citation antérieure. Croix de guerre avec palme. (*J. O.*, 25 janv. 1920.)

Vidal (Paul), matricule 016510, médecin aide-major : officier modèle de bravoure et de dévouement. A rendu les plus grands services pour les soins assidus qu'il a prodigués aux blessés et la façon énergique dont il a dirigé les brancardiers dans les journées d'octobre et septembre 1916. Glorieusement tué, le 17 décembre 1916, au combat de Rouzières, donnant un bel exemple de sacrifice et d'abnégation. Croix de guerre avec palme. (*J. O.*, 25 janv. 1920.)

Giauffer (Marius-Augustin), matricule Rt 16, médecin-major de deuxième classe : très bon officier du corps de santé, belle conduite au cours de la campagne, particulièrement à Maubeuge, en août 1914. Interné onze mois en Allemagne, comme prisonnier de guerre. Blessé grièvement en service commandé dans la zone des armées, le 13 novembre 1917, est mort le lendemain des suites de ses blessures. Citation en exécution de l'article 277 du service courant. (*J. O.*, 25 janv. 1920.)

MARINE. — M. le médecin en chef Valence est nommé au grade de médecin général de deuxième classe.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE SOCIALE. — M. le professeur Quénu est nommé président de la Commission supérieure des maladies professionnelles.

Sont nommés membres de ladite commission : MM. les docteurs Heim, professeur d'hygiène industrielle au Conservatoire des Arts et Métiers, et Got, directeur de la Société mutuelle d'assurances « La Mutualité industrielle ».

Sont nommés membres du Comité supérieur de la protection du premier âge : MM. Desmars, directeur de l'assistance et de l'hygiène publique, et Méry, agrégé, médecin des hôpitaux.

LE NOMBRE DES BLESSÉS ENCORE EN TRAITEMENT DANS LES HOPITAUX MILITAIRES. — A une question posée par M. Galli, le ministre de la Guerre vient de répondre que le nombre des militaires blessés et malades appartenant à des classes démobilisées, en traitement dans les hôpitaux militaires, était à la date du 15 janvier 1920 de 7.133.

LA RÉORGANISATION DES HOPITAUX. — Le docteur Grinda, député des Alpes-Maritimes, vient de saisir la commission de prévoyance sociale d'un projet de loi ayant pour but la réorganisation complète des hôpitaux de France. Ce projet est signé par MM. le professeur Pinard, les docteurs Monprofit, François, etc.

Il serait créé de nombreux dispensaires à rayon d'action réduit, possédant un personnel instruit et dotés de laboratoires pour le diagnostic précoce. Ces dispensaires, organes de prophylaxie, seraient la liaison entre le domicile du malade et l'hôpital.

Les hôpitaux seraient multipliés et modernisés.

L'Etat n'interviendrait que pour la création des hôpitaux, leur entretien incomberait aux caisses de l'assurance maladie et invalidité, dont l'organisation est prévue par le même projet de loi.

A PROPOS DU SECRET MÉDICAL. — M. X..., plaidant en divorce contre sa femme, avait produit à l'appui de sa demande un certificat médical dont son avocat s'était efforcé de tirer gros argument. Après le tribunal, la 8e chambre de la cour vient de décider qu'il n'y avait pas lieu de tenir compte de ce certificat, le secret professionnel médical étant d'ordre public et un médecin n'ayant pas le droit de délivrer, à l'insu de sa malade, un certificat médical à un tiers, fût-ce au mari. Cependant, la production de ce certificat a joué comme injure grave et le divorce a été prononcé au profit de la femme.

(*Le Temps*.)

LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYGIÈNE, dans sa dernière séance, a entendu une communication de son Président, le docteur Foveau de Courmelles, sur l'hygiène et la sécurité des Radiologues. M. Vassivière a traité de « la vraie journée anglaise » côté économique et hygiénique où il prouve toute l'économie que ferait faire ce nouveau système qui réaliserait le maximum de rendement par le minimum d'effort et dans le minimum de temps.

NÉCROLOGIE. — Notre ami le docteur Parturier (de Vichy) vient d'avoir la douleur de perdre sa mère. Qu'il veuille bien recevoir ici l'expression de nos bien vives condoléances.

STATISTIQUE MUNICIPALE DE LA VILLE DE PARIS. — On a enregistré, du 21 au 31 janvier 1.890 décès, au lieu de 1.830 pendant la décade précédente et au lieu de 1.419, moyenne de la saison.

On a signalé 2 cas de variole et 8 cas de varicelle.

La scarlatine a causé 7 décès (moyenne 2), cas nouveaux signalés 200 (moyenne 69).

La coqueluche a causé 20 décès (moyenne 6).

La diphtérie a causé 10 décès (moyenne 4). Cas nouveaux signalés 101 (moyenne 50).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 471 décès (moyenne 273).

En outre, 156 décès ont été attribués à la grippe.

Il y a eu 3 décès par méningite cérébro-spinale épidémique ; 8 cas nouveaux sont signalés.

On a enfin enregistré la naissance de 1.936 enfants vivants.

RENSEIGNEMENTS

554. — **CANDIDAT A L'INTERNAT**, habitant momentanément la province, désire entrer en correspondance avec un interne des hôpitaux de Paris, chef de conférence d'internat, pour direction et envoi de plans. — Ecrire au journal aux initiales L. J.


ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE
VALÉRIANATE
GABAIL
DÉSODORISÉ
LABORATOIRE: 3, rue de l'Estrapade, PARIS

LA MARCHE DE L'INFECTION TUBERCULEUSE

ET LA

LOCALISATION AU SOMMET PULMONAIRE

Par le docteur J. FIÉVEZ (de Malo-les-Bains).

La localisation aux sommets des lésions ou du maximum des lésions constitue la caractéristique anatomo-pathologique de la tuberculose pulmonaire humaine chronique.

Plusieurs hypothèses ont été formulées concernant la cause de cette remarquable particularité; chose étonnante, elles reposent toutes sur l'existence d'une prédisposition — diversement conçue — de la région des sommets, plutôt que sur le mode de pénétration du bacille de Koch (1). C'est qu'aussi bien, on n'a envisagé jusqu'ici que deux modes de pénétration bacillaire :

1° La voie respiratoire, aérienne, par aspiration;
2° La voie circulatoire, sanguine, par embolie, partie :
a. Du tube digestif, pour les uns;
b. Des amygdales et des ganglions cervico-thoraciques, pour Dieulafoy.

* * *

Je me propose de formuler une autre explication pathogénique, dont voici le schéma : la tuberculose des sommets est une tuberculose *secondaire*, et non une tuberculose par inoculation directe, d'origine aérienne, des voies respiratoires, mais c'est une tuberculose *locale*, par propagation de proche en proche, et non une tuberculose d'essaimage sanguin.

La localisation au sommet met en évidence la situation du processus originel et la direction de sa propagation.

Cette lésion originelle est, pour moi comme pour Dieulafoy (2), la tuberculose larvée des amygdales, et la tuberculose des ganglions cervico-thoraciques, celle-ci étant seule essentielle, et pouvant aussi bien résulter de l'inoculation d'un autre point que les amygdales : muqueuse respiratoire et digestive supérieures, peau de la face, dents et leurs maxillaires...

La périadéno-lymphite cervico-thoracique inocule de proche en proche le dôme pleural, et, au travers, le sommet pulmonaire. La station verticale, spéciale à l'homme, explique l'allure descendante de tout le processus, l'influence de cette statique, unique dans le monde des vertébrés, se poursuit d'ailleurs au delà de la double barrière pleurale; elle retentit sur l'évolution anatomo-pathologique des cavernes pulmonaires, comme le montre, je crois, l'aspect macroscopique des lésions chez les sujets morts de tuberculose pulmonaire chronique.

Est-ce à dire que ce processus pathogénique représente l'origine de toute tuberculose pulmonaire humaine? Evidemment non, parce qu'il faut immédiatement mettre à part toutes les tuberculoses miliaires, dont l'origine sanguine est manifeste. Doivent aussi être écartées, les tuberculoses pulmonaires infantiles, dont les lésions, pour avoir évolué plus longuement, jusqu'à la caverne même, n'en appartiennent pas moins à ce type septicémique.

C'est, selon moi, le mélange des deux mécanismes de propagation directe et d'embolie sanguine, chez quelques sujets jeunes, qui crée certains aspects anatomo-pathologiques d'apparence compliquée.

La différence de perméabilité du système lymphatique chez l'enfant et chez l'adulte explique la fréquence des embolies dans la grande circulation chez le premier, de la propagation de proche en proche de la périadéno-lymphite chez le second.

* * *

A la vérité, je n'ai pu reproduire, au cours *d'expériences* — peu nombreuses aussi bien — sur le chien (1) inoculé à la patte antérieure ou directement au-dessus du dôme pleural, mis à nu chirurgicalement, la progression de l'infection selon le mode humain, conçu comme il vient d'être exposé; ce travail expérimental serait à reprendre avec une technique plus étudiée, et surtout, semble-t-il, sur des animaux de plus grande taille.

* * *

Cliniquement, par contre, j'avais recueilli plusieurs observations de tuberculoses pulmonaires unilatérales, en rapport avec des lésions lymphatiques sus-jacentes, chronologiquement antérieures aux altérations pulmonaires. L'invasion, à Lille, m'a privé de ces documents.

* * *

Il en va de même pour les nombreuses coupes et les dessins que nous en avions faits, de *poumons cavitaires*, recueillis tant aux autopsies qu'à la salle de dissection. Les poumons de sujets injectés à la glycérine phéniquée présentent une suffisante rigidité pour permettre des coupes selon toute la hauteur, qui montrent avec netteté la répartition des lésions dans ces cas avancés. Celle-ci nous paraît pouvoir être représentée par la figure schématique suivante.

Cette figure montre que les lésions des lobes sous-jacents au lobe supérieur ont aussi leur maximum aux sommets de ces lobes, c'est-à-dire au point le plus voisin du lobe supérieur. Les plus grandes destructions sont généralement postérieures, sur une même verticale (grosso nodo) que les lésions du sommet proprement dit et en regard d'elles, dont les

(1) Il faut pourtant citer cette opinion de Louis Bory : « Un fait bien établi et dont l'explication a peu préoccupé les expérimentateurs, c'est la localisation primitive de la tuberculose au sommet du poumon qui paraît résulter d'un mode d'infection spécial à l'homme adulte. Il nous a paru très simple (trop peut-être, qu'on nous excuse) de supposer que l'infection si caractéristique des sommets, dans la tuberculose pulmonaire, se faisait directement, en raison de ce simple contact, au travers des parois de la trachée et de l'œsophage. » — Sur l'origine de la tuberculose pulmonaire, *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 31, p. 363.

(2) Dieulafoy. Tuberculose larvée des trois amygdales, *Manuel de pathologie interne*, t. II, p. 191.

(1) Je ne parle pas d'expériences sur le cobaye; il me paraît impossible de déceler chez cet animal l'influence du point d'inoculation sur la marche du processus tuberculeux qui devient rapidement granulique, comme chez l'enfant.

sépare un double feuillet pleural intact, c'est-à-dire non perforé, mais considérablement épaissi et durci. Si l'on admet que les lésions les plus étendues sont aussi les plus anciennes, comme l'établit l'observation clinique pour l'évolution de l'ensemble des altérations, l'infection des lobes inférieurs serait fille de celle des lobes supérieurs eux-mêmes, atteints à tra-



I. *Lobe supérieur.* — II. *Scissure interlobaire.* — III. *Lobe inférieur.* — Les hachures représentent les cavernes; le pointillé l'infiltration tuberculeuse. La figure montre trop de tissu infiltré entre les cavernes-mères du lobe supérieur et les cavernes-filles du lobe sous-jacent; souvent, entre les deux, le seul double feuillet de pachypleurite.

vers le dôme pleural. Par analogie avec la marche de l'infection dans l'intérieur de la cavité pleurale, il nous paraît logique en effet d'admettre la transmission d'une lésion lymphatique tuberculeuse cervico-thoracique, inoculant, à travers le dôme pleural, le sommet pulmonaire.

La sclérose interlobaire, contrastant avec les destructions sus et sous-jacentes, vous montre que la sclérose adhésive peut être le seul reliquat de la traversée du dôme pleural par l'infection en migration.

L'ensemble des lésions résulterait donc de l'évolution descendante, cervico-thoracique, lympho-pleuro-pulmonaire (1) d'une infection, sclérosante ou nécrosante selon qu'elle frappe un tissu fibreux ou un tissu mou (le tissu pulmonaire).

La pesanteur donne aux lésions une direction générale verticale. Il ne faudrait pourtant pas exagérer l'influence de ce facteur, dont les effets sont modifiés, mais en partie seulement, par la tendance à l'infiltration lymphatique ou pleurale (au carrefour des 3 lobes droits surtout) en direction générale du hile pulmonaire.

(1) Je ne rappelle que d'un mot la localisation des lésions primitives, dans la tuberculose ganglionnaire, à la périplexie de l'organe, près des vaisseaux lymphatiques afférents; la fréquence et l'importance de la périadénite dans cette affection. Il est facile de concevoir comment, peut-être, la rougeole constitue « la plus tuberculosable des maladies ».

* * *

Je crois en avoir assez dit pour l'exposé de cette conception de la marche de l'infection tuberculeuse. Il resterait à la comparer à celle d'autres auteurs qui se sont occupés des rapports de la tuberculose pulmonaire et des adénites de voisinage, Sanchez Tolado et Sergent, par exemple; et surtout à étudier de façon précise, et avec des documents personnels, l'anatomie des ganglions périapexiens, véritable calotte lymphatique qui coiffe le dôme pleural. Mais cela fera l'objet d'un travail ultérieur.

* * *

Par contre, je vais immédiatement indiquer en terminant les conclusions pratiques fort importantes qui découlent des faits exposés plus haut :

La *prophylaxie* de la tuberculose, après l'enfance et même pendant l'enfance, apparaît dominée par l'indication d'éviter les inoculations du segment céphalo-cervical. Les lésions de toutes les amygdales, éponges lymphoïdes où le bacille peut végéter; les lésions chroniques des oreilles, les petits lupus, si fréquents chez l'enfant, des narines et de la peau de la face, les caries dentaires où la bactériologie a depuis longtemps décelé la présence du bacille de Koch, et qui par leurs offenses aux muqueuses de voisinage (gencives, joue, langue) créent la porte d'entrée au germe présent, les accidents subaigus ou chroniques de l'évolution des grosses molaires, des dents de sagesse en particulier (1), toutes ces lésions créent l'adénite et la périadénite cervico-thoracique, banale ou tuberculeuse ou mixte et dont les poussées extensives peuvent, à un moment donné, aspirées par le vide pleural, traverser le dôme pleural [cf. la traversée diaphragmatique de la péritonite tuberculeuse (Cornil et Ranvier)], et inoculer le sommet pulmonaire.

C'est principalement lorsqu'un certain fléchissement de l'état général, des troubles respiratoires légers, une pleurésie séro-fibrineuse surtout, attirent l'attention vers les sommets qu'il faudra faire un examen complet des téguments cutanés et muqueux de la tête, et, de toute urgence, supprimer les lésions, même seulement suspectes.

Il va sans dire que devront être traitées également les adénites cervicales dérivées de ces altérations.

Ces mêmes indications, recherche de la porte d'entrée et ablation de la lésion originelle, sont encore les premières à remplir pour le *traitement de la maladie déclarée*.

La méthode de Forlanini apparaît ici comme un procédé d'isolement du dôme pleural d'avec le sommet pulmonaire; le pneumothorax empêche l'apex de lécher constamment la concavité infectée de la calotte pleuro-lymphatique. Quand la cause de cette dernière infection n'a pu être atteinte, il est d'un gros intérêt de supprimer ainsi le rapport entre la lésion pulmonaire qui peut tendre à la guérison, et le « foyer ecphylactique » (Wright) initial, source indéfinie de propagation bacillaire.

(1) Juvenes cœlibes strumosi fiunt, postea vero matrimonio curantur (Warthon). Coïncidences !

Il y a d'autres moyens chirurgicaux sans doute d'isoler le poumon, et de scléroser la barrière pleurale, même préventivement chez les sujets très prédisposés, mais cela sortirait du cadre de cet article.

*
* *

En résumé, la tuberculose pulmonaire de l'homme, dans sa forme anatomo-clinique habituelle, est une périlympho-adénite. Sa prophylaxie et sa thérapeutique sont conditionnées par la prophylaxie et la thérapeutique de l'adénite tuberculeuse cervico-thoracique.

REMARQUES

SUR

L'INCONTINENCE NOCTURNE D'URINE CHEZ L'ADULTE

CONSTATATIONS CYSTOSCOPIQUES

Par M. Faxton E. GARDNER (de New-York).

Il est couramment admis que l'incontinence d'urine dite essentielle, l'*enuresis nocturna*, est l'apanage exclusif de l'enfance et guérit plus tard sans laisser de trace. Selon Tuffier, il est absolument exceptionnel, sinon impossible, d'en voir un cas après 25 ans. D'après Keyes, même les cas les plus persistants disparaissent spontanément à la puberté, de sorte que, si rien n'est plus commun que l'incontinence de l'enfant, rien n'est plus rare que l'enuresis de l'adulte.

Malgré cette conception optimiste, dès l'ouverture du service des voies génito-urinaires à l'hôpital de Camp Meade, l'un des camps d'entraînement des troupes américaines, les « pisseurs au lit » commencèrent à y arriver, envoyés par leurs officiers qui désiraient vivement se débarrasser de soldats dont le lit, toujours sale, soulevait les plaintes des voisins et jetait le discrédit sur la tenue de la compagnie, lors des inspections. Dans les deux premiers mois, j'en examinai une vingtaine; puis Pelzman (1), qui continua les examens cystoscopiques, en vit 60 en cinq mois; le maximum pour un mois fut de 20. Des séries analogues, quoique moins nombreuses, ont été observées dans la marine américaine.

Ceci suffit pour démontrer que l'incontinence nocturne de l'adulte est, en réalité, beaucoup plus fréquente qu'on ne l'admet. La raison pour laquelle cette fréquence n'est pas reconnue nous a été fournie par l'interrogatoire des malades. Chez tous l'incontinence datait de l'enfance et, dans presque tous les cas, d'autres membres de la famille en étaient aussi victimes. Aucun n'avait consulté un spécialiste; aucun n'avait été cystoscopé. Quand les pilules et potions du médecin de famille n'avaient pas produit de résultats, ils s'étaient simplement efforcés de dissimuler le plus possible leur infirmité et y avaient à peu près réussi jusqu'au moment où les contacts plus intimes et les inspections plus fréquentes et plus complètes des camps l'avaient dévoilée.

C'est avec l'idée préconçue, également empruntée aux traités classiques, que toute incontinence chez l'adulte était nécessairement liée à une lésion de la vessie, de l'urètre ou du système nerveux central, que nous avons commencé un examen cystoscopique et neurologique complet de ces cas. Mais il suffit de peu de temps pour nous convaincre du contraire et, en outre, du fait que le tableau clinique et cystoscopique présentait toujours une telle uniformité qu'il ne pouvait s'agir d'une simple coïncidence. Et quoique nos recherches nous aient simplement montré qu'il y avait là un problème méconnu, sans nous amener plus près de la solution thérapeutique dudit problème, néanmoins nous croyons nos constatations assez intéressantes pour les signaler brièvement ici.

Au point de vue neurologique, nous avons trouvé de façon constante : une hérédité névropathique marquée, souvent une hérédité similaire. La majorité des malades avaient une intelligence normale, quelques-uns une intelligence au-dessus de la normale. Quelques-uns étaient des arriérés, deux ou trois seulement des psychopathes confirmés. Dans aucun cas, il n'existait de lésion nerveuse organique. Ces faits ne cadrent guère avec l'opinion courante des camarades des « pisseurs au lit » sur la puissance des facultés intellectuelles de ceux-ci.

Au point de vue de l'urètre et de la vessie : 1° la traversée de l'urètre prostatique et membraneux nous a toujours semblé normale et la tonicité suffisante; nous n'avons jamais trouvé le relâchement sphinctérien si fréquent dans les incontinences acquises; 2° la vessie ne présentait pas de symptômes d'inflammation, tout au plus y avait-il quelques arborisations vasculaires discrètes sur le trigone et le bas-fond; 3° l'urine était toujours concentrée, foncée et fortement acide, peut-être quelquefois par suite de la réduction des liquides que les malades s'imposaient volontairement; 4° enfin — et c'est là le point le plus intéressant et apparemment non encore signalé — *toutes les vessies présentaient des colonnes très nettes*, plus ou moins étendues, mais existant toujours et quelquefois assez marquées pour évoquer à l'esprit l'image de la vessie tabétique. Ces colonnes, déjà très faciles à voir avec une distension de 200 grammes l'étaient beaucoup plus avec une de 300.

Toutefois, il ne semble pas qu'il s'agisse là de colonnes permanentes par épaississement de faisceaux musculaires; car, dans un cas, Pelzman pratiqua la cystoscopie sous anesthésie générale à l'éther; les colonnes, très marquées à l'état de veille, s'effacèrent à mesure que l'anesthésie progressait, pour disparaître quand elle fut complète et reparaître progressivement pendant que le malade se réveillait. Il s'agissait donc d'une columnisation temporaire, fonctionnelle, par contraction irrégulière des fibres vésicales. On peut voir dans cette condition soit une hypertonie congénitale du muscle vésical, soit une irritabilité réflexe exagérée de la moelle.

Peut-on tirer quelques conclusions pratiques? Au point de vue négatif, oui : il semble que, chez l'adulte du moins, les traitements endovésicaux et l'électrisation du sphincter n'aient guère de base logique, non plus que la suggestion mentale, puisque ces cas

(1) *Military Surgeon*, 1919, p. 383-384.

ne sont pas d'origine psychopathique. Au point de vue d'une thérapeutique positive, il n'y a malheureusement pas grand'chose à dire, sauf que l'alcalinisation de l'urine acide, l'emploi des bromures, de la belladone et de la valériane semblent être les seuls agents qui pourraient avoir quelque valeur. En fait, il faut avouer que les deux buts pour lesquels les soldats étaient envoyés à l'hôpital, observation et traitement, le premier était atteint de façon satisfaisante, le second de façon autant dire nulle. Le résultat pratique le plus important de nos cystoscopies a été de nous permettre de dépister les simulateurs. En effet, certains soldats, voyant l'insistance de leurs chefs pour se débarrasser des incontinents, s'étaient imaginé qu'ils pourraient, en urinant au lit la nuit, se faire réformer ou tout au moins placer dans des unités non combattantes. Naturellement, dans ces cas, il n'y avait point de colonnes vésicales et la guérison s'obtenait d'ordinaire promptement par la suggestion basée sur une description à haute voix, en présence du malade (?), d'une ponction lombaire, de ses ennuis et de ses inconvénients.

A PROPOS DE L'ÉPREUVE A L'ÉLECTRARGOL DANS LES PNEUMONIES & BRONCHO-PNEUMONIES GRIPPALES

Par C. GUEIT,
Chef de clinique médicale infantile à la Faculté de Montpellier.

Laissant de côté les modifications cliniques produites chez les malades par l'injection d'électrargol, abaissement de la température, phénomènes critiques, relèvement de l'état général, je me suis attaché au cours de l'épidémie de grippe de 1918-1919 à étudier les modifications de la leucocytose révélées par l'examen microscopique du sang.

Mes recherches ont porté sur 59 cas de pneumonies ou broncho-pneumonies grippales, où j'ai pu constater le bien fondé des conclusions de MM. A. Robin et Weill (1), en ce qui concerne l'action des ferments métalliques sur les éléments figurés du sang.

L'injection intraveineuse d'électrargol est suivie d'une leucolyse qui commence au bout d'une heure ou deux, pour se prolonger un temps variable et qui ne persiste pas au delà de vingt-quatre heures.

A la leucolyse succède soit une leucocytose secondaire, d'ordinaire peu marquée quantitativement, soit le retour à l'état d'équilibre antérieur.

« L'injection intraveineuse d'électrargol suscite de fortes réactions des organes hématopoïétiques et du sang; ces réactions observent les rapports de dépendance et de parallélisme qui leur sont habituels. » [P.-E. Weill et Achard (2)].

C'est dans la recherche systématique et plusieurs fois répétée chez le même malade de cette réaction leucocytaire que j'ai voulu voir un élément de pronostic au cours des pneumonies et broncho-pneumonies grippales.

Les examens pratiqués chez mes malades étaient faits avant l'injection, deux heures après et vingt-quatre heures après.

Dans les cas heureux, c'est-à-dire ceux dans lesquels on pouvait prévoir un pronostic favorable, il y avait toujours et dans les examens successifs une leucolyse très marquée portant surtout sur les polynucléaires dans les deux heures qui suivaient l'injection. L'hyperleucocytose à polynucléaires qui se montrait le lendemain était forte ou moyenne, parfois peu prononcée.

Mais dans les cas mortels dès le début, on constatait que la leucolyse se produisait mal et dans des conditions imparfaites. Il n'y avait pas d'hyperleucocytose appréciable vingt-quatre heures après.

Dans les cas aggravés au cours de la maladie, après une leucolyse parfois très nette aux premiers examens, on voyait celle-ci s'abaisser et disparaître même, en même temps que s'affirmait un pronostic des plus sombres.

Si une amélioration survenait, la leucolyse réapparaissait.

Si l'on considère l'importance des réactions leucocytaires dans la défense de l'organisme contre les infections on conçoit très bien que l'examen répété et la recherche systématique de cette réaction, avant et après les injections d'électrargol, puissent fournir un élément de pronostic d'une certaine valeur au cours d'une des complications les plus graves de la grippe.

(1) A. Robin et Weill. Action des ferments métalliques sur les éléments figurés du sang, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 18 juillet 1905.

(2) Achard et P.-E. Weill. Le sang et les organes hématopoïétiques après injection d'électrargol, *Soc. de biol.*, 19 janv. 1907.

VARIÉTÉS

LE PAIN EN THÉRAPEUTIQUE

Le pain n'a pas que des usages alimentaires. Il a eu des usages divinatoires qui seraient hors de mon sujet mais qui durent être assez fréquents puisque le Concile d'Auxerre dut « deffendre d'avoir esgards aux sorts qui se faisoient avec du pain » (P. de l'Ancre).

Il a — il a eu surtout — des usages thérapeutiques. Les plus extraordinaires à coup sûr sont ceux qu'on a faits de la simple odeur du pain chaud. Hoeferus, Beccherus, Ettmüller, Bercken et Crellius, cent autres crurent fermement qu'elle suffisait à ressusciter les malades frappés de syncope et cela, qui nous fait sourire, n'étonnait point les anciens qui croyaient en Pline, lequel rapporte que des habitants des Basses-Indes Orientales étaient sans bouche et ne vivaient que d'odeurs. Laërce n'avait-il pas aussi conté que Démocrite, âgé de cent neuf ans et résolu à se laisser mourir de faim, fut supplié par une sœur qu'il aimait d'attendre encore pour qu'elle puisse jouir des fêtes de Cérès et que, pour lui complaire, le philosophe prolongea sa vie de trois jours en flairant seulement du pain chaud (1).

(1) De même manière, Pechlinus, Cardan, Fallope, Salmuthus, Eraste, Bartholin crurent à la vertu purgative de la seule odeur

D'autres encore des médications du passé le cèdent à peine en étrangeté à cette dernière; ainsi le remède d'Ettmüller contre la peste qu'on appliquait sur l'estomac ou l'ombilic du malade en pleine sudation. Il était fait d'un pain sortant du four, dont on creusait la croûte inférieure pour y verser 7g65 d'une solution de thériaque dans l'alcool camphré.

Moins bizarre était l'application sur les ulcères de pain imbibé de vinaigre; et l'emplâtre de pain grillé trempé de vin et placé sur l'estomac pour calmer les vomissements (Pline) avait au moins l'action de nos modernes compresses humides chaudes.

Les anciens eurent l'Emplastrum de crusta panis (Blackwell); nous avons eu les cataplasmes émollients à la mie de pain (Loiseleur-Deslongchamps), quelquefois faits simplement de mie et d'eau (Fabre), d'autres fois de lait, de mie, de jaunes d'œufs et additionnés de safran en poudre et d'huile rosat (*Dictionnaire botanique et pharmaceutique*). Que ce ne soient plus là formules magistrales, il faut le reconnaître; mais combien voyons-nous de gens du peuple appliquer encore pareils remèdes sur leurs abcès ou autour de leurs panaris.

Les trochisques escharotiques de minium de J. de Vigo, qui servaient à obtenir la suppuration des trajets glandulaires fistuleux, « pour ouvrir les chancres vénériens, pour les ulcères chancreux véroliques (Lémery), » associaient la mie de pain au mercure d'une manière que Taddei n'aurait pas désavouée.

Trochisques de minium de J. de Vigo.

R. : Sublimé corrosif.................. 30g
Minium........................... 15

Pulvériser au mortier, ajouter
Mie de pain desséchée et pulvérisée finement........................ 120

Incorporer avec
Eau de roses..................... Q. S. p. faire une pâte solide—

F. trochisques oblongs.

Les trochisques d'asphodèle propres aux mêmes usages que les précédents et les trochisques astringents de J. de Vigo, dans lesquels entrait aussi la mie de pain, sont beaucoup moins souvent cités.

* * *

De même, pour les usages internes du pain, certains modes d'emploi se sont perdus : tel le vieux pain pilé et recuit donné par Pline comme antidiarrhéique; tel l'esprit de pain d'Ettmüller obtenu par distillation de mie séchée et réduite en poudre; tels les trochisques de vipères nouvelles, de peu d'usage d'ailleurs isolément et qui servaient surtout à la préparation de la thériaque, elle aussi disparue, du moins selon ses antiques formules.

D'autres sont restés, sans parler des pilules purement suggestives de mica panis ; ainsi l'eau panée, la crème de pain, les panades, la décoction blanche de Sydenham.

Pour les uns, l'eau panée se prépare par infusion aqueuse en vase clos pendant une demi-heure d'une tranche de pain grillé (Fleury de la Roche) ; pour la plupart (Fabre, Cazin, etc.) par décoction de mie de pain. Ce n'est plus qu'un remède de bonne femme, mais dont, il n'y a point si longtemps, les médecins faisaient grand cas. « L'eau panée est une des meilleures tisanes dans les maladies aiguës, écrit Gilibert ; elle supplée à tout, même aux remèdes. » Et c'est un éloge excessif pour une tisane anodine.

On peut rapprocher de l'eau panée la tisane de Datisbius, employée dans les phlegmasies aiguës autant peut-être comme tonique que comme nutritive et qui se donnait aux doses de 60 à 120 grammes toutes les trois à quatre heures.

Tisane de Datisbius.

R. : Citrons dépouillés de leur écorce et privés de leurs semences............ N° 2.

Réduire en pulpe et ajouter
Pain grillé.......................... 60g

Délayer peu à peu dans
Décocté d'orge 750

Passer et ajouter
Sirop de mûres 30
Vin généreux......................... 180

Si, dans la préparation de l'eau panée, on prolonge la durée de l'ébullition et qu'ensuite on rapproche le liquide, on a la crème d'orge dont Cazin donne la formule suivante :

Crème de pain.

R. : Pain............................. 125g
Eau.............................. 1 litre.

Faire bouillir une heure; briser le pain dans le mélange ; remettre sur le feu le liquide obtenu et cuire à consistance de crème légère; ajouter enfin
Sucre............................ 30
Eau de fleurs d'oranger.......... 10

La crème de pain sert à l'alimentation réduite des fébricitants et dans les affections des voies digestives.

Il en est de même des panades dont Gilibert encore disait à propos des maladies chroniques de l'intestin : « Une expérience de vingt années nous a appris que l'exercice, les frictions et les panades valent mieux que tous les remèdes. »

On les prépare de bien des manières depuis la simple cuisson de pain dans l'eau jusqu'à la panade plus digestible de Gottschalck, ou celle plus nutritive de Michel Le Long.

« Pilez, dit Gottschalk, 40 grammes de pain rassis (mie et croûte), faites griller à sec dans une poêle en remuant sans cesse, ajoutez alors quatre cuillerées à soupe d'eau et laissez cuire une heure dans une casserole couverte. Au bout de ce temps, ajoutez un quart de litre d'eau ou de lait bouillants et battez vigoureusement avec un fouet, salez ou sucrez, passez, liez (à volonté) au moment de servir avec un jaune d'œuf et un peu de beurre frais. »

Et Michel Le Long : « Les panades sont propres à ceux à qui naturellement l'estomach est débile ou

---

des roses pâles et l'on peut trouver dans Donnat et dans Porrichius les observations de malades purgés à la simple vue de pilules cathartiques.

qui l'ont tel par maladie ; ou bien qui pour quelque empeschement, comme luxation de la maxille inférieure, ou faute de dents ne peuvent mascher et préparer le chile en leur bouche. Les meilleures panades se préparent avec la mie et quelquefois le chappelis de pain bien puluérisé, blanc de chappon, estomach de perdrix, jaunes d'œufs incorporez auec bouillon du pot et quelquefois jus de mouton. »

De la décoction blanche de Sydenham, il faut donner par comparaison la formule des vieilles pharmacopées et celle de nos modernes formulaires.

Décoction blanche de Sydenham [Codex 1758] (1).

R. : Corne de cerf calcinée et porphyrisée.......... 15g 30
Mie de pain très blanc.......... 61g 20
Eau commune.......... 3.000g

Cuire légèrement, passer avec expression, édulcorer avec
Sucre blanc.......... Q. S.

Ajouter ad libitum
Eau de fleur d'oranger (ou de cannelle).......... 2g 50

Décoction blanche de Sydenham (Codex 1884).

R. : Phosphate tricalcique.......... 10g
Gomme arabique pulvérisée.......... 10

Triturer au mortier de marbre, ajouter
Mie de pain de froment.......... 20
Sucre blanc.......... 60

Triturer de nouveau pour avoir un mélange exact, verser dans
Eau distillée.......... Q. S.
(un peu plus de 1 litre).

Chauffer jusqu'à l'ébullition en agitant continuellement et laisser bouillir à petit feu pendant un quart d'heure, passer avec expression et aromatiser avec
Eau de fleur d'oranger.......... 10g

Cette décoction était donnée comme boisson ordinaire, quelquefois dans les hémoptysies et contre la toux, beaucoup plus souvent contre la diarrhée, la dysenterie, les vomissements et contre certaines formes de dyspepsie.

Il semble que l'on ait cru à la fois que le pain fût la substance active de la préparation et qu'il le doive seulement à son amidon, qui répond d'ailleurs aux mêmes indications thérapeutiques, car Vogler, par exemple, a donné une autre formule de décoction blanche où l'amidon remplace le pain et où le phosphate de chaux n'entre plus.

Décoction blanche de Vogler.

R. : Amidon.......... 15g 30
Eau froide.......... Q. S.
pour délayer.

Jeter dans
Eau bouillante.......... 1.500g

Porter à l'ébullition, passer, ajouter
Acide sulfurique dilué au 1/10. XL gouttes.

Cette formule semble moins heureuse que celle de Sydenham, car non seulement « l'esprit de vitriol acide » paraît d'une action fort incertaine, sinon même défavorable dans « les tranchées, le ténesme et autres symptômes dysentériques » contre quoi on le propose, mais encore la suppression du phosphate de chaux ne paraît pas un avantage. Ce sel, que Leven comptait parmi les six médicaments qui « répondent entièrement à l'indication thérapeutique » dans la dyspepsie, passe en effet pour un bon absorbant et est tenu à juste titre comme antidiarrhéique.

En résumé, en tant que médicament interne, on voit que sous des formes multiples le pain a été regardé surtout comme le remède des flux intestinaux et cela doit être rapproché de l'opinion de ceux qui, attribuant précisément au pain blanc ces propriétés desséchantes et constipantes, ont vu, « dans son usage habituel, une des grandes causes de l'affaiblissement des fonctions digestives chez les citadins » (Gottschalck).

De là, entre autres raisons, est venu l'usage intermittent des pains de régime ; pain complet, pain de son.

A côté d'eux restent à signaler des pains médicinaux dans lesquels le pain ne sert plus que de véhicule à la drogue. On conçoit en effet qu'on y puisse incorporer foule de substances médicamenteuses, encore qu'il faille observer que la température à laquelle le pain est soumis dans le four ne permet point d'y introduire des substances volatiles ou décomposables par la chaleur.

Le plus commun de ces pains est le pain d'épices. Il est aussi malheureusement le plus adultéré par des fraudes quelquefois malheureuses. Jadis, il ne fut qu'une gourmandise ; on le faisait alors simplement de farine et de beau miel jaune avec quelques aromates. Aujourd'hui, préparé d'après cette formule de Dorvault, il devient médicinal.

Pain d'épices.

R. : Girofle.......... 2g
Cannelle.......... 2
Carbonate de potasse.......... 2
Anis.......... 15
Coriandre.......... 15
Eau.......... 500
Farine.......... 10.000
Miel.......... Q. S.

Faire une pâte, pétrir, diviser en parts vernies au jaune d'œuf et cuire.

Ce pain passe pour laxatif ; à s'en tenir à la formule qui précède, et si l'on emploie la farine de froment, il n'y paraît guère ; mais, à vrai dire, c'est bien plutôt de farine de seigle que l'on se sert et par là se peuvent comprendre les vertus laxatives du pain d'épices.

En y ajoutant du semen-contra, on a le pain d'épices à vers.

Le pain d'anis de Cadet de Gassicourt est lui aussi autant gâteau que remède ; mais il en va autrement du pain de Bouchardat au lactate de fer, des pains de Derouet-Bossière au carbonate de protoxyde de fer, au bicarbonate de soude, au sous-nitrate de bismuth, à l'oxyde de zinc, etc., du pain de Wedeli moins connu et dont je rapporterai la formule, etc.

(1) La formule ancienne de la décoction blanche de Sydenham varie un peu suivant les diverses pharmacopées.

Pain de Wedeli.

R. : Phosphate de chaux	100 parties.	
Phosphate de magnésie	34	—
Phosphate de soude	20	—
Phosphate de potasse	10	—
Fluorure d'ammonium	5	—

Broyer et combiner à de la farine première de froment en proportion de 2 p. 100 pour faire la pâte.

L'idée de ces pains n'est pas nouvelle et Ettmüller parlait déjà de pain tartarisé, de pains purgatifs à l'ésule ou à la rhubarbe, d'un pain antihypocondriaque à la graine d'arum.

Cette forme médicamenteuse n'est plus guère d'usage en médecine humaine pour les raisons que l'on devine ; mais, parce qu'elle est particulièrement commode pour les bêtes, la médecine vétérinaire l'a conservée et se sert encore d'un pain ferrugineux au sulfate de fer et au carbonate de soude, d'un pain vermifuge où sont mêlés tanaisie, absinthe, fougère mâle et calomel, de pains anticachectiques : celui de Gasparin (gentiane, protosulfate de fer, alun, lupin et farine), celui de A. Rey (gentiane, sulfate de fer, chlorure de sodium, lupin et farine), celui de Roche-Lubin (gentiane, saule, genet, laurier, genièvre, nitre, suie de cheminée (!), vin et vinaigre), etc.

Notre thérapeutique n'a conservé de ces mélanges que quelques biscuits médicinaux : biscuits au sublimé d'Ollivier, biscuits à l'iodure de potassium de Dorvault, biscuits au jalap de Cadet de Gassicourt, biscuits à la scammonée ou à la santonine de Sulot, biscuits vermifuges de Storey au calomel, gingembre et jalap, etc.

La pâte se fait en battant en mousse sur un feu doux des œufs et du sucre, puis en y incorporant de la farine et la drogue. On divise en biscuits dans des moules cirés et l'on cuit au four moyen. Cette forme médicamenteuse, quelque agréable qu'elle soit pour le malade, est assez rarement prescrite par le médecin, peut-être parce que le dosage en substance active lui paraît ici assez difficile à réaliser avec précision.

A. GARRIGUES.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 18 FÉVRIER 1920)

La décompression dans les fractures du crâne. — M. JACOB, à propos d'une communication sur ce sujet, pense que les indications de la décompression dans les fractures de la base du crâne sont exceptionnelles. Après la décompression, il faut observer les malades pendant très longtemps, car des accidents peuvent se produire. Ces accidents se produisent également par le seul fait de la fracture cranienne, mais il ne faudrait pas croire que les malades trépanés échappent à ces accidents ultérieurs. Témoin l'observation suivante. Un cavalier, jeté contre un mur par son cheval, le 11 novembre 1911, présente tous les symptômes d'une fracture de la base du crâne. Une première ponction lombaire donne un liquide légèrement sanguinolent, sans hypertension. Une seconde ponction donne un liquide moins coloré. Le malade présente une crise épileptiforme, avec convulsions, perte de connaissance, coma. M. Jacob pratique une trépanation sur le point douloureux et œdématié du crâne, trouve la dure-mère également œdématiée, l'incise, ne trouve pas de lésion. Les accidents cessent et on obtient une guérison apparente. Il reste guéri pendant six ans, puis présente de l'épilepsie jacksonienne. Ce fait prouve bien que la trépanation ne met pas sûrement à l'abri des accidents tardifs.

Redressement des scolioses. — M. TUFFIER analyse une observation de M. Leclerc. Il s'agit d'un enfant de six ans, atteint d'une scoliose telle que son oreille repose sur son épaule. M. Leclerc redresse la colonne à l'aide de deux lambeaux osseux latéraux empruntés au péroné. Le redressement, dans une bonne attitude, a été obtenu grâce à ces deux attelles osseuses latérales.

M. Tuffier a redressé une scoliose de la 4e dorsale par un greffon osseux courbe, portant à la fois sur la concavité et sur la convexité, greffon emprunté au tibia.

Lésions traumatiques de la rate. — M. Anselme SCHWARTZ fait un rapport sur une intéressante observation de M. Constantini. Il s'agit d'une contusion de la rate par coup de pied de cheval : le blessé présente le ventre en bois et tous les signes d'un épanchement. Laparotomie d'urgence sus-ombilicale, transversale, légèrement oblique poussée jusqu'à la 10e côte : épanchement sanguin, constatation d'une contusion de la rate ; M. Constantini, pour se donner plus de jour, incise le diaphragme, incise le thorax et enlève la rate. Il a pratiqué, en somme, une thoraco-phréno-laparotomie. Il a suturé le diaphragme, fermé le thorax et le ventre. Le malade a guéri. Un seul incident, une légère hernie diaphragmatique qui a nécessité une seconde intervention. La rate présentait des lésions fistuleuses et le pôle inférieur offrait l'aspect d'un véritable infarctus. Cette rate ne pouvait donc pas être conservée. Il est bien entendu, en effet, que dans un grand nombre de lésions spléniques il faut, autant que possible, tenter la conservation, mais dans bien des cas où la splénectomie est indiquée, on se trouve en présence de grandes difficultés pour extirper la rate et la voie abdominale seule ne suffit pas toujours. Il faut alors recourir à la technique employée par M. Constantini, c'est-à-dire à la thoraco-phréno-laparotomie.

Quand il s'agit de plaies de la rate par pénétration abdominale, la laparotomie peut toujours suffire. Mais quand il s'agit de contusion de l'hypocondre gauche, contusion portant plus haut, on peut se trouver en présence de grandes difficultés. Il peut alors y avoir avantage à pratiquer d'emblée la thoraco-phréno-laparotomie. On se trouve donc en présence de trois voies d'accès : la laparotomie médiane, la laparotomie transversale oblique avec, au besoin, résection de la 10e côte et enfin la thoraco-phréno-laparotomie.

Cette même intervention pourrait être appliquée au côté droit pour les kystes de la face convexe du foie. Enfin, on peut, par cette voie, s'attaquer à d'autres organes, par exemple, au cardia, ainsi que l'a fait M. Lapointe.

M. LECÈNE s'élève contre l'extension de la thoraco-phréno-laparotomie au traitement des lésions de la rate. Pour aborder la rate, la laparotomie médiane suffit dans la grande majorité des cas. Si, dans certains cas de grosses rates très adhérentes au diaphragme, on serait autorisé à passer par la voie thoraco-diaphragmatique, ce ne serait jamais que très exceptionnellement et M. Anselme Schwartz a été un peu loin en proposant de recourir d'emblée à la thoraco-phréno-laparotomie, opération autrement grave qu'une simple laparotomie presque toujours suffisante.

M. LAPOINTE a eu occasion de pratiquer deux fois la thoraco-phréno-laparotomie depuis la publication de son premier cas, une fois à gauche pour un kyste du pancréas, l'autre fois à droite pour un kyste hydatique suppuré de la convexité du foie.

M. SAVARIAUD est de l'avis de M. Lecène et trouve excessif

de recourir à l'opération proposée par M. Anselme Schwartz pour de simples contusions de la rate, d'autant qu'en cas de difficultés on peut recourir à la résection de la 10e côte, mais il faut, autant que possible, éviter d'inciser le diaphragme. La hernie diaphragmatique, toujours possible, n'est pas une complication indifférente.

M. LENORMAND rappelle avoir proposé, il y a vingt ans, la voie transpleurale pour aller attaquer les grosses rates, très adhérentes. Mais il reconnaît que pour la très grande majorité des cas de contusions de la rate la laparotomie suffit comme voie d'accès. On ne doit ouvrir le thorax que dans des cas exceptionnels de très grandes difficultés.

M. HALLOPEAU pense que pour l'ablation de la rate la laparotomie suffit le plus souvent. Il n'en est pas de même pour la face supérieure du foie. C'est plutôt pour aborder les kystes de cette partie du foie que se trouve indiquée la thoraco-phréno-laparotomie.

M. QUÉNU estime également que pour les contusions de la rate la laparotomie doit suffire. Mais il y a des variétés anatomiques, des situations plus élevées de la rate qui peuvent justifier l'abord, par en haut. Dans ce cas, il vaut mieux alors fermer le ventre et passer par le thorax. Il ne faut donc pas condamner, d'une façon absolue, certaines voies d'accès qui peuvent avoir leurs indications.

M. BAUDET pense que la laparotomie médiane suffit toujours quand la rate est mobile. Mais, dans certains cas très difficiles avec adhérences à la coupole diaphragmatique, la laparotomie devient insuffisante. Il faut, dans ces cas, recourir à la résection thoracique temporaire avec relèvement du lambeau thoracique qui donne autant de jour et permet d'aborder facilement les rates les plus hautes et les plus adhérentes. Il faut, autant que possible, éviter d'inciser la plèvre et le diaphragme.

M. SOULIGOUX se joint à ses collègues, Lecène et Baudet, pour critiquer la thoraco-phréno-laparotomie, opération à laquelle on ne doit être amené que dans des cas tout à fait exceptionnels.

M. ROUTIER, en demandant la parole, craignait de passer pour un réactionnaire. Mais il est heureux de constater que la plupart de ses jeunes collègues sont de son avis et admettent difficilement l'opération pratiquée par M. Constantini. Chaque fois qu'il a eu à intervenir sur la rate, la laparotomie lui a toujours suffi.

MM. CHEVRIER et AUVRAY se joignent à MM. Lecène, Quénu et Baudet pour admettre que la voie d'accès de choix pour aborder la rate est, sans conteste, la laparotomie. La thoraco-phréno-laparotomie ne peut répondre qu'à des cas tout à fait exceptionnels.

M. Anselme SCHWARTZ répond à ses contradicteurs et se défend d'avoir jamais eu l'intention de proposer la thoraco-phréno-laparotomie comme une opération de choix, à pratiquer d'emblée, pour aborder toutes les rates. Mais il persiste à croire que dans certains cas difficiles, et d'ailleurs exceptionnels, cette voie d'accès peut permettre d'enlever des rates qu'il serait impossible d'enlever par simple laparotomie.

De la reconstitution des lèvres dans les plaies de la face. — M. SÉBILEAU décrit un procédé fort ingénieux de reconstitution complète des lèvres. On arrive, par tous les procédés, à une assez bonne reconstitution de la partie cutanée des lèvres. Mais il n'en est plus de même pour la reconstitution de la partie muqueuse. Pour remédier à cette lacune, M. Sébileau, pour reconstituer la lèvre inférieure, par exemple, propose un procédé qu'il appelle en balançoire et qui consiste à tailler sur la lèvre supérieure un lambeau de muqueuse qui reste adhérent aux deux angles de la mâchoire et qui est ainsi fixé sur la lèvre inférieure. La bouche est close pendant un certain temps et on se sert de la sonde nasale pour nourrir ces malades, puis, après quelques jours, on coupe un des pédicules du lambeau, quelques jours après l'autre pédicule. Ce procédé a donné à M. Sébileau de très bons résultats.

Un autre procédé, dit en rideau, consiste à tailler sur la lèvre supérieure un vaste lambeau quadrilatère également transplanté sur la lèvre inférieure.

Traitement des angiomes sous-cutanés. — M. MOUCHET a traité de la façon suivante un angiome assez volumineux de la joue d'une jeune fille : petite incision cutanée, application directe d'air chaud sur l'angiome qui est ainsi calcifié, puis cureté, fermeture sans drainage, guérison très rapide.

M. SAVARIAUD, dans ce procédé, regrette la cicatrice. Il préfère l'emploi de l'injection de formol selon la méthode de Morestin.

Suture du médian. — M. WALTHER présente un blessé chez lequel il a pratiqué une suture du médian à l'aide d'un greffon central et de deux greffons latéraux. Retour léger mais progressif de la sensibilité et de la mobilité.

Tumeur de la tête humérale. — M. LAPOINTE présente un enfant qui porte une tumeur de la tête humérale. Il demande l'avis de ses collègues sur le diagnostic et le traitement.

De l'avis presque général, il s'agirait d'une tumeur à myéloplaxes et il semblerait indiqué d'inciser, de curetter, et, après biopsie, de voir si on peut s'en tenir là ou si on doit aller jusqu'à la résection de la tête humérale.

Shock opératoire. La préparation des opérés dans ses rapports avec le shock anesthésique et l'intervention proprement dite. La purgation huileuse. — MM. GOSSET et MESTREZAT. La purgation des opérés avant l'intervention crée chez eux un état de moindre résistance et, souvent, doit les amener au seuil du shock. L'excrétion rénale est, en effet, diminuée de 20 à 70 p. 100 sous l'influence de la purge, tandis que l'étude de l'azote urinaire met en évidence la présence d'une quantité anormale de produits azotés non dosés dont le rôle dans le shock et le taux élevé dans les azotémies graves est connu. Une purgation rapprochée de l'opération paraît aux auteurs contre-indiquée chez les cancéreux ou chez les sujets dont les fonctions rénales ou hépatiques laissent à désirer, et, d'une façon générale, chez tout individu fatigué.

— M. HARTMANN est nommé membre honoraire.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 13 FÉVRIER 1920)

Note sur la centrothérapie oculaire. — Se basant sur la centrothérapie du regretté Pierre Bonnier, M. KLOTZ-GUÉRARD a fait des recherches sur l'iridothérapie en se servant des localisations de Peccety. Il a pu améliorer avec des rayons bleus une névralgie diaphragmatique ; chez un épileptique, les crises deviennent quatre fois plus fréquentes avec la lumière rouge. Enfin, la lumière rouge a fait monter le pouls de 70 à 82 et 84 à la minute. Chez cette dernière personne, la lumière rouge a provoqué du bâillement pendant près d'une demi-heure, à la région qui correspond au cardia.

Considération sur la multiplicité des traitements préconisés contre le cancer. — Pour M. RUBENS-DUVAL, la multiplicité de ces traitements n'est pas la conséquence de l'absence de remède spécifique du cancer, mais bien, et surtout, est en raison de la multiplicité des indications thérapeutiques que comporte le traitement d'un cancéreux. Le cancer n'a pu en effet se développer localement qu'à l'occasion d'un trouble de l'état général. Le traitement local, chirurgical ou radiumthérapique n'a de chance de donner une guérison définitive que si le trouble de l'état général qui a permis l'éclosion du cancer a été passager. Si celui-ci persiste, le cancer récidive ou même, si la guérison locale a été obtenue, un nouveau cancer apparaît dans un autre organe. Il faut dépister les facteurs de ce trouble de l'état général, arthritisme, goutte, diabète,

syphilis, dépression nerveuse, insuffisance fonctionnelle des divers organes, etc., et lorsqu'on les a reconnus, leur opposer le traitement approprié, d'où multiplicité des indications thérapeutiques à remplir et utilité d'associer suivant ces indications les divers traitements préconisés contre le cancer.

Radiographie et urologie. — MM. H. Minet et Nahan montrent l'importance du diagnostic radiographique en urologie. Les pyuries, les hématuries, les syndromes douloureux de l'appareil urinaire supérieur sont des indications formelles de la radiographie qui décèle les calculs latents, les altérations du contour rénal dans certains cas, les ectopies, etc. Ils estiment que les calculs latents de la prostate doivent être recherchés fréquemment et qu'on reconnaîtra leur siège urétral ou prostatique vrai, leur forme, leur multiplicité, leurs dimensions, et par suite la meilleure voie d'accès s'ils doivent être enlevés. Il leur paraît désirable que le diagnostic soit établi en commun par le radiologiste et l'urologiste.

Oligurie prolongée et rebelle due à une ancienne néphropexie et guérie par néphrotomie. — M. Le Fur rapporte le cas d'une femme qui, après une néphropexie, présenta une oligurie d'origine réflexe très prononcée et qui se maintint pendant plus d'un an : les urines diminuèrent de plus en plus au point d'atteindre 200 grammes et 100 grammes par jour avec une élimination très défectueuse de l'urée ($3^{g}15$ par jour) et des chlorures (0,80). La néphrectomie fit cesser immédiatement tous ces troubles : les urines atteignirent 500 grammes le jour de l'opération, 1.130 grammes le deuxième jour et 1.600 grammes les jours suivants. L'urée passa après l'opération de $3^{g}15$ à $12^{g}42$ et les chlorures de $0^{g}80$ à $5^{g}91$. La néphrectomie fut cependant décidée malgré une très mauvaise constante d'Ambard (0,229) alors que le taux de l'urée sanguine était bon (0,36). M. Le Fur en conclut qu'en cas de désaccord entre les résultats fournis par les méthodes de l'urée sanguine et de la constante d'Ambard, c'est à la première qu'il donne la préférence comme beaucoup plus fidèle.

Endocardite ulcéreuse maligne d'origine suppurative. — M. A Blind, à l'autopsie d'un amputé pour fracture de cuisse par balle ayant longtemps suppuré, mort asystolique, a trouvé une endocardite ulcéreuse maligne avec perforation d'une des valvules sigmoïdes aortiques. L'auteur n'a retrouvé qu'un seul cas ayant la même pathogénie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Consultaire. *Les 100 consultations de tous les jours*, par le docteur M. Ségard. In-8. — Prix : 18 francs. — Paris, Maloine et fils.

Leçons d'analyse qualitative sur les éléments métalloïdes et leurs principaux dérivés, par le docteur Georges Denigès, professeur de chimie biologique à l'Université de Bordeaux, correspondant de l'Académie de médecine. In-16. — Paris, Maloine et fils.

Guide pratique du préparateur en pharmacie, par le docteur Charles Bordier. In-16. — Paris, Maloine et fils.

NOTES POUR L'INTERNAT

ARTÈRE LINGUALE[1]

Sur le plan musculaire, parallèlement à l'artère, chemine le nerf grand hypoglosse accompagné des deux veines linguales superficielles. Il existe donc un double courant veineux : l'un superficiel avec le nerf, l'autre profond avec l'artère à opposer à l'unique courant artériel. Situé d'abord sur le muscle hyoglosse, le nerf s'engage au-dessous des muscles stylo-hyoïdien et digastrique, passe au-dessus de la poulie de réflexion et va s'engager sous le mylo-hyoïdien pour gagner la région sublinguale et entrer à nouveau en rapport avec l'artère. Il constitue donc un excellent repère pour la ligature de ce vaisseau.

On la recherchera, soit dans le triangle limité en arrière par le bord postérieur du muscle hyoglosse, en bas par le bord supérieur de la grande corne, en haut et en avant par les muscles stylo-hyoïdien et digastrique : triangle de Béclard ; soit plus en avant, dans un autre espace triangulaire dont le nerf grand hypoglosse forme la limite supérieure, le bord postérieur du muscle mylo-hyoïdien la limite antérieure, et le tendon du digastrique la limite inférieure : triangle de Pirogoff. La ligature est préférable dans le triangle de Béclard si on veut assécher complètement son territoire, l'artère ayant déjà émis l'artère dorsale de la langue au niveau du triangle de Pirogoff.

L'incision se fait à égale distance de l'os hyoïde et du bord inférieur du maxillaire inférieur, parallèlement à ce bord ; elle partira du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien et mesurera 4 centimètres ; on incise la peau, le peaucier et l'aponévrose pour récliner la glande sous-maxillaire en haut et en arrière en la faisant basculer autour du pédicule vasculaire formé par la veine faciale superficielle et l'artère faciale profonde ; la recherche des triangles conduit alors sur le vaisseau.

III. Portion sublinguale ou apicale. — L'artère linguale, devenue artère ranine, traverse la région sublinguale pour gagner la pointe de la langue ; on peut donc lui considérer ici deux portions :

Dans la *région sublinguale*, l'artère rejointe par le nerf grand hypoglosse affecte avec lui des rapports intimes ; les branches de division du nerf croisant l'artère pour pénétrer dans le muscle.

Elle repose dans l'angle formé par le lingual inférieur et le muscle génioglosse, montant obliquement en haut et en avant pour devenir sous-muqueuse.

Elle répond superficiellement à la glande sublinguale vers laquelle se dirigent les vaisseaux et nerfs sublinguaux obliques en haut et en avant, le nerf lingual oblique en bas et en avant, formant entre eux un angle à sommet postérieur dont la bissectrice est constituée par le canal de Wharton qui croise la face externe et le bord inférieur du nerf lingual.

Dans la *région apicale*, elle gagne la pointe de la langue placée directement sous la muqueuse, se divisant en un certain nombre de rameaux qui s'anastomosent sur la ligne médiane. Au-dessus du frein, un de ces rameaux plus volumineux porte le nom d'arc ranin. Nié par Hyrtl qui n'admet que des anastomoses capillaires, son existence est indéniable, mais son siège varie suivant les auteurs ; pour Cruveilhier, il est à la pointe de la langue, au-dessous du frein pour Henle, au-dessus du frein pour Krause. Cette dernière disposition est la plus fréquemment rencontrée, les autres anastomoses étant généralement des anastomoses capillaires.

BRANCHES COLLATÉRALES. — 1° *Artère dorsale de la langue.* — Naît à la partie antérieure du triangle de Béclard, monte à la face profonde de l'hypoglosse et se distribue au niveau du V lingual. Elle donne des rameaux ascendants pour l'amygdale palatine, des rameaux descendants pour la face antérieure de l'épiglotte ; des branches terminales, les unes pour les papilles caliciformes, les autres pour le muscle.

2° *Artère sublinguale.* — Considérée par certains comme branche de bifurcation, elle naît au bord antérieur du muscle hyoglosse, chemine sur le plancher de la bouche dans la région sublinguale contre la face profonde de la glande, lui donne des rameaux ainsi qu'aux muscles et envoie une branche perforante qui va s'anastomoser avec les artères sous-mentales.

BRANCHES TERMINALES. — 1° Dans la couche musculaire : riche réseau capillaire entourant les faisceaux musculaires ;

2° Dans la muqueuse :

a. Réseau très riche autour des glandes muqueuses et folliculeuses ;

b. Réseau dans la couche superficielle du derme d'où partent : une anse simple pour les papilles hémisphériques ; des anses multiples et plus ou moins ramifiées pour les papilles composées.

Chaque bourgeon gustatif possède à sa base un réseau capillaire très riche.

ANASTOMOSES. — 1° Avec la linguale du côté opposé ;

2° Avec ses branches : la sublinguale et la dorsale de la langue ;

3° Avec les autres branches de la carotide externe :

a. Avec la thyroïdienne supérieure ;

b. Avec la faciale par la palatine ascendante ;

c. Avec la pharyngienne ascendante.

Ces deux artères cheminent dans les piliers du voile du palais et fournissent quelques rameaux à la partie postérieure de la langue.

Aussi la ligature des deux linguales est insuffisante pour assécher le territoire de la langue, et faut-il recourir à la ligature des carotides externes dans les opérations pour cancer de la langue.

ERRATUM. — Dans la 1re partie (no 17, p. 271), 1re col., 4e ligne de la Définition, au lieu de *fibres*, lire *piliers*, et 2e col., avant-dernière ligne du dernier alinéa, au lieu de *hypoglosse*, *hyoglosse*.

COURS ET CONFÉRENCES

LEÇONS SUR LA DIPHTÉRIE. — M. le docteur P.-F. Armand-Delille, médecin des hôpitaux, suppléant M. le docteur E.-C. Aviragnet, médecin des hôpitaux, chargé d'un cours de clinique annexe, commencera, le jeudi 4 mars 1920, à neuf heures du matin (hôpital des Enfants-Malades, pavillon de la diphtérie), un enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie (bactériologie, sérothérapie, tubage et trachéotomie).

Tous les matins : visite, examen des malades.

Avant et après la visite : leçon théorique et travaux pratiques.

Seront admis à suivre cet enseignement MM. les étudiants pourvus de seize inscriptions et MM. les docteurs en médecine.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet no 5), tous les jours, de midi à trois heures.

Les élèves seront classés par séries de quinze et pour une période de trois semaines. MM. les docteurs en médecine devront justifier de leur grade, soit en produisant le diplôme de docteur, soit toute autre pièce énonçant leur identité.

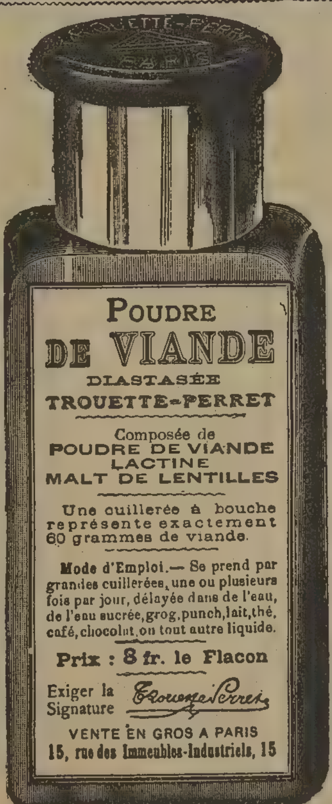
M. le docteur Pierre-Louis Marie, ancien interne des hôpitaux, chef de laboratoire, et M. Scheikevitch, interne du service, dirigeront les travaux pratiques.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, no 17, p. 271.




POUDRE
DE VIANDE
DIASTASÉE
TROUETTE-PERRET
Composée de
POUDRE DE VIANDE
LACTINE
MALT DE LENTILLES
Une cuillerée à bouche représente exactement 60 grammes de viande.
Mode d'Emploi.— Se prend par grandes cuillerées, une ou plusieurs fois par jour, délayée dans de l'eau, de l'eau sucrée, grog, punch, lait, thé, café, chocolat, ou tout autre liquide.
Prix : 8 fr. le Flacon
Exiger la Signature
VENTE EN GROS A PARIS
15, rue des Immeubles-Industriels, 15

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 15 francs par an.
Étudiants étrangers, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 6 fr. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Un concours pour la nomination à deux places d'accoucheur des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 19 avril 1920, à midi, dans la Salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au Service dn personnel de l'Administration (Bureau du personnel médical), de 10 heures à 15 heures, du lundi 8 mars 1920 au samedi 27 mars inclusivement.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Lecture des copies.* — *Anatomie.* — Séance du 23 février. — MM. Festal, 9; Kessler, 10; Aris, Barbier, Fouet et Huas, 12; Dauptain, 11; Le Chaux, 13.

Séance du 24 février. — MM. Aubin, 13; Laplane et Minvielle, 12; Bourdillon, 9; Raiga, 11; Bartel et Marie, 13; Marty, 10.

Pathologie. — Séance du 20 février. — MM. Tisné et Pollet, 10; Debray et Derville, 12; Dufestel, 10; Le Rasle, 12; Mérot, 11; Ortodoxu, 10; Huet (Pierre), 12; Demerliac, 9.

FACULTÉS DES DÉPARTEMENTS. — LILLE. — M. Charmeil, professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, est nommé doyen pour trois ans.

— M. le professeur Ernest Gérard est nommé assesseur du doyen.

— TOULOUSE. — Sont créés : un emploi de chef de laboratoire de clinique infantile, et un emploi d'aide de clinique médicale.

Depuis le 1er novembre fonctionne un cours complémentaire de stomatologie. M. Nux est chargé de ce cours. M. Escat est chargé du cours d'oto-rhino-laryngologie. M. Gorse est chargé du cours de pathologie externe. MM. Dalous, Garipuy et Dieulafé, agrégés, sont maintenus en exercice pour une période de trois ans.

— M. Jacotot est chargé des fonctions de chef des travaux de physique clinique.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — CAEN. — M. Danjou est chargé du cours de pharmacie et matière médicale et prorogé dans ses fonctions de suppléant jusqu'au 31 octobre 1921.

M. Chauvenet est chargé des fonctions de suppléant des chaires de physique et de chimie.

— DIJON. — Sont prorogés dans leurs fonctions : M. Leclerc, suppléant, pathologie et clinique chirurgicales et clinique obstétricale (jusqu'au 31 août 1924).

M. Voisenet, suppléant, pharmacie et matière médicale (jusqu'au 31 mars 1924).

— GRENOBLE. — M. Dodero, suppléant, est prorogé dans ses fonctions pour deux ans à dater du 13 mai 1920.

— LIMOGES. — M. Bonnaud est délégué dans les fonctions de suppléant des chaires de physique et de chimie.

— NANTES. — Sont chargés des cours de cliniques annexes qui suivent :

MM. Aubry, clinique des maladies infectieuses; Coulonjou, clinique des maladies mentales ; Rivet, clinique des maladies des voies urinaires ; Texier, clinique d'oto-rhino-laryngologie; Le Meignen, clinique des maladies infantiles ; Jouon, clinique de chirurgie infantile.

Sont prorogés dans leurs fonctions de suppléants :

MM. Brelet, pathologie et clinique médicales (jusqu'au 30 avril 1924); Labbé, histoire naturelle (jusqu'au 29 février 1924); Veillon, chimie (jusqu'au 31 décembre 1922).

— POITIERS. — M. Le Blaye, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est chargé, en outre, des fonctions de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

M. Latronche, professeur de clinique obstétricale et gynécologie, est chargé, en outre, des fonctions de chef des travaux pratiques de médecine opératoire.

M. Barnsby, professeur d'anatomie, est chargé, en outre, des fonctions de chef des travaux de physiologie.

ÉCOLE DE PUÉRICULTURE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (64, rue Desnouettes. Fondation franco-américaine). — L'enseignement élémentaire de la puériculture, destiné aux infirmières, commencera le lundi 1er mars à 5 heures.

Sa durée sera de 3 mois environ.

L'enseignement comprendra : des conférences, des stages dans les dispensaires de l'Ecole de puériculture, dans les maternités, les hôpitaux d'enfants, les crèches, les dispensaires antituberculeux; des visites aux différentes œuvres d'assistance ; des exercices de service social, accomplis sous

la direction de l'Office public d'hygiène sociale du département de la Seine.

Le nombre de places mises à la disposition des élèves stagiaires pour ce premier cours sera limité à 30.

Les demandes devront être adressées au directeur de l'Ecole par l'intermédiaire des associations de sages-femmes, des écoles professionnelles d'infirmières et les sociétés de Croix-Rouge.

Les élèves admises devront être immatriculées à la Faculté de médecine de Paris et inscrites ensuite à l'Ecole de puériculture où elles auront à verser un droit trimestriel de 50 fr.

Auditrices. — Un certain nombre de places seront mises à la disposition d'auditrices libres, autorisées à assister aux conférences.

Des cartes seront délivrées à ces auditrices contre paiement d'un droit de 10 fr.

L'absence non motivée des auditrices à trois conférences consécutives entraînera le retrait de la carte et son attribution à une autre postulante.

Nota. — Un certain nombre de bourses seront attribuées par le Comité directeur de l'Ecole aux élèves méritantes et peu fortunées.

Pour tout renseignement s'adresser au secrétaire général de l'Ecole de puériculture, 64, rue Desnouettes, le matin de 9 h. à 10 h.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 1er AU 6 MARS 1920

THÈSES

Mercredi 3 mars. — Jury : MM. Delbet, président; Letulle, Mulon et Tiffeneau. — M. Couchot (Louis). Du plombage osseux à la masse de Delbet associé à la réunion primitive dans les fractures articulaires du genou. — M. Chanson (Bernard). Les premiers états de service de l'Ecole pratique sanitaire de l'Institut Lannelongue.

Jeudi 4 mars. — Jury : MM. de Lapersonne, président; Widal, Gougerot et Roussy. — Mlle Curioni (Marguerite). De quelques cas de tuberculose oculaire traités par la tuberculine. — M. Rousseau (Armand). Traitement de l'asthme par les protéines.

Jury : MM. Chauffard, président; Carnot, Jeanselme et Vaquez. — Guerry (Gabriel). Contribution à l'étude du traitement des bubons chancrelleux. — M. Boumard (Georges). Quelques considérations sur les pleurésies purulentes. — M. Rouffignac (Jean). De la syphilis pulmonaire chez le nouveau-né. — M. Troncy (Jean). Traitement du rhumatisme blennorragique par le lipo-vaccin. — M. Jaccard (Camille). Dextrocardie et dextroversion.

SOMMAIRE DES ANALYSES

(Les articles en *caractères italiques* sont ceux qui sont analysés, les autres ne sont qu'annoncés.)

NUMÉROS D'ANALYSES DÉJA PARUS

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

CHIRURGIE GÉNÉRALE

Par M. le docteur CHASTENET DE GÉRY.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Tumeur développée sur une ancienne blessure de guerre. (H. PROBY. *Soc. des sc. méd. de Lyon*, in *Lyon méd.*, 1919, t. CXXVIII, p. 348.) — Cette intéressante observation, utilisable pour l'étude des causes du sarcome, est à rapprocher des faits présentés à la Société de chirurgie par Vitrac (de Libourne) en 1918.

Dix-neuf mois après une blessure en séton par balle allant de la deuxième dorsale au creux sus-claviculaire droit, une tumeur dure apparaît sur le trajet même du séton. Trois mois plus tard, quand le blessé entre à l'hôpital, la tumeur est grosse comme les deux poings, elle occupe le creux sus-claviculaire adhérant au plan profond mais non à la peau; un petit ganglion lui est adjacent. Une biopsie donne (professeur Paviot) : tumeur sarcomateuse à cellules fusiformes, née dans le tissu fibreux de la région avec néo-capillaires volumineux réduits à l'endothélium. Ablation de la tumeur qui empiète sur la région axillaire et adhère fortement aux muscles voisins. Résection partielle de la clavicule. Un deuxième examen histologique confirme le premier. Le blessé guérit lentement.

Adéno-lymphangiome du triangle de Scarpa. (BRAINE. *Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris*, 1919, t. XVI, p. 391.) — Chez une femme de 31 ans, habituellement bien portante, on constate une tumeur inguinale gauche datant de l'enfance et qui depuis quelques mois grossit et devient douloureuse. On a pris cette tumeur pour un abcès froid, un kyste herniaire; on en a retiré par ponction un liquide rosé sans caractères. Elle a le volume d'une orange, elle n'est pas adhérente à la peau, elle est de consistance inégale, non fluctuante, peu douloureuse à la pression. Elle siège à la partie interne du triangle et a son pédicule au niveau du canal crural. Cependant la fosse iliaque est libre et il n'y a pas d'impulsion à la toux.

L'opération montre une masse graisseuse, lobulée, mal circonscrite avec des vésicules kystiques ressemblant à des grappes de groseilles blanches et qui adhère à l'aponévrose ainsi qu'à la veine fémorale dont les branches, comme le saphène interne, doivent être liées ou réséquées. Par en haut la tumeur s'effilant va jusqu'à l'anneau crural sans le franchir et au ligament de Gimbernat auquel elle adhère. Ablation complète et guérison rapide.

Examinant la pièce, M. Letulle constate qu'elle est formée d'une gangue de tissu adipeux creusé de kystes dans lesquels bombent des pelotons adipeux et de petits ganglions. Ces kystes sont tapissés par des cellules endothéliales et ont d'ailleurs une paroi semblable à celle des vaisseaux lymphatiques. Il s'agit d'un adéno-lymphangiome congénital.

Formation osseuse dans une cicatrice de laparotomie. (A. et A. GUTIERREZ. *Semana med.*, 1919, vol. XXVI, p. 296.) — L'auteur, en juillet 1917, pratique une cholécystectomie à l'aide d'une laparotomie transversale. En mai 1918, la malade revient le voir, se plaignant de la cicatrice qui est devenue douloureuse et dans laquelle on sent une grosseur. Cette cicatrice ayant été incisée, on y découvre une formation dure, d'aspect osseux, circonscrite de parties molles et sans aucun rapport avec les côtes. L'examen histologique montra que la tumeur était formée d'os véritable. Son aspect était tout à fait comparable à celui d'une côte.

TECHNIQUE GÉNÉRALE

Epreuves d'examen des malades avant l'anesthésie générale. (G. JEANNENEY. *Lyon chir.*, 1919, t. XVI, p. 317.) — Certains des accidents de l'anesthésie générale seraient évités si l'on pouvait dépister à l'avance les états morbides silencieux susceptibles de déclancher ces accidents. Jeanneney propose dans ce but de soumettre le sujet aux trois épreuves suivantes :

1° L'*exploration de l'excitabilité du pneumogastrique* tire son intérêt de ce que ce nerf est en cause dans les syncopes initiales. La vagotonie se recherche au moyen du réflexe oculo-cardiaque aidé de l'oscillométrie. Chez un sujet normal vagotonique, la compression oculaire amène une réduction du nombre des pulsations et un accroissement de l'indice oscillométrique avec légère élévation de la Mx et de la Mn. Chez les hypervagotoniques, il y a une diminution considérable du nombre des pulsations et l'indice croît très tôt. Chez les sympathicotoniques le pouls s'accélère, le réflexe est inversé, l'indice et la tension ne sont pas modifiés. En cas d'hypervagotonie le chloroforme est contre-indiqué et il y a lieu de faire précéder l'anesthésie d'une injection d'atropine-morphine, l'atropine réalisant une section physiologique du pneumogastrique.

2° L'*exploration de la résistance cardiaque* repose sur le critère de Pachon : sous l'effet d'un exercice physique modéré, chez un sujet normal, la Mx s'élève jusqu'au moment de la fatigue; si le myocarde est déficient, il y a chute précoce de la Mx. On peut encore rechercher l'action de l'adrénaline sur la pression variable PV qui est augmentée comme la Mx et la Mn quand le cœur est normal, qui est diminuée, au contraire, par inégalité d'accroissement de la Mx et de la Mn quand le cœur est insuffisant. L'amoindrissement de la résistance cardiaque doit faire rejeter aussi le chloroforme et faire prescrire les injections tonicardiaques avant l'anesthésie.

3° *Examen des surrénales.* — Chez tout asthénique hypotendu avec des signes de petite insuffisance surrénale, il faut faire de l'opothérapie préventive, de préférence sous la forme surréno-calcique.

Recherches sur les variations postopératoires de l'indice opsonique. (M.-L. HEULLY. *Revue méd. de l'Est*, 1919, t. XLVII, p. 515.) — Au cours de nombreuses recherches sur le sang des opérés, l'auteur a été conduit à étudier la valeur que possèdent les variations des opsonines comme moyen d'apprécier la défense organique du sujet.

L'indice opsonique a été déterminé avant l'opération, puis 7 heures après, 24 heures après, 48 heures après et ultérieurement à des dates variables.

L'auteur indique sa technique et rappelle que l'indice est le rapport entre le pouvoir phagocytaire du sérum malade et du sérum témoin. Il a choisi de préférence des malades opérés d'affections abdominales sérieuses.

Les variations de l'indice dépendent : 1° de la nature de l'affection traitée (inflammatoire ou non); 2° de la période à laquelle on opère (à chaud ou à froid); 3° des suites opératoires (guérison ou mort).

Si l'on établit le classement général des cas d'après l'évolution vers la guérison ou la mort, on arrive aux conclusions suivantes :

A. *Variations en cas de guérison.* — Dans le groupe des affections non inflammatoires (fibrome utérin, etc.) ou refroi-

dies (appendicite à froid, etc.), l'indice voisin de l'unité avant l'intervention tombe immédiatement après celle-ci, puis se relève rapidement, atteint son maximum environ six jours plus tard et redescend vers l'unité au-dessus de laquelle il se maintient assez longtemps.

Dans le groupe des affections inflammatoires aiguës, l'indice préopératoire très faible (0,45 à 0,70) se relève aussitôt après l'opération jusqu'au douzième jour où il atteint son maximum (environ 1,5).

B. *Variations en cas de mort.* — « Dans le premier groupe la variation négative qui suit l'acte opératoire s'accentue et se prolonge. Dans le deuxième une variation négative remplace la variation positive qui suit l'évacuation du foyer. ».

Ces variations ont une forme et une constance qui permettent d'en faire un guide très sûr quant au pronostic postopératoire.

L'acide picrique comme désinfectant préopératoire. (CASSEGRAIN. *New-Orleans med. and surg. Journ.*, 1920, vol. LXXII, p. 308.) — L'auteur reproche à l'iode universellement employé aujourd'hui pour la préparation de la région opératoire, de ne pas être efficace après le lavage à l'eau et au savon parfois indispensable, et, d'autre part, d'être en bien des cas irritant. Aussi, après Gibson (de New-York) qui serait le promoteur en cette matière, et avec l'aide de Gessner, a-t-il essayé de substituer l'acide picrique à l'iode. Il a d'abord employé la méthode de Gibson, c'est-à-dire après lavage à l'eau et au savon le badigeonnage de la peau avec une solution alcoolique d'acide picrique à 5 p. 100. Puis, dans le cas où le malade arrivait à la salle d'opérations déjà propre, il s'est borné à faire un simple nettoyage à l'alcool avant le badigeonnage picriqué. Sous le couvert de cette désinfection, il a opéré pendant trois mois des cas de toutes sortes : hernies, appendicites, laparotomies exploratrices, kystes de l'ovaire, salpingites, néphrectomie, et il n'a eu qu'une seule infection dans un cas de hernie inguinale, causée, d'ailleurs, non par la préparation de la peau mais par une faute d'asepsie au cours de l'opération. Enfin, il y a un autre argument à faire valoir, en ce moment surtout, pour l'acide picrique, c'est qu'il coûte 40 p. 100 moins cher que l'iode.

Les coliques douloureuses postopératoires. (Anselme SCHWARTZ. *Paris méd.*, 1919, p. 411.) — Il s'agit d'un petit moyen imaginé par l'auteur pour assurer l'évacuation indolore des premiers gaz intestinaux dans les suites opératoires et dont l'emploi sera évidemment précieux s'il se montre d'une efficacité assez constante. Les coliques d'évacuation des gaz paraissent dues à des phénomènes spasmodiques qui troublent le péristaltisme normal au moment où celui-ci reprend, après la phase de paralysie intestinale. L'application d'une vessie de glace sur l'abdomen recouvert d'une feuille de gaze et d'un taffetas chiffon, au besoin d'une flanelle, ferait disparaître les coliques en quelques instants tout en facilitant la sortie des gaz. C'est-à-dire que le refroidissement agirait, du moins dans ce cas, sur le spasme sans troubler le péristaltisme. L'auteur cite trois observations très probantes et une autre dans laquelle la glace employée préventivement aussitôt après une opération intestinale ne s'est pas montrée moins utile.

Note sur le traitement des cicatrices ulcéreuses par les incisions circonférencielles. (DERACHE. *Arch. méd. belges*, 1919, n° 7, p. 60.) — Parmi les troubles que peut présenter l'évolution des cicatrices des plaies de guerre, un des plus importants est la formation d'une sorte d'ulcère à bords calleux qui ne montre aucune tendance à guérir. A quoi sont dus ces ulcères? Sont-ce des troubles trophiques par englobement de filets nerveux dans le tissu de cicatrice? On a incriminé la syphilis; pourtant le Wassermann a été constamment négatif chez les blessés de Derache qui croit plutôt que la lésion résulte d'un défaut de nutrition par insuffisance circulatoire. Les divers topiques sont habituellement inefficaces. Quand la peau voisine est mobilisable, la résection avec suture peut donner des succès. Les greffes sont aussi quelquefois utiles. L'auteur a traité les petites ulcérations par le pansement de Baynton aux bandelettes de sparadrap imbriquées et s'en est bien trouvé. Pour les ulcérations plus étendues, il a eu l'idée d'employer les incisions circonférencielles recommandées par Dolbeau pour les ulcères variqueux, et il a pu guérir ainsi de vieux ulcères qui avaient résisté aux autres méthodes. Souvent la cicatrisation de la lésion initiale a précédé celle des incisions opératoires. Des cas sont cités dans lesquels la guérison complète, attendue depuis des mois, n'a pas demandé plus de trois semaines à partir du traitement.

TÊTE. COU. RACHIS

Section du sympathique cervical dans une paralysie faciale périphérique. (PATEL et REGNIER. *Soc. des sc. méd. de Lyon*, in *Lyon méd.*, 1920, t. CXXIX, p. 77.) — Il s'agissait d'une paralysie faciale consécutive à une mastoïdite avec carie du rocher. M. Patel, pour remédier aux signes oculaires particulièrement gênants, fit une sympathicectomie droite avec excision du ganglion cervical supérieur. Le résultat obtenu fut satisfaisant : la fente palpébrale se rétrécit et le globe oculaire rentra dans l'orbite; il se produisit aussi du myosis du même côté, mais la pupille conserva ses réactions à la lumière et à l'accommodation.

Dislocation de la colonne cervicale. Réduction sous anesthésie. (J. Philip BUCKLEY. *Lancet*, 1920, vol. CXCVIII, p. 149.) — Trois semaines après une chute grave de motocyclette, un officier est admis à l'hôpital avec le diagnostic : traumatisme de l'épaule. On ne trouve rien du côté de l'épaule, mais on s'aperçoit par hasard que la colonne cervicale présente une angulation postérieure et que la tête penche en avant si bien que le menton est tout près du sternum. Sur la radiographie (reproduite dans l'article) apparaît une dislocation vertébrale entre la 4e et la 5e cervicale. Pas de grosse lésion osseuse visible. Cette luxation a entraîné un déplacement en avant du segment vertébral supérieur avec bascule de 140°. Cependant le blessé se sent très bien, sauf une légère douleur dans l'épaule droite et comme symptôme de lésion rachidienne il n'a qu'une exagération modérée du réflexe rotulien.

La difformité parut à elle seule une raison suffisante de tenter la réduction sous anesthésie. Et cette réduction fut obtenue par traction cervicale accompagnée de bascule postérieure, d'ailleurs sans claquement annonçant la remise en place. Un appareil fut appliqué. Le blessé ne souffrit en rien de l'opération. Sur la seconde radiographie (également reproduite) la difformité est corrigée, mais la 4e vertèbre paraît encore un peu en avant de la 5e, sans doute parce que le corps de cette dernière est court et d'une obliquité exagérée. Il se peut qu'un fragment en ait été détaché; en tout cas, il n'a pas laissé de trace visible.

Quelque deux mois après l'opération le blessé fut rencontré par son chirurgien et il se déclara très bien portant ; mais il portait toujours son appareil sans lequel son cou lui paraissait encore faible.

Cf. — L'ostéotomie mandibulaire dans le traitement des fractures balistiques de la mâchoire inférieure. (F. BONNET. *Th. de Paris*, 1919.)

Procédé nouveau de gangliectomie rachidienne dorsale. Application à un tabétique à crises gastriques subintrantes. (G. JEAN et G. LAURÈS. *Arch. de méd. et de pharm. navales*, 1919, t. CVIII, p. 461.)

THORAX. APPAREIL PLEURO-PULMONAIRE

Ankylose cerclée du thorax. (L. BÉRARD et Ch. DUNET. *Lyon chirurgical*, 1919, t. XVI, p. 146.) — L'ankylose cerclée du thorax est une lésion osseuse caractérisée par la présence d'un cal fenêtré synostosant plusieurs côtes entre elles et

entraînant une immobilité partielle de la cage thoracique. Elle a pour origine une fracture compliquée de côte ou un empyème. Les fractures, par projectile de guerre surtout, sont souvent comminutives; la soudure des esquilles refoulées excentriquement par le corps traumatisant d'abord, par le drain ensuite, donne un cal fenêtré ou en lunettes. Dans l'empyème, c'est la résection costale opératoire et le drainage transpériostique qui entraînent la formation du cercle osseux.

Cliniquement la lésion se traduit par une fistule intarissable due à de minuscules séquestres ou à l'infection pleurale et par une diminution de l'ampliation thoracique pouvant s'accompagner de divers troubles fonctionnels cardio-pulmonaires.

Les injections antiseptiques et les curettages sont en pareil cas un traitement inefficace. Il faut, muni d'une radiographie donnant la forme et l'étendue des lésions, pratiquer une intervention radicale qui consistera à enlever toutes les parties osseuses malades en un seul bloc par section des côtes intéressées en dehors des limites du cal.

Cf. — Hernie traumatique secondaire du poumon. (Chauvin. *Montpellier médical*, 1919, t. XLI, p. 71.)

Un cas d'hydropneumothorax aigu communiquant avec l'estomac. (J. W. Tudor Thomas. *Lancet*, 1920, vol. CXCVIII, p. 152.) — Observation fort intéressante donnée sans commentaires. Un soldat a eu la poitrine traversée par une balle de mitrailleuse entrée dans le 6e espace intercostal gauche à 6 centimètres de la ligne mamelonnaire et extraite dans le 8e espace à 12 centimètres et demi de la ligne épineuse. Pas d'hémoptysie. Il reprend son service après trois mois d'hôpital. Il va bien pendant six semaines, puis souffre pendant quelques jours du côté gauche. Brusquement cette douleur s'aggrave et s'accompagne de vomissements. Quand il entre à l'hôpital deux jours plus tard, il n'a plus de pouls et paraît à toute extrémité. On constate un pneumothorax gauche, la pointe du cœur battant vers la ligne axillaire droite. Ponction qui donne beaucoup de gaz et un peu de liquide. Le lendemain nouvelle ponction ; l'analyse du liquide montre qu'il vient de l'estomac. Malgré le sérum rectal et intraveineux, l'état reste très grave, le pouls radial est toujours absent.

On pratique alors sous anesthésie locale dans le 6e espace intercostal une incision qui permet d'abord d'évacuer l'épanchement gazeux et liquide puis d'explorer au doigt la cavité. Le poumon est adhérent à la paroi, près de la plaie de sortie de la balle. Le cœur ne peut être senti, même derrière le sternum. Le doigt suivant la coupole diaphragmatique rencontre une fente qui conduit dans l'estomac. Drainage de la plèvre. Deux jours plus tard le pouls est meilleur ; on pratique une jéjunostomie sous anesthésie locale. Le fond de l'estomac est largement adhérent au diaphragme. Le jéjunum fixé au péritoine par un point en bourse est maintenu ouvert par une sonde n° 10. Quelques jours plus tard examinant la cavité pleurale à l'aide d'un miroir frontal pendant que le malade avale un peu d'eau, on voit l'eau passer dans la plèvre par l'orifice de communication. Mais déjà une semaine après l'opération, une solution de bleu de méthylène ingérée ne tache pas les compresses de la plaie thoracique. Et quinze jours plus tard, malgré une grippe intercurrente, on peut commencer l'alimentation buccale. A la fin d'une autre quinzaine, le tube de jéjunostomie est supprimé. Enfin, au bout d'un mois la cicatrisation des plaies thoracique et abdominale est complète. Le malade a repris son régime habituel ; il ne sent plus ni douleur, ni gêne ; le cœur et le poumon ont repris leur place.

Sur l'empyème double métapneumonique, à propos d'un cas nouveau. Intervention. Guérison. (Lennart Norrlin. *Acta chirurgica scandinavica*, 1919, vol. LII, p. 55.) — La pleurésie purulente bilatérale après pneumonie est très rare et le traitement qui lui convient est assez difficile à régler. L'auteur rapporte le cas intéressant que voici :

En janvier 1919, une enfant de huit ans est atteinte de broncho-pneumonie grippale double, puis son état devient de plus en plus mauvais et on trouve par ponction dans les deux plèvres un pus épais, crémeux, inodore, renfermant un seul germe : diplocoque qui à l'examen direct a paru être le pneumocoque. Evacuation partielle des deux épanchements ; 150 grammes sont retirés de chaque côté. La température baisse un peu, puis augmente et prend le type intermittent. On pratique à droite une nouvelle ponction de 150 grammes, suivie immédiatement d'une thoracotomie intercostale dans le 8e espace qui donne encore 500 grammes de pus. L'état s'améliore, mais s'aggrave la semaine suivante, la température remontant à 40°. Malgré une thoracentèse gauche évacuant 300 grammes de pus, il faut finalement faire aussi, de ce côté, une thoracotomie et retirer un demi-litre de pus. La fièvre tombe rapidement et la guérison survient. A la fin de mars, les deux incisions thoraciques étaient cicatrisées.

L'auteur, à propos de ce cas, passe en revue les connaissances acquises sur l'empyème double. En 1913, au Xe Congrès chirurgical du Nord à Copenhague, Giertz avait abordé la question ; sur 588 cas d'empyème observés dans 23 hôpitaux suédois, il notait que l'empyème double n'avait été observé que 5 fois et qu'un seul de ces 5 malades avait guéri. Outre la statistique de Fabrikant (1908) déjà citée par Souligoux, l'auteur indique les cas de Mollard et Guichow (1906), de Bozzotti, de Zingher (1913), tous les trois traités par pleurotomie double en deux temps avec guérison.

La plupart des auteurs sont assez hésitants dans leurs avis thérapeutiques. En général, ils ne croient pas au danger de la thoracotomie bilatérale, en raison des adhérences qui limitent habituellement, en pareil cas, la rétraction pulmonaire, mais par prudence, ils conseillent de mettre un intervalle de quelques jours entre les deux opérations, quitte à ponctionner immédiatement, s'il y a une indication pressante, le côté non opéré. L'auteur, se référant au cas qu'il a observé, se range à cette opinion.

Cf. — Un cas de tumeur du sein chez un homme. (H. Vignes. *Revue de pathol. comparée*, juillet 1919, p. 182.)

Traitement des fistules et cavités pleurales consécutives aux plaies de guerre. (J.-L. Roux-Berger. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1919, t. XC, p. 801.)

ABDOMEN. HERNIES

Deux cas de hernie obturatrice étranglée. (Camelot et Delépine. *Journ. des sciences méd. de Lille*, 1919, 26 oct.) — La hernie obturatrice est une lésion fort rare dont le diagnostic en dehors de l'étranglement n'a jamais été porté et qui, même étranglée, n'est le plus souvent qu'une découverte opératoire.

Les auteurs ont observé deux de ces hernies à un an d'intervalle.

Dans le premier cas, l'histoire des accidents se présente ainsi. Une femme de 54 ans, sans aucun trouble antérieur, est prise de douleurs abdominales vagues avec vomissements. On pense à un embarras gastrique ; deux purgatifs ne font qu'augmenter les vomissements, des lavements provoquent quelques selles et une légère amélioration s'ensuit. Mais l'état s'aggrave à nouveau et, au douzième jour, le tableau du l'iléus est complet ; le chirurgien constate en outre, à la racine de la cuisse droite, une tuméfaction aplatie, non réductible, fluctuante et peu douloureuse, qu'il prend pour une hernie crurale à siège anormal et, afin de ne pas traverser l'abcès dont cette hernie semble être le siège, il décide de pratiquer une laparotomie. Celle-ci montre qu'une anse grêle est pincée dans le trou obturateur droit. Léger débridement inféro-interne de l'orifice herniaire. L'anse réduite, sphacélée au niveau d'un pincement latéral, est réséquée dans une étendue de 12 centimètres et réparée par suture termino-terminale. Drainage du péritoine puis ouverture et drainage

du phlegmon crural qui est gazeux et fétide. La malade meurt brusquement vingt-deux heures après l'opération.

Le deuxième cas concerne une femme de 65 ans qui, après deux mois de coliques, est prise de douleurs beaucoup plus vives avec vomissements, ballonnement abdominal et arrêt des matières et des gaz. A l'examen, on constate une corde intestinale en V qui se contracte par instants et dont la pointe paraît plonger dans le bassin. La malade, dont l'état général est resté bon, est opérée pour une occlusion de cause inconnue. Après laparotomie et mise en position déclive, on reconnaît qu'il s'agit d'une hernie étranglée du grêle dans le canal obturateur droit. Un rapide débridement permet de réduire l'anse dont la vitalité est intacte. L'orifice herniaire est rétréci par deux points de suture. Guérison rapide.

Ces deux hernies appartenaient à la variété dite incomplète ou *hernia imperfecta* de Rust. Quoique étranglées elles n'ont pas été reconnues, peut-être parce que manquait le signe classique de Romberg : douleurs dans la région antéro-interne de la cuisse, irradiées au genou, parfois au pied, contracture des adducteurs, cuisse en flexion. On sait d'ailleurs combien en pareil cas l'erreur de diagnostic est fréquente. Quand il n'y a pas de tumeur extérieure, on s'arrête le plus souvent à l'étranglement interne. Si la tumeur existe, elle peut être attribuée à une hernie crurale ou pectinéale ou bien prise pour une lésion de toute autre nature : adénite, abcès du psoas, anévrisme, etc.

Le phlegmon herniaire observé dans le premier cas est une complication de la hernie obturatrice étranglée, déjà notée par Hilgenreiner en 1910.

Le pronostic reste très grave. D'après Meyer, quoiqu'elle ait diminué en ces dernières années, la mortalité est encore de 57 p. 100.

Au sujet de la voie à suivre dans l'acte opératoire, il n'y a plus de discussion ; la hernie doit être abordée par la laparotomie dont Gelpke (de Bâle) a fort bien précisé les avantages. Quant au débridement, il est toujours délicat, car l'artère obturatrice a été rencontrée sur tous les côtés du sac et le mieux est d'élargir l'orifice par de petites incisions superficielles suivies de distension digitale.

Cf. — Deux cas de hernie étranglée du diverticule de Meckel. (WEIL. *Marseille méd.*, 1er janv. 1920, p. 34.)

Des hernies étranglées à travers l'hiatus de Winslow. (DELITCH-RADOVAN. *Th. de Paris*, 1919.)

TUBE DIGESTIF

Une méthode opératoire assurant l'évacuation de l'estomac quand il n'y a pas sténose pylorique. (Donald M. MACLEOD. *The Practitioner*, 1920, vol. CIV, p. 73.) — On sait que souvent la gastro-entérostomie dans l'ulcère se montre inefficace quand le pylore a gardé sa perméabilité normale et on a constaté radioscopiquement que, en pareil cas, la bouche gastro-jéjunale fonctionne peu ou pas. L'auteur a imaginé une technique opératoire qui empêcherait cette fermeture physiologique de l'orifice et qui consiste essentiellement à faire l'ouverture du jéjunum plus large que celle de l'estomac d'un demi-pouce. Il déclare qu'en repérant par des points séparés le milieu et les deux extrémités des incisions, avant de commencer le surjet unissant les bords postérieurs de ces incisions, il est possible d'assurer un affrontement exact.

La périduodénite et ses rapports avec la maladie d'Arbuthnot Lane. (G. JEAN. *Arch. de méd. et de pharm. navales*, 1919, t. CVIII, p. 321.) — La périduodénite est individualisée par l'auteur comme une affection que caractérisent anatomiquement une déformation et des coudures du duodénum, cliniquement des troubles digestifs relevant de la stase duodénale chronique.

L'étude basée sur sept observations ne comporte pas d'autopsie, mais des examens radiologiques et trois constatations opératoires. Dans tous ces cas le duodénum présentait une disposition nettement anormale dont les caractéristiques étaient : le changement de direction de certaines portions amenant la fermeture excessive des angles correspondants, la présence en un ou plusieurs points d'inflexions fixées, des sténoses surtout fréquentes au niveau de l'attache mésentérique, des dilatations duodénales, enfin des modifications de la séreuse, adhérences, brides, replis, maintenant la déformation de l'organe ou le solidarisant avec quelqu'un des viscères voisins, foie, vésicule, côlon.

Les circonstances étiologiques mal connues paraissent être, d'une part, celles qui se rencontrent à l'origine des duodénites et des ulcères duodénaux, d'autre part, celles qui entraînent la gastro-coloptose.

Que le duodénum ait une pathologie qui lui soit propre, on ne saurait s'en étonner : les recherches modernes tendent de plus en plus à le différencier nettement du reste de l'intestin grêle au point de vue anatomique et physiologique. La pathogénie de la périduodénite est, suivant l'auteur, la même que celle de la maladie de Lane, c'est-à-dire qu'elle comprend des causes mécaniques et physiologiques. La gastroentéroptose provoque mécaniquement la formation de coudures aux points où la traction s'exerce avec le plus de force. Ainsi le bulbe, entraîné en bas par l'estomac, se coude sur la deuxième portion. Celle-ci s'infléchit au niveau de sa partie moyenne sur laquelle tire le méso du côlon ptosé. Le mésentère déforme la partie basse de la quatrième portion, et une entéroptose même légère suffit à fermer l'angle duodéno-jéjunal. Les coudures, d'abord mobiles et réductibles, sont fixées par les voiles d'adhérences qui « cristallisent les lignes de traction ».

En outre, la duodénite, quelle qu'en soit la cause, suffit à amener de la périduodénite. De même l'ulcère duodénal. Enfin, les lésions inflammatoires des deux organes proches, la vésicule et le pancréas, peuvent s'étendre au péritoine duodénal.

Les signes fonctionnels de l'affection n'ont rien de spécifique. Les douleurs sont des brûlures que ne calment ni les aliments, ni le bismuth, ni les changements de position. Les vomissements sont rares et jamais sanguins. Le trouble essentiel est en somme la constipation entraînant par stercorémie tous les phénomènes secondaires connus.

Les signes positifs sont donnés par la radioscopie qui montre des images duodénales déformées de façons diverses, selon les lésions, et permet de repérer au niveau des coudures les zones douloureuses.

Les affections avec lesquelles la périduodénite semble pouvoir être le plus facilement confondue sont la cholécystite et l'ulcère du duodénum. Le diagnostic peut être approché à l'aide des moyens cliniques, mais il ne sera fait avec quelques précisions que sous l'écran. Quand la cholécystite a provoqué une réaction péritonéale étendue au duodénum, la périduodénite siège surtout, en général, au niveau de la première portion. Et, s'il s'agit d'ulcère, ce ne sont guère que ceux des deuxième, troisième ou quatrième portions qui peuvent prêter à l'erreur. On sait d'ailleurs combien ces ulcères, surtout ceux des deux dernières portions, sont rares.

L'auteur ici prévoit l'objection qui peut lui être faite : ses malades n'étaient-ils pas des ulcéreux guéris? Les Américains admettent que l'ulcère duodénal peut guérir sans laisser de traces ; la muqueuse se regrefferait sur la cicatrice que seul le microscope pourrait déceler. Mais on serait bien hardi d'affirmer l'ulcère d'un duodénum déformé quand on ne trouve ni tache blanche, ni cicatrice, ni induration. Et ainsi M. Jean, à la suite des deux opérations qu'il a personnellement pratiquées, se croit-il autorisé à nier l'ulcère dont l'exploration duodénale par décollement ne lui avait montré aucun indice.

Il existe un traitement médical de la périduodénite qui comprend le régime, les laxatifs légers et la ceinture abdominale. Lorsque ce traitement est inefficace, une intervention est indiquée. Et voici en quoi elle doit consister. Par l'inci-

sion transversale basse de Sprengel, on découvre le duodénum dont on rétablit la forme en sectionnant les brides, en libérant et ouvrant les inflexions, puis on fixe le grand épiploon entre les zones d'adhérences, et pour éviter plus sûrement le retour des accidents on termine par une gastro-jéjunostomie.

Cf. — Résultat du traitement opératoire de l'ulcus de l'estomac et du duodénum. (BORCHGREVINK. *Acta chir. Scandinavica*, 1919, vol. LII, p. 61.)

Diagnostic et traitement de l'obstruction duodénale chronique. (Edw. L. KELLOGG. *Surg. gynec. and obstetr.*, fév. 1918, p. 174-182, analysé par GARDNER, in *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 18, p. 282.)

Sur les kystes chyleux multiples sous-muqueux du jéjunum. (Einar PERMAN. *Arkiv. f. Kir.*, 1919, Bd LI, p. 331.)

Résection du rectum pour cancer. (Lockhart MUMMERY. *The Lancet*, 1920, vol. CXCVIII, p. 20.) — L'extirpation du rectum cancéreux a été jusqu'ici une des opérations les plus graves parmi celles qui s'adressent aux cancers viscéraux. Les deux principaux dangers qu'elle comporte sont le shock et l'infection. L'auteur pense, grâce à sa technique personnelle, avoir su annuler dans une large mesure ces deux facteurs de gravité, et il en donne une preuve fort sérieuse en indiquant que, en 1918 qui est la quatrième année de l'emploi régulier de cette technique, la mortalité opératoire, sur 24 cas, a été nulle. Au total, en quatre ans, il a opéré 65 malades dont 5 seulement sont morts. Encore, de ces 5 décès, 2 peuvent-ils sans doute être mis à part, l'un dû à une hémophilie congénitale, l'autre à une embolie cérébrale. Quant aux 3 autres, ils furent causés, 2 par l'infection, 1 par l'hémorragie.

Le procédé permet de conduire aseptiquement l'opération de bout en bout. Cependant, la cavité résultant de l'extirpation rectale ne peut, du moins chez l'homme, être immédiatement comblée, et, quoique une réunion primitive soit possible dans quelques cas, il faut s'attendre le plus souvent à une réunion secondaire qui demande trois à quatre semaines et d'ailleurs ne trouble en rien la convalescence.

Une question fort importante est celle de l'anesthésie qui ne doit pas causer de shock ni de vomissements. Ceux-ci sont particulièrement à redouter ici ; ils risquent de produire une éviscération à travers le plancher péritonéal qui ferme le bassin et ils favorisent la production des hémorragies secondaires. L'auteur emploie comme méthodes anesthésiques le protoxyde d'azote ou bien l'anesthésie rachidienne ou locale combinées avec la scopo-morphine.

Aussi a-t-il pu opérer sans aucune complication 20 sujets ayant plus de soixante ans, 4 de plus de soixante-dix ans, 1 de soixante-treize, et, d'autre part, deux bronchitiques, un albuminurique, un tabétique et un basedowien ayant 130 de pouls. En somme, tout cancer localisé au rectum lui-même et n'ayant pas encore envahi les organes voisins peut être opéré.

L'opération est exécutée en deux temps, mais ce n'est pas là une règle absolue à moins qu'il n'existe un certain degré d'obstruction ou que le malade ne soit très âgé. Le premier temps est une colostomie pratiquée à travers le grand droit du côté gauche, aussi haut que possible, l'ouverture de l'intestin étant différée de quarante-huit heures. On profitera de cette opération pour inspecter la cavité abdominale, apprécier les limites de la tumeur, ses connexions, etc.

L'extirpation rectale doit avoir lieu huit ou dix jours plus tard. La position convenable pour l'opéré est le décubitus latéral gauche. Avant de commencer, il faut, s'il s'agit d'un homme, placer un cathéter en gomme dans l'urètre. On ferme alors l'anus par un fil de soie passé circulairement sous la peau à l'aide d'une aiguille courbe. Et c'est après cela seulement qu'on badigeonne d'iode la région opératoire et qu'on met les gants. L'incision part de la base du sacrum et descend sur la ligne médiane vers l'anus qu'elle circonscrit. Le coccyx est réséqué et aussi l'extrémité du sacrum, s'il faut un jour étendu. L'aponévrose profonde est ouverte au-devant du sacrum et le releveur de l'anus est sectionné de chaque côté aux ciseaux, sur le doigt qui le soulève. Il s'agit maintenant en avant de séparer le rectum de la prostate ou du vagin. C'est facile chez la femme. Chez l'homme il faut se guider sur le cathéter urétral ; quand la prostate est atteinte, l'isolement du rectum devient plus aisé. Le péritoine est ouvert. Le mésorectum est sectionné aussi haut que possible et ses vaisseaux sont liés. Il devient alors possible de sectionner l'intestin entre deux clamps, au thermocautère. Pour terminer, on doit assurer la fermeture du bout colique par une suture invaginante à deux plans, placer un surjet sur le péritoine et réunir les lèvres de la plaie, en drainant en avant. Cette opération ne demande pas plus de quarante-cinq minutes, de trente-cinq même quelquefois.

L'auteur a pu ainsi, dans quelques cas avancés, enlever avec le rectum un segment de paroi vaginale ou de prostate, ou même de vessie.

Le malade se lève au bout de deux semaines et rentre chez lui au bout de trois. Il est essentiel de le bien nourrir jusqu'à la veille de l'opération et aussitôt après.

Les cas traités sont encore trop récents pour qu'on puisse utilement examiner la question de la récidive, mais dès maintenant les résultats paraissent excellents. En outre, la gêne résultant de l'anus artificiel est très légère, puisque 12 malades sur 17, qui ont pu être suivis à ce point de vue, ont repris leurs occupations antérieures toutes fort actives. Enfin, l'auteur a prévu une objection à laquelle il répond d'avance. Jamais il n'a observé aucun trouble provenant du cul-de-sac colique sous-jacent à l'anus artificiel, bien que deux opérations ainsi faites datent de plus de sept ans.

FOIE. RATE

Angiocholites à symptômes frustes. Valeur du drainage de l'hépatique. (TAVERNIER et MOURIQUAND. Soc. méd.-chir. milit. de la 14e région, in *Lyon méd.*, t. CXXVIII, p. 496.) — Le diagnostic des angiocholites primitives survenant en dehors de la lithiase et ne s'accompagnant pas d'ictère est toujours difficile. Le traitement dans ses indications et dans la forme qu'il convient de lui donner est une question également assez épineuse. Les deux observations de Tavernier et Mouriquand sont donc fort instructives.

La première concerne un homme de 44 ans pris brusquement d'une fièvre élevée (41°) qu'on attribue à un retour du paludisme dont il avait été atteint à l'âge de 20 ans. Mais la température persiste quoique irrégulière, la quinine est sans effet, les douleurs hépatiques sont sourdes mais continues et l'état général s'altère très gravement. Amaigrissement, diarrhée, pâleur sans trace d'ictère. Le foie est gros et la paroi contractée du côté droit. On diagnostique un abcès du foie. La laparotomie sous-costale droite montre le foie gros et rouge vineux, entouré d'adhérences gélatineuses. Il n'y a ni abcès, ni lithiase vésiculaire ou cholédocienne. Incision et drainage de l'hépatique. La bile est extrêmement épaisse et noire. Abaissement progressif de la température. Le drainage est supprimé au bout de trois semaines. La guérison est complète.

L'histoire clinique du second malade débute de la même façon. C'est un homme de 34 ans, pris en pleine santé de douleurs du flanc droit avec grosse fièvre, puis qui s'amaigrit, perd ses forces, en même temps qu'il fait du subictère et continue à souffrir dans la région hépatique. Vu au bout de six mois, il présente un foie énorme, assez dur mais régulier avec une température matutinale de 40° et vespérale de 38°. Il n'y a pas de décoloration des matières. Le diagnostic hésite entre abcès, kyste infecté ou cancer. Intervention. Le foie très gros, violacé, n'est nulle part le siège d'une tumeur ou d'un abcès. Les voies biliaires sont nor-

males. Drainage de l'hépatique. Le soir même, la température tombe à 37° et ne remonte plus au-dessus de 37°5. La bile jaune verdâtre, un peu épaisse, coule bientôt abondamment. Puis le foie diminue et l'état général s'améliore. Mais vingt jours après l'opération, le drain est arraché par des mouvements intempestifs du malade. La température remonte à 39° et ne redescend plus. Ictère. Ascite. Cachexie. Mort deux mois et demi après l'opération. A l'autopsie, le foie diminué mais encore gros a, sur la coupe, un aspect un peu granité comme un foie cirrhotique. Il y a de la bile purulente dans toute l'étendue des voies biliaires. L'hépaticostomie s'est si bien séparée qu'on en retrouve à peine la trace. Histologiquement, il existait au niveau du foie une sclérose périportale avec destruction très étendue des cellules hépatiques.

Les auteurs insistent sur la difficulté du diagnostic et sur l'efficacité indéniable quoique assez énigmatique du drainage des voies biliaires. Il leur semble que l'effet immédiat de ce drainage sur la température, analogue à celui d'une ouverture d'abcès, impose l'idée qu'il y avait sinon rétention biliaire, du moins, gêne à l'écoulement de la bile, soit par spasme, soit par tuméfaction inflammatoire de la terminaison du cholédoque. Enfin le drainage par l'hépatique est sans doute meilleur que la cholécystostomie : il draine mieux et il permet seul une exploration complète de l'hépato-cholédoque.

Cf. — Splénectomie d'urgence pour rupture traumatique de la rate. (Enrique P. MANCHEGO. *La Cronica medica* 1919, sept., p. 327.)

Maladie de Banti. Splénectomie. Guérison. (BÉRARD, DUNET et RICHARD. Soc. méd.-chir. milit. de la 14e région, in *Lyon méd.*, 1920, t. CXXIX, p. 95.) — Les auteurs rapportent une observation de syndrome de Banti dans lequel l'ablation de la rate paraît avoir donné un bon résultat.

Le malade âgé de 47 ans, sans maladies antérieures, présente, peu de temps après une contusion abdominale, des douleurs et une tumeur au niveau de l'hypocondre gauche que divers traitements et particulièrement le traitement antisyphilitique ne modifient pas. Au contraire les symptômes s'accentuent progressivement et l'asthénie et un amaigrissement très marqué s'y ajoutent. Trois ans après le début, l'état est le suivant : douleur localisée à l'hypocondre et à la région lombaire gauche, à l'occasion des efforts et de la marche, la tumeur qui siège dans l'hypocondre dépasse de trois doigts le rebord costal, elle est mate, mobile et pourvue d'incisures au niveau de son bord antérieur, c'est manifestement la rate hypertrophiée ; il n'y a pas de troubles du côté du foie, des poumons, du cœur, de l'intestin, des reins et les testicules sont également normaux ; il n'y a pas d'hypertrophie ganglionnaire, ni d'ascite ; l'examen du sang montre de l'hypoglobulie (3.600.000), de la leucopénie (4.300) avec légère mononucléose, absence de myélocytes et diminution de la valeur globulaire.

Le diagnostic : maladie de Banti à la première période fait décider la splénectomie, laquelle est pratiquée sans incident sauf quelques difficultés d'hémostase au niveau de la loge diaphragmatique.

Malgré des suites opératoires mouvementées (éventration aiguë avec hernie de l'estomac) l'état du malade s'améliore rapidement. Le taux des globules rouges s'abaisse légèrement d'abord, puis remonte peu à peu pour atteindre presque la normale (4.800.000) au bout de cinq mois. En même temps, les forces et le poids sont revenus.

ORGANES GÉNITAUX

Hydrocèle intrascrotale du cordon avec cryptorchidie et hernie. Une observation. (Elmer D. TWYMAN. *The Journ. of the Missouri State med. Assoc.*, 1920, vol. XVII, p. 21.) — Observation courte et peu détaillée, mais qui relate un cas vraiment singulier. Le sujet avait depuis sa naissance une hernie inguinale droite qui le gênait fort peu et dont il ne demandait à être opéré que pour pouvoir faire son service dans la marine. La hernie inguinale était évidente avec impulsion à la toux. Les deux testicules paraissaient à leur place dans le scrotum, le droit un peu plus bas et plus gros que le gauche. Or, l'opération montra que le soi-disant testicule était un kyste du cordon appendu dans le scrotum à une boucle de ce cordon, lequel sorti de l'abdomen par le canal inguinal y rentrait par la même voie après avoir formé une anse à la partie la plus profonde des bourses. Quant au testicule, il était resté dans l'abdomen fixé au niveau de l'anneau inguinal interne par une adhérence fibreuse. Le sac de la hernie était du type des hernies congénitales.

Torsion d'un kyste de l'ovaire gauche associée à une torsion utérine (cinq demi-tours tant pour l'utérus que pour l'ovaire). (F. MASMONTEIL. *Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris*, 1919, t. XVI, p. 351.) — Une femme de 73 ans est opérée pour occlusion intestinale aiguë. A l'ouverture du ventre, on trouve une tumeur énorme, violacée, parcourue de grosses veines, ayant son origine dans le bassin et remontant jusqu'au diaphragme, qu'on reconnaît pour un kyste ovarien auquel l'utérus est accolé. Une ponction ayant partiellement vidé ce kyste, il devient possible de constater que la masse tout entière, kyste et utérus, a subi au niveau de son pédicule une torsion de 5 fois 180 degrés. Le kyste vient de l'ovaire gauche; la torsion s'est faite sur l'utérus à la hauteur de l'isthme. Ablation de la tumeur et hystérectomie subtotale respectant les annexes droites qui sont saines. La malade va bien d'abord puis meurt de congestion pulmonaire double au huitième jour.

Il s'agit d'une observation exceptionnelle. Des recherches que l'auteur a faites, il ressort que les torsions utéro-annexielles sont beaucoup plus rares que les torsions utérines, et, en outre que, lorsque l'utérus accompagne les annexes dans leur mouvement, sa torsion est presque toujours secondaire et par suite beaucoup moins prononcée. Il n'y a guère qu'une observation antérieure, celle de Schultze, dans laquelle l'utérus et les annexes avaient décrit ensemble quatre demi-tours, qui soit comparable à celle-ci.

Fibromes libres dans la cavité abdominale. (Edgar LEMIEUX. *Bull. méd. de Québec*, mars 1919, p. 199.) — Une femme de 37 ans tombe de voiture à plat ventre. Elle présente un syndrome d'hémorragie abdominale grave : facies décoloré, extrémités froides, respiration irrégulière et pénible, pouls à 120. Le ventre est ballonné, tendu et douloureux. Il y a de la matité dans les fosses iliaques. Au toucher, les culs-de-sac sont tendus mais non douloureux, le fond de l'utérus est inaccessible par suite du ballonnement et de l'adiposité. L'opération ne put être pratiquée que vingt-quatre heures après l'accident et l'état s'était aggravé. Le ventre était plein de sang. L'utérus portait un fibrome gros comme une tête de fœtus au sommet duquel trois plaies en surface saignaient. Ce n'est qu'après l'hystérectomie subtotale que le chirurgien découvrit dans les caillots les trois fibromes secondaires — dont deux étaient du volume d'une orange — qui, sous l'effet du traumatisme, s'étaient détachés de la tumeur principale. La malade guérit.

Cf. — Le traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire. (R. WURMSER. *Th. de Paris*, 1919.)

Un cas d'orchite paludéenne. (E. VECCHIA. *Il Policlinico* (sez. prat.), 5 janv. 1920, p. 6.)

Le cerclage du vagin dans les prolapsus des vieilles femmes. (A. VENOT. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1919, n° 28, p. 335.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 15 francs par an. Étudiants étrangers, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 6 fr. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Lecture des copies.* — *Anatomie.* — Séance du 26 février. — Mlle Labeaume, 12; MM. Deschamp, 10; Ill, 13; Blanchet et Longepierre, 11; Piot, 12; Vesselle et Dubois (René), 13.

Pathologie. — Séance du 19 février. — MM. Reinhold, 12; Estrabaud, 7; Duhail, 8; Gornouec, 9; Nora, 12; Labarraque, 7; Potez, 11; Gervais, 13; Fruchaud, 12; Chandebois, 9.

Séance du 26 février. — MM. Marchant, 8; Andral et Boyau, 12; Bazert, 11; Blot, 12; Grellety-Bosviel, 13; Pouey et Duchamp de Lageneste, 11; Ruppe, 14; Dambier, 9.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Nancy. — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Cornu, Drouet, Heitz, Brenas, Nicolas et Mariot, titulaires; et de MM. Claude et Lacombe, provisoires.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le Conseil de la Faculté a proposé M. Brindeau, agrégé, comme titulaire de la chaire vacante de clinique obstétricale.

FACULTÉS DES DÉPARTEMENTS. — Nancy. — M. le Dr Benech est nommé chef de clinique médicale.

MM. Brenas, Nicolas et Mariot sont nommés aides des cliniques.

— Un concours, pour 3 places d'internes des asiles d'aliénés à l'asile de Maréville, s'ouvrira, à la Faculté de médecine de Nancy, le 23 mars 1920.

— Strasbourg. — M. le Dr Mayer est nommé professeur de physiologie.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Reims. — Sont chargés de cours : MM. Bouvier (anatomie), Quirin (pharmacie), Grau (physique) et Mire (histoire naturelle).

— M. Bouvier est chargé, en outre, des fonctions de chef des travaux anatomiques.

— Rennes. — M. Hardouin, suppléant, est prorogé dans ses fonctions jusqu'au 31 octobre 1923.

M. P. Perrier, suppléant, est prorogé pour 9 ans.

— Rouen. — M. Petit est chargé des fonctions de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

— M. Méret, suppléant, est prorogé dans ses fonctions jusqu'au 31 juillet 1924.

— Tours. — Sont prorogés dans leurs fonctions de suppléants :

MM. Guillaume, anatomie et physiologie (jusqu'au 31 octobre 1924); Gaudeau, pathologie et clinique médicale (jusqu'au 31 août 1924); Lerat, pharmacie et matière médicale (jusqu'au 31 mai 1924).

COMMISSION EXTRAPARLEMENTAIRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR. — M. le prof. Arnozan (de Bordeaux) est nommé membre de la Commission.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier (à titre posthume). — MM. les docteurs :

Cugno (Henri-Charles), médecin aide-major de première classe : a fait preuve de courage, du plus grand sang-froid, du plus grand dévouement et du plus grand zèle depuis le début de la campagne, blessé une première fois en septembre 1914, a été tué dans un poste de secours, le 30 juin 1915. A été cité. (*J. O.*, 5 fév. 1920.)

Garenne (Antoine), médecin : modèle du médecin militaire, doué de grandes qualités professionnelles et d'une haute valeur morale, animé du plus pur esprit de sacrifice. S'est fait remarquer dans tous les combats par son dévouement et son esprit du danger, apportant aux blessés en même temps que ses soins un puissant réconfort moral. A trouvé une mort glorieuse, le 3 juin 1918, à Saconin, dans son poste de secours maintenu sous un bombardement violent d'obus de gros calibre, à un point où les évacuations étaient plus rapides. A été cité. (*J. O.*, 5 fév. 1920.)

Pacotte (Edmond), médecin aide-major : blessé mortellement, le 28 septembre 1915, au moment où il retournait, sous un bombardement intense, à son poste de combat, après avoir donné ses soins au général de brigade grièvement blessé. A, dans cette circonstance, fait preuve du plus beau courage. A été cité. (*J. O.*, 5 fév. 1920.)

Magnin (Marie-Antoine), médecin-major : médecin d'un dévouement et d'un courage à toute épreuve. Dans la nuit du 12 au 13 septembre 1916, s'est porté en avant de Bouchavesnes, pour diriger la relève des blessés, ne s'est replié qu'au contact des patrouilles ennemies et s'est établi en toute première ligne où sous de violents bombardements, il a pro-

digué ses soins. Blessé grièvement, le 15 septembre 1916, a continué à faire l'admiration de tous par son courage. Mort des suites de ses blessures. A été cité. (*J. O.*, 5 fév. 1920.)

MÉDAILLE MILITAIRE. — A titre posthume : MM. Lebrun (Louis-Jean), matricule 14329, médecin auxiliaire : médecin auxiliaire, d'un calme parfait et d'un courage éprouvé, a assuré avec son médecin de bataillon, sous un bombardement incessant, le service d'un poste de secours, improvisé et non protégé pendant les journées des 20 et 21 septembre 1916, jusqu'au moment où il a été mortellement blessé devant Hardecourt (Somme). A été cité. (*J. O.*, 17 fév. 1920.)

Audebert (Jean-Louis), matricule 14692, médecin auxiliaire : d'un dévouement admirable. Tué glorieusement, le 8 octobre 1915, en Champagne, au moment où sous un violent bombardement il donnait des soins à un capitaine blessé. A été cité. (*J. O.*, 17 fév. 1920.)

CITATIONS A L'ORDRE DE L'ARMÉE. — M. Kopcha (Douchan), médecin : a pris part, en qualité de médecin chef du 19e R. I. serbe, à toutes les opérations de guerre. A dirigé l'évacuation des malades à Durazzo et fait partie de la Commission d'hygiène interalliée à Corfou. Détaché à Sofia, a activement secondé l'état-major français dans les opérations de rapatriement des prisonniers de guerre. (*J. O.*, 20 fév. 1920.)

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES JOURNALISTES MÉDICAUX FRANÇAIS. — L'assemblée générale de l'Association a eu lieu mercredi soir à la Faculté de médecine, sous la présidence de M. le professeur Doumer (de Lille).

Après le compte rendu du secrétaire général et le compte rendu du trésorier, l'assemblée a voté une modification des statuts portant la cotisation à 12 fr. et créant les titres de président honoraire et de secrétaire général honoraire.

— M. Bouquet, secrétaire général, donne ensuite lecture du petit *Code déontologique* suivant qui est discuté et adopté.

« 1° Les membres de l'Association se doivent mutuellement entr'aide ;

2° Le sociétaire n'acceptera pas de faire la besogne d'un collègue à un prix inférieur au prix que recevait celui-ci ; à plus forte raison une proposition de ce genre ne viendra jamais de lui ;

3° Un sociétaire n'acceptera la situation ou la place d'un collègue qu'après avoir prévenu celui-ci et avoir apprécié les raisons de son départ ;

4° Si un sociétaire est appelé à diriger un périodique ou à en choisir les collaborateurs, il fera de préférence appel aux membres de l'Association ;

5° A mérite égal, le sociétaire donnera un tour de faveur ou accordera la préférence aux travaux des membres de l'Association dans ses analyses ou ses mentions ;

6° Le sociétaire signalera, autant qu'il lui sera possible, les travaux de l'Association, ceux de ses membres et les événements concernant ceux-ci dans les journaux auxquels il collabore ;

7° Tout litige entre deux membres de l'Association sera exposé devant le conseil de famille de celle-ci avant d'être porté devant une autre juridiction ;

8° Dans tout litige d'ordre professionnel entre un membre de l'Association et un étranger, l'Association, après avoir examiné le litige et si elle reconnaît le bon droit de son membre, mettra à la disposition de celui-ci son appui moral, et, suivant les circonstances, les ressources dont elle croira pouvoir disposer ; dans le cas où elle en aurait ainsi décidé, elle se réunira en assemblée extraordinaire pour décider de l'aide qu'elle peut apporter à son sociétaire ;

9° Les articles précédents devront être acceptés par tout candidat au titre de membre de l'Association. »

— M. F. Le Sourd met l'Association au courant des travaux de la *Fédération des associations professionnelles de journalistes français*.

— MM. Foveau de Courmelles, F. Le Sourd et G. Vitoux rendent ensuite compte de la réunion constitutive de la C. T. I., *Confédération des travailleurs intellectuels* à laquelle ils ont assisté sur l'invitation de la Société des auteurs dramatiques. Cette Confédération, déjà très puissante, groupe les gens de lettres, les auteurs dramatiques, un grand nombre d'associations de presse, de sociétés scientifiques ou artistiques, elle paraît appelée à rendre les plus grands services à tous les « travailleurs intellectuels ». Il est à souhaiter que toutes les sociétés médicales et les associations professionnelles donnent leur adhésion à la C. T. I.

— La Société prononce l'admission du docteur H. Collin (de Villejuif) et du docteur Paul Boudin.

— On procède ensuite aux élections. Le bureau pour 1920 est ainsi constitué : président, M. Granjux (de Paris) ; vice-présidents, MM. Ozenne (de Paris) et Pluyette (de Marseille) ; secrétaire général, M. Bouquet ; secrétaire général adjoint, M. Nass ; trésorier, M. Viel ; secrétaires des séances, MM. Garrigues et Cauvy.

Conseil d'administration : MM. le professeur Doumer (de Lille), Le Sourd (de Paris) et Leriche (de Lyon), en remplacement de MM. Capitan, Cruchet et Cornet, membres sortants.

Conseil de famille : MM. Cornet et Cruchet, en remplacement de MM. Ozenne et Granjux.

— Par acclamation, la Société décerne le titre de président honoraire à M. le professeur Doumer, et le titre de secrétaire général honoraire à MM. Cabanès et Laumonier.

LIVRES NOUVEAUX

Les Maladies de l'esprit et les asthénies (1), par le Dr Albert DESCHAMPS.

L'ouvrage du Dr Deschamps fait partie de cette brillante bibliothèque de philosophie contemporaine éditée par la maison Alcan. Il était sur le point d'être publié en 1914 quand survint la guerre.

Ces 4 années d'attente permirent à M. Deschamps de poursuivre et de compléter ses recherches cliniques. L'expérience ainsi prolongée a confirmé ses conclusions premières et l'a autorisé à conserver les idées directrices du travail.

Dans son livre qui est une étude des états psycho-pathologiques à travers toutes les maladies nerveuses, l'auteur expose : 1° les *faits psycho-pathologiques* (troubles intellectuels, affectifs, psycho-moteurs) ; 2° les *conditions* des faits : conditions physiques (dysthénies, toxi-injections, scléroses, etc.) ; conditions psychiques ; 3° les *rapports* entre ces faits, ou rapprochement des faits ayant entre eux des relations nécessaires ; 4° les *groupements cliniques* obtenus par la connaissance de ces rapports ; groupements *psycho-pathologiques* et *psycho-nosologiques* ; 5° les *groupements psychologiques* qui, grâce à la méthode psycho-pathologique, en sont l'aboutissement nécessaire. M. Deschamps est ainsi amené à proposer une thèse pathologique fonctionnelle et une thèse philosophique.

La thérapeutique s'adresse aux groupements cliniques par des traitements physiques ou psychiques appropriés. Elle a un double but : améliorer ou guérir les accidents ou maladies nerveuses ; apprendre au névropathe à se connaître, à adapter ses lois individuelles aux lois universelles, à choisir une bonne méthode de vie, afin d'éviter ou de combattre les surmenages, les toxi-infections, les émotions, et de maintenir en lui l'équilibre, l'ordre, l'unité, la maîtrise, pour toute l'adaptation possible à la vie.

Les médecins qui s'intéressent de plus en plus aux études de psycho-pathologie liront avec intérêt et avec fruit ce remarquable ouvrage.

L. G.

(1) In-8°. Prix : 22 fr. — Paris, Félix Alcan.

REVUE GÉNÉRALE

Les Côlites & les Recto-Côlites graves NON DYSENTÉRIQUES (FORMES CLINIQUES & TRAITEMENT)

PAR LES DOCTEURS

R. BENSAUDE et Ed. ANTOINE

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine. Interne des hôpitaux de Paris.

A côté des dysenteries amibienne et bacillaire, aujourd'hui bien connues, il est tout un groupe d'affections graves qui les simulent cliniquement et qui se localisent avec prédilection sur le gros intestin et surtout sur son segment terminal. Parmi ces maladies, les unes relèvent d'une étiologie précise et les autres constituent un groupe mal défini, cryptogénétique, dont la cause n'a pu encore être décelée, malgré la minutie des observations cliniques et les recherches bactériologiques mises en œuvre.

Les côlites et recto-côlites de cause connue peuvent relever : soit d'une *infection parasitaire* ; les nombreux cas publiés en ces dernières années incriminent des agents divers : lamblia, balantidium coli, trichomonas et peut-être aussi, plus rarement, des cercomonas, spirilles, monilia, etc. ; soit d'une *infection microbienne* : séquelles de fièvre typhoïde, bacille paratyphique, paradysentérique, salmonelloses, etc. ; soit enfin d'une *intoxication* : parmi les auto-intoxications, l'urémie paraît tenir la première place (1), puis la goutte, le diabète, etc. ; parmi les hétéro-intoxications, on connaît bien les recto-côlites graves secondaires à l'hydrargyrisme, à l'arsenicisme, et celles plus rares résultant d'une intoxication par la colchique, le baryum, etc.

Mais, laissant de côté ces cas que l'un de nous a étudiés ailleurs (2), nous prendrons plus spécialement comme objet de ce travail toutes les côlites et recto-côlites graves dont l'étiologie n'a pas encore été établie.

Etude nosologique. — Divers essais de classification de ces côlites ont été tentés, en France comme à l'étranger, mais aucun n'a encore abouti à un résultat définitif. Une classification étiologique est impossible, puisque, à l'heure actuelle, nous ignorons absolument la cause exacte de ces affections. En se plaçant au point de vue anatomique, on a pu décrire des côlites ulcéreuses, infiltrées, granuleuses, partielles ou généralisées. Mais on s'est vite aperçu que les lésions n'avaient pas de caractère pathognomonique, qu'elles étaient variables et bien souvent sans corrélation étroite avec les symptômes observés. Dans un travail récent, Schmidt a divisé ces côlites en côlites suppurantes, exulcérantes (syn. : côlites ulcéreuses, côlites granuleuses), et en côlites infiltrantes ou circonscrites (syn. : péricôlites, sigmoïdites, côlites hyperplasiques, diverticulites, etc.), mais il est obligé de reconnaître que ces deux groupes ne peuvent pas contenir tous les faits observés, et il leur ajoute une série de cas qui ne rentrent dans aucun de ces groupes.

Aussi, nous paraît-il préférable de réunir toutes ces affections, en apparence disparates, sous le nom de côlites et de recto-côlites graves, en faisant remarquer qu'elles comprennent les lésions qui s'étendent sur tout ou partie du gros intestin, depuis le cæcum jusqu'au rectum. Mais, d'une part, nous séparons de ce groupe les entérites, les typhlites et les côlites muqueuses ou muco-membraneuses, bien que dans quelques rares cas il ait pu y avoir participation du grêle, et, d'autre part, nous laissons de côté les rectites d'origine ascendante qui ont une étiologie et une symptomatologie bien définies. Si nous employons le terme de recto-côlite, c'est que le maximum des lésions siège, dans la plupart des cas, au niveau du côlon terminal, en empiétant sur la partie supérieure du rectum. C'est dire que nous faisons rentrer dans ce groupe les sigmoïdites dont la dénomination a l'avantage d'indiquer le siège prédominant des lésions, mais n'est pas justifiée, en réalité, par l'étendue de ces lésions ; le terme sigmoïdite devrait s'appliquer à une affection siégeant exclusivement sur la totalité ou sur une portion de l'S iliaque ; or, il est aujourd'hui bien établi que les lésions empiètent fréquemment en haut sur le côlon descendant ; en bas, nos examens rectoscopiques nous ont montré, d'une façon presque constante, l'envahissement de la partie supérieure du rectum. Le terme recto-côlite nous a paru préférable pour grouper ces lésions ; il est plus exact au point de vue anatomique, mais surtout au point de vue clinique : il indique que ces affections sont accessibles à l'exploration rectoscopique et à un traitement médical direct. Enfin, au point de vue chirurgical, il rappelle combien il est souvent difficile de préciser la nature d'une intervention opératoire, étant donné qu'on ne peut préciser la limite supérieure des lésions. Mais, si les lésions prédominent, en général, sur la terminaison du côlon et la partie supérieure du rectum, il n'en est pas moins vrai qu'elles peuvent aussi s'étendre ou prédominer ailleurs : sur le côlon descendant, le côlon transverse, le côlon ascendant ou même sur le trajet de la totalité du côlon.

Les recto-côlites graves ainsi comprises correspondent-elles à une entité morbide, à une infection d'origine alimentaire, comme certains auteurs le prétendent ? ou, au contraire, réalisent-elles simplement un syndrome clinique susceptible d'être démembré ultérieurement ? Ce sont là des questions auxquelles il est encore difficile de répondre.

L'étude de ces recto-côlites graves est toute d'actualité ; leur intérêt clinique est d'autant plus grand que l'affection paraît plus fréquente qu'on ne le croyait autrefois. Nous avons pu en réunir, depuis douze ans, quinze cas personnels.

Division clinique. — En restant uniquement sur le terrain clinique, on peut diviser les divers types de recto-côlites graves en trois groupes très nets qui, d'ailleurs, peuvent se superposer, dans une certaine mesure, aux lésions anatomiques :

(1) BENSAUDE, A. CAIN et ANTOINE. *Ann. de méd.*, fév. 1920.

(2) Ed. ANTOINE. Th. de Paris, 1920 ; Clouzot, éd. ; Verneaux, 5, rue de l'Université, Paris.

a. Les évacuations anormales prédominent: glaires, pus et sang attirent l'attention d'emblée vers une affection terminale du gros intestin et le tableau clinique peut varier suivant qu'on se trouve en présence d'une *forme mixte* ou *hémorragico-purulente* qui est la plus fréquente; ou bien qu'il s'agit de formes à prédominance nettement hémorragique ou purulente. Les lésions, dans ce cas, sont surtout développées au niveau de la muqueuse.

b. Ces symptômes muqueux peuvent passer au second plan; la réaction scléro-hypertrophique prédomine alors, réalisant des *formes sténosantes* ou *pseudocancéreuses* : véritables tumeurs inflammatoires du côlon. Ici, les lésions siègent surtout au niveau des couches profondes.

c. Enfin, dans un dernier groupe, l'affection paraît intéresser surtout la sous-séreuse et la séreuse, donnant d'emblée une réaction péritonéale d'intensité variable, réalisant alors les *formes péritonéales.* L'évolution de ces inflammations est tout à fait comparable à celle de l'appendicite, et c'est à juste titre que l'on a appelé ces côlites les appendicites gauches.

Description clinique. — I. Les recto-côlites hémorragico-purulentes. — Ces formes cliniques s'observent de préférence à l'âge adulte; cependant, on a pu en signaler quelques cas chez l'enfant : un de nos malades est âgé de douze ans.

La maladie est essentiellement caractérisée par des évacuations anormales : les glaires, le sang et le pus peuvent s'associer ou prédominer suivant les cas, mais l'allure générale de l'affection reste la même.

A. *Début.* — Le début peut être aigu ou subaigu; parfois les symptômes initiaux sont tellement effacés que l'on se trouve de suite en présence de symptômes graves. Dans la moitié environ de nos observations, le début est aigu, fébrile (voir obs. I): chez un individu à fonctions intestinales normales, une indigestion intestinale éclate brusquement à la suite d'écarts d'alimentation ou d'absorption de mets avariés. Il survient une forte diarrhée et des vomissements, accompagnés de douleurs abdominales qui précèdent des selles impérieuses. Un état fébrile avec céphalée complète le tableau. Les évacuations sont d'abord purement fécales, nauséabondes, liquides et séreuses. Ces accidents qui durent, en général, quelques jours, sont souvent catalogués grippe gastro-intestinale; mais bientôt subitement, apparaissent les hémorragies ou la suppuration. L'état fébrile peut d'ailleurs faire défaut et les hémorragies intestinales ou les écoulements purulents apparaître d'emblée, constituant alors le premier symptôme de la maladie. Parfois, enfin, le début est subaigu et progressif : chez un individu, présentant depuis quelque temps des troubles de côlite banale, surviennent des évacuations pathologiques qui effraient le malade par la présence de sang.

B. *Période d'état.* — La coexistence des glaires, du sang et du pus, ou la prédominance des hémorragies ou du pus, donne à la maladie une allure clinique très spéciale, ce qui nous a conduit à distinguer les trois formes suivantes :

Forme mixte ou hémorragico-purulente;
Forme hémorragique;
Forme purulente.

1° *Forme hémorragico-purulente.* — C'est la forme la plus fréquente, celle qui d'ailleurs fait penser d'emblée aux dysenteries. Ici, les hémorragies et la suppuration sont associées; mais tantôt elles alternent et se succèdent, tantôt elles coexistent. Dans cette forme, les malades évacuent, avec ou entre les selles, une quantité plus ou moins considérable d'un liquide puriforme, jaunâtre ou grisâtre, dans lequel flottent des flaques de sang. Il s'agit là de véritables évacuations « panachées », très caractéristiques. Mais, bien souvent, le sang seul attire l'attention des malades, et ce n'est qu'en examinant les déjections que le médecin y reconnaîtra l'association de pus véritable. Si Lynch a noté parfois une odeur infecte, nous avons été plutôt frappés par l'absence fréquente de toute mauvaise odeur, à quelques rares exceptions près. Ces évacuations peuvent être accompagnées d'une légère douleur, d'une petite colique abdominale, d'un besoin impérieux d'aller à la selle. Parfois, se produit une évacuation spontanée et presque indolore, comme l'*expectoration d'un crachat*, suivant l'expression très juste de Mathieu. Il n'est pas rare, non plus, que le malade, éprouvant le besoin d'émettre un gaz, expulse en même temps un peu de liquide séro-purulent ou séro-hémorragique. Les évacuations pathologiques se produisent ainsi plus ou moins fréquemment et aussi souvent la nuit que le jour : tantôt elles ne dépassent pas le chiffre de 4 à 5 en vingt-quatre heures, tantôt elles atteignent celui de 15 à 20 et 25, gênant alors par leur fréquence les malades dans leurs occupations.

Observation I (résumée). — *Recto-côlite hémorragico-purulente à rechutes.* — Mme P..., trente et un ans, est prise brusquement, en 1913, d'un état fébrile, catalogué grippe gastro-intestinale, qui dure huit jours; au cours de cet état, surviennent des selles constituées par du mucus et du sang rouge émis sans douleurs. L'état fébrile disparaît en quelques jours, mais il persiste des troubles instestinaux. A diverses reprises, les hémorragies s'atténuent puis augmentent; et plusieurs fois par jour la malade émet une quantité variable de pus mêlé au sang. La constipation est très marquée; il n'y a pas de ténesme, pas d'épreintes. La rectoscopie montre une congestion intense de la muqueuse recto-sigmoïdienne avec des pétéchies. La maladie, qui évolue depuis plusieurs années, subit à intervalles plus ou moins éloignés des poussées subaiguës assez graves sans toutefois compromettre la vie de la malade. Tous les examens de laboratoire restent négatifs, mais les prélèvements faits au rectoscope permettent d'isoler un bacille du groupe des salmonelloses.

Obs. II (résumée). — *Recto-côlite hémorragico-purulente très grave. Mort malgré une cæcostomie.* — G..., trente-huit ans, entre en juin 1919 à l'hôpital Saint-Antoine pour de la diarrhée et des hémorragies intestinales. En novembre 1918, il est pris brusquement de diarrhée : 4 à 5 selles par jour, contenant un peu de sang; de plus, il a plusieurs fois par jour du ténesme, des épreintes avec évacuations d'un peu de liquide teinté de sang. En mai 1919, survient une aggravation nette des symptômes : le malade maigrit, s'affaiblit et a jusqu'à dix évacuations dans les vingt-quatre heures; celles-ci

sont constituées par du sang rouge délayé dans la sérosité, elles sont inodores. La température oscille entre 37°5 et 38°5 ; l'abdomen n'est pas météorisé ; tout le trajet du côlon est douloureux. Le toucher rectal est négatif. A la rectoscopie, la muqueuse apparaît rouge foncé avec un dense piqueté hémorragique. Les injections d'émétine et les divers traitements locaux employés restent sans résultat. Les symptômes s'aggravent, les évacuations deviennent plus abondantes, la pression artérielle tombe à 7 au Pachon. Tous les examens de laboratoire restent négatifs ; le nombre des selles atteint 25 à 30 par jour et l'état du malade devient tel que l'on se décide à pratiquer un anus cæcal (docteur de Martel). On utilise cet anus pour faire des lavages intestinaux au chlorure de magnésium. Malgré tous les moyens employés, le malade tombe dans un état de cachexie progressive et succombe en juillet 1919.

2° *Forme hémorragique.* — Les hémorragies intestinales constituent ici le symptôme capital ; ce sont elles qui attirent l'attention du malade par leur abondance, leur répétition et leur persistance, et cela malgré tous les traitements usuels employés. Les émissions sont constituées par du sang pur, rouge vif, en quantité variable, allant d'un dé à coudre à un verre à bordeaux et plus ; parfois plus liquide, le sang est comme dilué dans de la sérosité. Enfin, si le sang vient des premiers segments du côlon, il peut être plus ou moins digéré et prendre l'aspect du méléna.

L'observation suivante est un exemple tout à fait typique de cette forme.

Obs. III (résumée). — *Recto-côlite hémorragique.* — L..., cinquante-quatre ans, industriel, ne présente rien d'anormal dans ses antécédents, si ce n'est une constipation habituelle très opiniâtre. En juillet 1918, à la suite d'une période de constipation, il est pris subitement de diarrhée : 12 à 17 selles par jour avec léger ténesme et des épreintes. Puis apparaissent des évacuations de sang rouge en dehors des selles, sang pur en quantité variable ou dilué dans de la sérosité. Ces évacuations surviennent à n'importe quel moment et gênent à tel point le malade qu'il n'ose plus sortir, craignant d'être pris au dehors d'un besoin immédiat. L'état général reste excellent pendant longtemps ; les troubles intestinaux persistent pendant des mois avec des alternatives d'amélioration et de poussées subaiguës entraînant à la longue un amaigrissement de 4 kilogrammes et une anémie assez marquée. L'examen de l'abdomen et le toucher rectal ne révèlent rien de particulier. Le rectoscope montre une muqueuse moyennement rouge avec des exulcérations couvertes de dépôts pseudo-membraneux, saignant au moindre attouchement. Les recherches de laboratoire ne révèlent absolument rien. L'examen des selles est négatif ; la séro-agglutination est également négative avec les divers bacilles dysentériques, et les paratyphiques.

Nous avons suivi, pendant deux ans, un autre malade présentant des hémorragies violentes, et qui fut opéré ultérieurement; sur la portion d'intestin réséquée, on a relevé des lésions congestives et hémorragiques de la muqueuse et une infiltration des tuniques profondes de la paroi intestinale.

3° *Forme purulente.* — Dans cette forme, les hémorragies cèdent le pas aux évacuations purulentes : le pus est tantôt intimement lié aux matières liquides et peut alors passer inaperçu, mais le plus souvent il est visible à l'œil nu. Les évacuations consistent soit en pus jaune crémeux bien lié (évacuations purulentes), soit en pus grisâtre ou plus fluide, comme dilué dans de la sérosité (évacuations séro-purulentes), soit enfin en pus contenant des grumeaux, des parties plus denses, comme des fausses membranes en voie de formation ou des dépôts blanchâtres (évacuations muco-purulentes ou membrano-purulentes). On a vu ces évacuations survenir par poussées, qui peuvent alors faire croire à des abcès péricoliques ouverts secondairement dans l'intestin, si bien que plusieurs chirurgiens ont fait semblable erreur et tenté une intervention chirurgicale qui leur a montré l'absence de tout abcès péritonéal.

Obs. IV (résumée). — *Recto-côlite purulente.* — Mme L.., quarante-sept ans. Rien dans les antécédents, si ce n'est une constipation opiniâtre. Au début de 1912, elle présente un état fébrile catalogué grippe et suivi après quelques semaines d'évacuation purulentes. Celles-ci se produisent en dehors ou en même temps que la selle quotidienne, dont les matières dures et concrétées sont enrobées de pus. En même temps, un peu de ténesme et des coliques intestinales, de l'amaigrissement, de la pâleur et de la fatigue générale. Les périodes d'amélioration et d'aggravation se succèdent. En 1913, croyant à une collection purulente ouverte dans le côlon, un chirurgien pratique une laparotomie, mais ne trouve rien ; il constate simplement des lésions profondes de l'anse sigmoïde, qui donnent à celle-ci, extérieurement, un aspect chagriné. Au rectoscope, on trouve une congestion intense de la muqueuse avec de nombreuses granulations ; on ne découvre que de rares ulcérations, de petit volume, superficielles, en coup d'ongle, au niveau desquelles on voit sourdre des gouttes de pus. En mars 1916, un second chirurgien et des plus distingués, consulté, affirme l'existence d'une collection purulente abdominale ; il propose une laparotomie, qui cette fois encore ne montre aucune lésion péricolique. Toutes les recherches de laboratoire ont été pratiquées en vain; les selles ne contiennent ni kystes, ni parasites ; la réaction de Wassermann est négative ; le sérodiagnostic est négatif avec les trois bacilles dysentériques et avec les bacilles paratyphiques. L'urée du sang est normale.

Autres troubles gastro-intestinaux. — Les autres troubles gastro-intestinaux sont très variables. Il n'est pas rare que les malades aillent régulièrement à la selle : tous les matins, ils émettent une selle moulée et normale, et c'est seulement dans la journée que surviennent les évacuations pathologiques; souvent même ils sont constipés et la constipation habituelle a précédé de longue date les accidents actuels; mais parfois la diarrhée abondante, répétée, survient et, dans ce cas, les matières sont intimement mêlées au sang, au pus et aux glaires.

L'examen des selles, après repas d'épreuve, donne des renseignements qui diffèrent selon le siège et l'étendue des lésions. La composition des selles est normale lorsque la lésion siège sur la partie terminale de l'intestin; elle dénote dans le cas contraire un défaut de digestion des divers aliments ingérés; on doit admettre la participation de l'intestin grêle lorsqu'on trouve dans les selles des fibres musculaires intactes, des graisses et des hydrates de carbone en quantité anormale. Certains auteurs ont vu les troubles intestinaux être accompagnés ou même précédés pendant longtemps par des troubles dyspeptiques, en particulier par de l'hypopepsie; ils

admettent que la dyspepsie en modifiant la flore intestinale peut favoriser le développement des côlites.

Douleurs. — Il peut y avoir absence de tout symptôme douloureux et même au moment des poussées subaiguës on peut ne constater ni ténesme, ni épreintes, ni coliques. Cependant, il n'est pas rare de voir des malades accuser une légère sensation douloureuse et des gargouillements intestinaux qui précèdent les émissions de sang, de pus ou de gaz; entre ces évacuations, il est de règle que le sujet n'accuse aucune sensation pénible. Parfois, il y a des douleurs sourdes, persistantes (tiraillements, pesanteur), localisées autour de l'ombilic, ou bien en barre sur le trajet du côlon transverse, ou dans le flanc gauche (côlon descendant), enfin dans la fosse iliaque gauche et le bassin (côlon iléo-pelvien); ces douleurs peuvent être exagérées par la station debout, la marche et les exercices. Les lésions du rectum donnent souvent lieu à une sensation de pesanteur périnéale, à du ténesme ou des épreintes. L'anus peut être irrité par le passage fréquent des sécrétions intestinales. Enfin, quelquefois, il y a de la dysurie.

Signes généraux. — Nous avons observé plusieurs cas de côlites graves avec maintien d'un bon état général : les malades vaquent à leurs occupations, conservent toute leur activité, ont bon appétit, digèrent bien, et ne se croiraient pas malades s'ils n'étaient effrayés par la répétition des hémorragies et des évacuations hémorragico-purulentes. Cependant, il n'est pas rare de constater, comme dans l'observation n° 4, surtout au moment des poussées subaiguës, une diminution de l'appétit, des signes d'intoxication et d'infection et même des réactions coliques à distance : nausées, vomissements, sueurs froides, hyperesthésie cutanée, somnolence ou inquiétude nerveuse; les malades ont quelquefois de la céphalée, de la fièvre; les urines sont diminuées; l'amaigrissement peut s'accentuer et devenir extrême (obs. n° 2). Le facies pâle et blafard, les muqueuses décolorées, l'asthénie, traduisent souvent les poussées de la maladie et relèvent tant des hémorragies répétées que des phénomènes de suppuration et d'infection intestinales. Une de nos malades (obs. 5) présentait même un facies myxœdémateux avec anémie extrême, bouffissure de la face, asthénie, etc. Une autre de nos malades (obs. 4) perdait en poids plusieurs kilos au moment des poussées de côlite purulente, poids qu'elle regagnait d'ailleurs aussi rapidement les jours suivants, dès la période d'accalmie revenue.

L'*examen du sang* montre de l'anémie et une diminution souvent marquée de l'hémoglobine. Nous avons constaté assez fréquemment une leucocytose légère dans les formes suppurées, sans éosinophilie, qui est, comme on le sait, la règle dans l'amibiase.

Signes physiques. — A l'examen, l'abdomen ne présente ordinairement rien d'anormal; parfois, il est ballonné et douloureux; le plus souvent, il est plat et déprimé. La palpation peut révéler des douleurs sur tout ou partie du trajet du côlon et le côlon en état de spasme peut être perceptible (cordes coliques). Si le processus infectieux n'intéresse que la muqueuse, le côlon ne serait pas douloureux à la pression d'avant en arrière (Végelé), mais il suffirait de déplacer latéralement l'intestin pour tirailler les mésos et provoquer la douleur.

Le toucher rectal, parfois très douloureux, ne révèle rien en général. La muqueuse rectale est quelquefois œdématiée, a perdu sa souplesse ou présente de petits grains donnant la sensation de sable (rectite granuleuse).

Examen radiologique. — L'examen du gros intestin aux rayons X présente le grand avantage de permettre quelquefois de localiser d'une façon assez précise la limite supérieure de la lésion colique. Stierlin a déjà montré que les parties de l'intestin lésé ne gardaient pas à leur contact la substance opaque, par suite de l'hypersensibilité de la muqueuse colique; il a décrit des ombres en forme de voile ou des marbrures qui indiquent le trajet du gros intestin. D'une façon générale, on trouve des images analogues à celles qui ont été décrites dans la dysenterie par MM. Florand et Bensaude, avec cette différence que les lésions du rectum sont généralement moins marquées. Il y a modification dans le mode de pénétration du lavement opaque : celui-ci traverse les parties malades très rapidement sans les distendre, en dessinant un mince ruban sinueux qui rappelle les méandres d'un ruisseau. L'S iliaque présente des déformations morphologiques importantes : il est rétréci et à bords parallèles, son opacité est moindre que celle du côlon descendant; quelquefois son existence n'est indiquée que par un voile léger; il peut même y avoir une véritable solution de continuité entre le rectum et le côlon descendant. Ces aspects ne restent d'ailleurs pas toujours les mêmes au cours de l'examen. L'examen par lavement donne des images des plus caractéristiques. Lorsqu'on examine les malades après repas opaque, on trouve, comme Stierlin l'a déjà indiqué, une absence totale de substance opaque au niveau des parties malades, soit une véritable lacune, soit une ombre légère dépourvue d'incisures et de bosselures, souvent très étroite, et présentant des marbrures ou des stries plus foncées.

Chez un de nos malades (obs. n° 2), l'examen du transit intestinal, étudié par M. Bisson, a donné les renseignements suivants : le repas opaque arrivait au cæcum dans les délais normaux, mais à partir de ce moment, il prenait une allure extrêmement accélérée pour parvenir au rectum et être expulsé aussitôt; on ne trouvait, comme trace de son passage dans le côlon, que de légères traînées ombrées. Dans ce cas, les lésions anatomiques s'étendaient jusqu'au cæcum, comme l'opération l'a montré.

Rectoscopie (1). — L'examen est rendu difficile par la sensibilité du rectum et du côlon et par le spasme du sphincter anal ; il n'est souvent praticable qu'après usage d'une solution de cocaïne. On peut classer les faits observés en deux groupes :

1° *Il y a seulement des lésions congestives et hémor-*

(1) R. Bensaude. *Traité d'endoscopie recto-côlique. Rectoscopie. Sigmoïdoscopie*, Paris, Masson, 1919.

ragiques. — La muqueuse est très vulnérable et il se produit des hémorragies au moindre attouchement; elle est uniformément rouge et boursouflée, d'une teinte allant du rouge vif au rouge violacé; elle ne présente nulle part l'aspect normal ou seulement sur de petits îlots. Elle est généralement sèche, vernissée, et sur son fond rouge, se détache par endroits un piqueté de pétéchies ou même des placards de suffusion hémorragique; parfois, elle se couvre de granulations, dont quelques-unes prennent la forme de petits bourgeons aplatis et mous, ou de véritables formations polypeuses. On ne voit ni érosions, ni ulcérations; cela ne veut d'ailleurs pas dire qu'elles n'existent pas, car elles pourraient passer inaperçues au niveau des régions examinées au rectoscope, ou bien exister dans des portions de muqueuse restées inexplorées. Il n'en est pas moins certain qu'il existe des cas (et une de nos pièces anatomiques en fait foi) où les ulcérations font totalement défaut.

2° *Il y a des érosions ou des ulcérations.* — Les érosions ou ulcérations s'observent toujours sur un fond d'inflammation simple, revêtant les aspects que nous venons de décrire: la muqueuse est rouge, lisse ou granuleuse, vernissée, œdématiée ou franchement hémorragique. Nous n'avons jamais observé d'ulcérations étendues, comme celles figurées par Schmidt, ni profondes, comme celles observées parfois dans la dysenterie amibienne. Il s'est agi presque toujours, dans nos cas, d'érosions ou d'ulcérations de petite taille, à nu ou bien recouvertes d'exsudat purulent, pultacé ou pseudomembraneux; elles étaient polymorphes : tantôt punctiformes ou linéaires, tantôt ovalaires ou arrondies, régulières ou polycycliques; elles se trouvaient espacées et isolées, ou bien réunies en groupes. La plupart sont superficielles et n'atteignent guère la sous-muqueuse.

Evolution. — Elle est essentiellement chronique. La durée de ces recto-côlites graves est variable, avec des périodes d'aggravation et d'amélioration successives. Les rémissions peuvent être de longue durée, à tel point qu'on pourrait presque parler de récidives.

En général, quand une amélioration se produit, elle est précaire et passagère, et il est bien rare, même si le malade ne présente aucun trouble, que les accidents se reproduisent avec la même intensité, sous l'influence de causes insignifiantes ou passant inaperçues. La persistance désespérante de ces accidents est telle que, pour Wégelé et Mummery, cette affection est incurable. Il existe cependant des cas de guérison incontestable, puisque Rosenheim a pu autopsier deux de ses anciens malades morts d'une autre affection, chez lesquels il n'a constaté au niveau de la muqueuse du côlon que des épaississements cicatriciels avec épithélium normal.

Le pronostic doit toujours être réservé, car il peut être grave immédiatement ou à distance du fait de complications survenant au cours de la maladie. Albu, Lindenberg ont eu un cas mortel, Schmidt cite 7 morts sur 36 malades; nous-mêmes, nous avons eu 3 cas mortels.

Complications. — Elles sont d'ordre infectieux ou mécanique.

1° Nous ne ferons que signaler les *complications d'ordre infectieux*, bien qu'elles soient les plus fréquentes. Alors que l'anémie s'observe surtout dans les formes hémorragiques, la cachexie se voit dans les formes purulentes ou hémorragico-purulentes. Elle relève de la dénutrition et aussi de la résorption de produits toxiques et toxiniens élaborés dans l'intestin infecté. Il s'y ajoute des phénomènes d'insuffisance surrénale. Nous citerons seulement les abcès métastiques dans le foie ou la rate; le rein peut être touché aussi (albuminurie). On a signalé la mort brusque, la phlegmatia, les polyarthrites, l'infarctus rénal, l'embolie pulmonaire, la polynévrite, la tétanie (Schmidt), l'iritis purulente. Parmi les complications locales, signalons : l'abcès colique intrapariétal (l'observation de Haim, rapportée par Cade, est typique); la péricôlite purulente enkystée et la péricôlite plastique; enfin la péritonite généralisée avec ou sans perforation intestinale. Mais, ici, ces diverses affections sont de véritables complications des côlites et recto-côlites graves; alors qu'elles existent parfois seules et dominent à tel point le tableau clinique qu'elles semblent être des entités morbides.

2° Il est curieux de constater que les *complications d'ordre mécanique* sont exceptionnelles. M. Lejars a rapporté un cas ayant simulé une occlusion intestinale; mais il se produit parfois un véritable rétrécissement progressif de la lumière intestinale, qui peut amener des troubles graves. Boas cite un cas de ce genre. Chez un de nos malades, il existait bien un rétrécissement, mais les symptômes de sténose ne prédominaient pas.

Le *diagnostic* de ces recto-côlites hémorragico-purulentes est souvent délicat à poser, d'autant plus que les recherches de laboratoire nécessitent une grande expérience. Avant tout, on doit penser aux dysenteries amibienne ou bacillaire et l'on ne saurait poser le diagnostic de côlite hémorragico-purulente qu'après avoir éliminé ces dysenteries *d'une façon certaine*. Les amibes seront recherchées soigneusement dans les selles; on n'oubliera pas qu'elles peuvent manquer dans la minime parcelle de mucus examinée, même quand l'intestin présente de nombreuses lésions de dysenterie amibienne; on se rappellera aussi que les kystes amibiens sont souvent bien difficiles à identifier. L'éosinophilie sanguine, constante dans l'amibiase, sera recherchée. De même, par tous les moyens, on recherchera la dysenterie bacillaire, se rappelant qu'à l'apogée de la crise on trouve toujours le bacille de Sluga, de Flexner ou de Hiss dans les selles. Le sérodiagnostic sera recherché avec de multiples souches et à un taux limité, de manière à éliminer les erreurs dues aux coagglutinations. Rechercher, au besoin, la sensibilisatrice.

En cas d'absence de résultat positif, on devra rechercher s'il ne s'agit pas d'autres dysenteries ou de recto-côlites bien connues, relevant d'agents toxiques, parasitaires ou microbiens que nous avons déjà signalés. On ne conclura à une recto-côlite grave du groupe cryptogénétique, que lorsque tous

les moyens d'investigation possibles auront été mis en œuvre sans résultat. Maints cas diagnostiqués au début comme côlites hémorragico-purulentes se sont révélés ultérieurement comme des dysenteries.

Signalons aussi que la forme à suppuration prédominante sera à différencier des fistules chez les tuberculeux, et surtout des abcès péricoliques, ouverts secondairement dans l'intestin, et aussi des rétrécissements cicatriciels ou inflammatoires, au-dessus desquels les ulcérations fréquentes peuvent provoquer une suppuration abondante. Certains cas — nous en avons observé un — sont particulièrement difficiles à diagnostiquer, le rétrécissement siégeant très haut, à la limite supérieure du rectum.

II. Formes sténosantes et pseudocancéreuses *(colites hyperplasiques, sigmoïdites, diverticulites).* — Ces formes, que l'on observe le plus souvent chez un homme adulte, nerveux, souffrant depuis longtemps de troubles gastro-intestinaux, ont généralement un début insidieux, marqué par des troubles de l'évacuation. Peu à peu s'établit un état caractérisé par de la constipation et des troubles douloureux. Ces douleurs, qui attirent généralement l'attention du côté de la fosse iliaque gauche, peuvent irradier vers la vessie, les organes génitaux ou la région lombaire et simuler par leur localisation et leur intensité une colique néphrétique. Elles peuvent être tellement vives qu'elles obligent parfois les malades à garder le lit. La constipation devient de plus en plus marquée et peut alterner avec des débâcles diarrhéiques; quelquefois même, elle peut donner lieu à de petites crises d'obstruction intestinale avec tension de l'abdomen. On a noté, dans certains cas, du ténesme et des envies fréquentes n'amenant que des évacuations minimes. Les matières sont dures, ovillées, quelquefois comme passées à la filière, ou bien en purée ; elles contiennent presque toujours du mucus et du sang en petite quantité. Alors que les évacuations de sang pur ont été maintes fois notées, il est plus rare de constater des évacuations de pus. Enfin, l'examen microscopique des matières, après repas d'épreuve, montre une digestion normale des aliments, ce qui indique la non-participation du grêle.

Vient-on à examiner le malade, on trouve la fosse iliaque gauche douloureuse sans qu'il soit possible de sentir la moindre tuméfaction ; d'autres fois (si la tension abdominale permet de palper profondément la région), on perçoit un cylindre lisse, dur, douloureux, peu ou pas mobile, tout à fait comparable au boudin que donne une typhlite. Souvent les limites de cette tumeur sont assez vagues en haut et en bas, et l'on a même vu des cas où le côlon descendant tout entier était atteint. Dans la région sus-jacente, on peut percevoir des matières accumulées. Ces constatations sont susceptibles de varier d'un jour à l'autre, si bien qu'on est en droit d'attribuer un certain rôle à la contracture spasmodique dans la production de cette tumeur. Le diagnostic est à tel point difficile que l'on a cité des cas (Rosenheim) où, au cours de l'opération (?), la tumeur avait disparu, alors que d'autres fois le spasme colique persistait malgré la narcose chloroformique. L'abdomen peut être ballonné, tendu, météorisé et des segments du gros intestin peuvent se dessiner sous la peau. Enfin, la région cæcale peut être particulièrement tendue et rénitente, à cause des phénomènes d'antipéristaltisme.

La maladie dure souvent des années ; elle évolue en général sans fièvre ou avec un minime mouvement fébrile ; quand il survient des poussées fébriles, celles-ci traduisent des réactions de péricôlite et de péritonite localisée. L'état général est peu à peu atteint : les malades s'anémient, maigrissent, au point que, dans les cas sérieux ou de longue durée, la confusion avec le cancer paraît inévitable (cas de Tuffier, de Segond, etc.).

Comme la partie inférieure du rectum est demeurée intacte, le toucher rectal ne donne en général aucun renseignement. La *rectoscopie,* plus utile, peut présenter cependant des difficultés particulières ; les 10 premiers centimètres du rectum ne montrent rien d'anormal, mais au-dessus la muqueuse apparaît rouge, congestionnée, elle présente de gros plis et est quelquefois granuleuse ou avec de minimes érosions. L'infiltration des couches profondes (sigmoïdite calleuse ou infiltrante) a pour conséquence de rétrécir la lumière intestinale, de gêner la pénétration du rectoscope, qui ne peut avancer que lentement et en provoquant des douleurs, même quand on a recours à l'insufflation. Cependant il est à remarquer que les lésions n'opposent jamais à la progression de l'instrument une résistance comparable à celle de l'infiltration cancéreuse (Rosenheim).

Il faudrait peut-être ajouter à ces divers caractères l'existence de diverticules, sortes d'invaginations de la paroi dans lesquelles s'accumulent et se décomposent les matières fécales. Mais la découverte de ces diverticules au rectoscope n'est pas toujours facile. Zweig et Albu en auraient vu plusieurs fois. L'un de nous n'a pu en voir dans un cas où ils étaient particulièrement nombreux, comme l'a démontré l'opération. Dans ce cas, le docteur Pauchet a relevé l'existence de diverticules gros comme des pois, dont le côlon était pour ainsi dire farci ; chacun était rempli d'un calcul fécal. Parmi ces calculs diverticulaires, il y en avait un gros comme un œuf de pigeon avec réaction inflammatoire autour. Craignant qu'un cancer se soit développé sur ce point, le docteur Pauchet a incisé l'intestin, mais n'a trouvé que des lésions purement inflammatoires.

Dans ces formes sténosantes, l'examen aux rayons X montre quelquefois l'existence d'un rétrécissement étendu ou un arrêt net du lavement opaque, qui distend l'ampoule rectale, provoquant des douleurs vives et un besoin impérieux d'aller à la selle. Le repas opaque, de même que le lavement, peuvent révéler l'existence de diverticules.

Le *diagnostic* entre la forme sténosante et un simple rétrécissement de l'intestin peut être difficile, témoin l'observation suivante où l'hésitation persiste entre une côlite ulcéreuse cryptogénétique et un rétrécissement d'intestin avec ulcérations de la muqueuse située en amont du rétrécissement.

Cette observation concerne une femme de trente-cinq ans, qui a subi une hystérectomie totale à l'âge de vingt-neuf ans et qui, peu de temps après cette opération, commence à émettre du pus par l'anus au moment des selles et surtout en dehors des selles. La recherche des bacilles et l'inoculation du pus, pratiquées par le docteur Dominici, ont été négatives. La rectoscopie montre à 8 ou 9 centimètres un rétrécissement en infundibulum, à parois cartonnées et lisses ou légèrement granuleuses, avec des zones blanchâtres, et qui laisse passer avec peine un instrument de 10 millimètres de diamètre. Au-dessus, on voit des ulcérations irrégulières recouvertes de pus. Le professeur Quénu pratique un anus artificiel qui apporte une amélioration notable.

III. Formes péritonéales (*péricôlites, périsigmoïdites, parasigmoïdites*). — Toutes les côlites graves peuvent se compliquer, à un moment donné de leur évolution, de phénomènes péritonéaux. On a vu (Rosenheim) des malades atteints de côlites avec lésions muqueuses prédominantes mourir de péritonite aiguë. Ces complications péritonéales sont plus particulièrement fréquentes dans les formes avec réaction fibro-inflammatoire de la sous-muqueuse. Mais il s'agit, dans tous ces cas, de véritables complications d'une affection qui, jusque-là, a évolué pour son propre compte. Les faits qui méritent surtout d'attirer l'attention sont ceux où la maladie primitive (la côlite) passe complètement inaperçue ou bien joue un rôle tellement effacé que l'épisode péritonéal constitue le symptôme prédominant et en apparence primitif.

La recto-côlite revêt dans ces cas le même aspect clinique que l'appendicite compliquée, avec cette seule différence que la scène se passe dans la fosse iliaque gauche au lieu d'évoluer dans la fosse iliaque droite. Avant l'éclosion des phénomènes péritonéaux proprement dits, on peut voir survenir, comme dans la forme précédente, des douleurs extrêmement vives, surtout au niveau de la fosse iliaque gauche. Chez un malade que l'un de nous observe en ce moment et qu'il a eu l'occasion de montrer aux professeurs Widal, Hartmann et Gosset, ces douleurs étaient tellement vives qu'on porta d'abord le diagnostic de calcul urétéral. Ce fut la rectoscopie et l'examen aux rayons X (arrêt du lavement) qui montrèrent d'abord l'origine intestinale des douleurs, et le toucher rectal révéla ensuite l'existence d'une collection périsigmoïdienne. On peut observer des péritonites aiguës généralisées, des péritonites localisées avec liquide séro-fibrineux ou purulent et même des péritonites plastiques. Nous n'insisterons pas sur la description de ces différents types, que l'on trouvera en particulier dans les leçons de Mathieu. Qu'il nous suffise de placer ici l'observation d'un malade de ce genre.

Obs. V (résumée). *Forme péritonéale à rechutes.* — Pendant plusieurs années, T... avait de la tendance à la diarrhée, ou au moins des selles pâteuses, mais pas de pus ni de sang. En 1910, à l'âge de cinquante-cinq ans environ, il est pris d'une douleur dans la fosse iliaque gauche ; on lui prescrit une purge et, aussitôt après, se déclare une péritonite aiguë, limitée du côté gauche du ventre, avec vomissements, fièvre élevée et le malade est obligé de garder le lit pendant un mois avec des applications de glace. Après une amélioration nette, il survient dans l'année deux nouvelles crises aiguës, avec fièvre et douleurs, mais moins violentes. Dès la première crise, il persiste dans la fosse iliaque gauche une tuméfaction que le malade peut sentir lui-même. Au moment des crises aiguës, les douleurs sont très vives avec des irradiations dans le membre inférieur gauche, qui l'empêchent de faire le moindre mouvement; régime lacté, glace sur le ventre et diathermie qui ne réussit guère.

De *1911 à 1914*, il va mieux ; il a cependant de petites crises douloureuses de la fosse iliaque gauche, durant deux à trois jours, qui l'obligent à garder le repos et quelquefois d'avoir recours à des applications de glace. Il va en Angleterre pour consulter le docteur Moynham, qui fait le diagnostic de diverticulite et lui propose la résection de la partie malade. Il consulte ensuite le professeur Depage, qui se range à l'opinion du chirurgien anglais, mais demande à suivre le malade dans une maison de santé. Mais obligé de quitter la Belgique en *1914*, il reste un an à Lisbonne, pendant lequel il a 6 crises avec empâtement au niveau de la fosse iliaque gauche, et des douleurs très violentes, réveillées même par le passage des gaz.

En *décembre 1915*, il va consulter le docteur Calame (de Lausanne) qui pratique une rectoscopie et trouve des érosions sur la muqueuse de l'S iliaque. Il pose le diagnostic de sigmoïdite. On pratique lavages et pulvérisations de dermatol au rectoscope, ichtyol par la bouche, repos et régime. Le malade est très amélioré pendant un an, et bien qu'il persistât un empâtement perceptible dans la fosse iliaque gauche, le docteur Calame rejette l'opération. Mais il survient en *décembre 1916* une nouvelle poussée aiguë avec fièvre, douleurs très vives, et le professeur Roux, appelé en consultation, décide une opération immédiate. Il trouve une collection purulente développée dans la fosse iliaque interne, en dehors et en dessous de l'anse sigmoïde. Une grande quantité de pus est ainsi évacuée et le malade se remet complètement, ne conservant qu'une fistule.

Un autre malade, observé par l'un de nous avec le Dr Neubauer (d'Asnières), eut, dans l'espace de quelques mois, trois poussées de péritonite localisée dans la fosse iliaque gauche ; la dernière se termina brusquement par l'évacuation d'une grande quantité de pus dans la vessie (urine purulente).

Le diagnostic différentiel des formes péritonéales doit être fait, pendant la phase douloureuse, d'avec la lithiase rénale et la déférentite. Dès qu'il y a tuméfaction indiquant la formation d'une collection, il faut penser aux abcès d'origine prostatique ou annexielle et à la péritonite tuberculeuse localisée. Une suppuration consécutive à un cancer de l'S iliaque peut aussi en imposer pour une périsigmoïdite.

Traitement. — Les recto-côlites et les côlites graves sont fort difficiles à soigner et à guérir. Malgré des améliorations obtenues à grand'peine, on n'est jamais certain d'être à l'abri d'une rechute ou d'une récidive. Les traitements proposés sont très nombreux; c'est dire qu'aucun n'est curatif d'une façon absolue. Nous ne connaissons, en effet, aucun moyen médical ou chirurgical capable de guérir à coup sûr ces maladies. Pour cela, il faudrait s'attaquer, non aux symptômes, mais à la cause même de l'affection. Le traitement médical exige beaucoup de patience et de ténacité de la part du médecin et du

malade; et, dans bien des cas, il faut savoir s'adresser à temps à la chirurgie. De nombreuses discussions ont eu lieu à ce sujet, tant à la Société royale de Londres qu'au Congrès de Bruxelles et aux sociétés savantes de Paris. On discute encore sur l'opportunité d'une intervention autant que sur le mode de cette intervention. Avec le professeur Segond, il nous semble raisonnable d'admettre en principe « qu'il n'est aucune catégorie de côlites dans lesquelles le traitement chirurgical s'impose d'emblée; et l'unique indication opératoire valable est, avec la gravité du cas, l'échec avéré du traitement médical bien conduit ».

I. TRAITEMENT MÉDICAL. — 1° *Traitement diététique.* — Les malades devront être mis au repos tant physique que moral. Leur alimentation devra être surveillée, et, dans certains cas, un régime sera institué, par exemple quand il y a des troubles gastriques ou des signes de retentissement sur le grêle. Il faut alors traiter ces symptômes par un régime approprié. D'une façon générale, on instituera un régime lacto-végétarien, composé d'aliments très finement divisés et ne laissant pas de déchets, de façon à ne pas irriter la paroi intestinale; bouillies de farines de riz, d'avoine, de froment, d'orge; des pâtes, des compotes, du riz bouilli, des confitures. La constipation devra être combattue par les moyens de pratique courante, car en irritant les ulcérations elle ne peut qu'augmenter la suppuration.

2° *Traitement médicamenteux.* — Contre les hémorragies répétées, on emploiera l'émétine, le chlorure de calcium, l'extrait de garcinia. Mathieu utilisait les comprimés de Khosam. Contre les spasmes douloureux, on se trouvera bien de la belladone et des divers opiacés. Dans les côlites avec dénutrition intense, employer copieusement des injections de sérum additionné de strychnine ou d'adrénaline. Nous avons employé avec utilité l'urotropine ou le salicylate de bismuth. On a également obtenu de bons résultats avec de fortes doses de quinine (1g50).

3° *Traitement local.* — Il comprend les lavages, les méthodes endoscopiques, les pansements rectaux et les traitements électriques.

Les *lavages*, avec des solutions isotoniques simples, tièdes, à faible pression, doivent être donnés en position couchée. On doit, pour cela, se servir d'une canule à double courant ou d'une sonde en caoutchouc large, facilitant un écoulement abondant de liquide. Eviter le lavement, car il peut porter plus haut les germes de l'infection; le lavage, au contraire, laisse écouler aussitôt le liquide. Les lavages seront donnés avec soin et pendant longtemps. A la longue, ils améliorent les malades. Mais nous sommes persuadés que cette méthode n'agit que par nettoyage mécanique de la muqueuse. Aussi, bien qu'on ait conseillé de multiples antiseptiques (collargol, ichtyol, gélatine, perchlorure de fer, nitrate d'argent, bleu de méthylène, etc.), nous restons persuadés que seules les solutions isotoniques, non irritantes, de chlorure de magnésium à 11 p. 1000 (Delbet) peuvent être employées avec l'espoir d'un bon résultat.

Signalons également les petits lavements avec de l'eau contenant du kaolin, du bismuth ou de l'amidon, et aussi les lavements huileux.

Les *méthodes endoscopiques* ont l'avantage de mettre directement les médicaments en rapport avec les parties malades; mais elles ne doivent être employées qu'avec une très grande prudence, à cause de l'irritation que provoque le passage répété du rectoscope. Elles sont d'ailleurs absolument impraticables dans les cas graves, où les parties inférieures du rectum sont envahies; au contraire, elles peuvent être indiquées si la partie inférieure du rectum est intacte. Mummerey conseille les attouchements modificateurs : les applications d'acide azotique, par exemple; mais ils sont délicats à pratiquer. On pourra également utiliser des insufflations de poudres inertes, telles que le dermatol, les badigeonnages de solution de fuchsine phéniquée, ou d'autres solutions aqueuses. Les pansements rectaux à base de gélatine, ou d'agar-agar, ou plus simplement de solution mucilagineuse, pourront contenir des médicaments variés : laudanum, belladone, antipyrine, nitrate d'argent, chlorure de calcium, ichtyol, dermatol, salicylate de bismuth, oxyde de zinc, huile goménolée, etc.

Parmi les *traitements électriques*, nous rappellerons l'usage de l'ionisation au sulfate de zinc (Mummery, Bensaude et Meyer), la diathermie (qui chez un de nos malades exagérait les douleurs), ou l'emploi du thermophore cylindrique.

D'une façon générale, tous ces traitements médicaux sont applicables à toutes les variétés de rectocôlites graves, mais ils s'adressent surtout aux symptômes d'hémorragie et de suppuration.

II. TRAITEMENT CHIRURGICAL. — C'est le seul traitement curatif dans les formes sténosantes et souvent même dans les formes péritonéales. Dans les formes hémorragico-purulentes, il trouve son indication quand la vie du malade est en danger, soit par l'abondance des selles, des hémorragies, soit par l'existence d'une fièvre septique et naturellement quand tout traitement médical, appliqué avec soin et suffisamment longtemps, a échoué.

Le fait qu'on ne connaît pas l'étendue exacte des lésions entraîne une grande difficulté dans l'indication du mode de traitement chirurgical. Cependant nous avons vu que les examens aux rayons X peuvent donner, dans certains cas, des renseignements précieux.

Diverses interventions ont été proposées :

1° La *simple incision* de l'abcès qui suffit dans les péricôlites bien collectées.

2° L'*appendicostomie,* qui est une opération bénigne, peu traumatisante, et permet les irrigations intestinales, mais elle ne dérive pas le cours des matières.

3° L'*anus contre nature,* qui fait une large dérivation des matières et permet aussi les lavages du côlon. On n'oubliera pas qu'il est souvent bien difficile de déterminer le lieu précis où doit être fait cet anus (iléostomie, cæcostomie, appendico-cæcostomie, colostomie droite ou gauche, etc.). Cette opération peut amener de véritables résurrections, mais

il est bien délicat de savoir à quel moment doit être fermé l'anus artificiel; chez un malade que l'un de nous a observé, l'état s'aggravait chaque fois que l'on tentait de fermer l'anus artificiel.

4° Les *entéro-anastomoses;* elles ont donné des succès inconstants. Hartmann a obtenu des succès avec l'iléo-sigmoïdostomie, mais elle laisse subsister un vaste foyer de suppuration, et bien souvent on est obligé d'implanter l'iléon dans un côlon pelvien également malade.

5° Enfin, la *résection* partielle ou totale du côlon, qui est une intervention plus grave, mais qui cependant est le traitement de choix des formes localisées et des pseudo-tumeurs.

En résumé, une recto-côlite grave est une affection désespérante par sa longue durée et sa persistance, qui triomphent de tous les traitements employés. Le repos et le régime sont toujours de rigueur, quelle que soit la variété clinique. Les formes hémorragico-purulentes légères peuvent guérir par un simple traitement local; dans les formes plus sérieuses, on peut aussi obtenir de cette façon, à la longue, une amélioration telle que l'affection est compatible avec une vie active. Les formes ulcéreuses, menaçant l'existence, autorisent l'intervention chirurgicale. Enfin les formes péritonéales et pseudocancéreuses relèvent essentiellement de la chirurgie.

Il faut être très réservé quant à l'appréciation du résultat éloigné de l'opération, car on a signalé plusieurs fois des récidives survenues longtemps après la guérison apparente.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 16 FÉVRIER 1920)

Indice d'endurance respiratoire. — M. Jules AMAR appelle « indice d'endurance respiratoire » le rapport E de la capacité vitale au poids du corps. La capacité vitale exprime, on le sait, le volume d'air qui traverse les poumons entre l'inspiration la plus profonde et la plus complète expiration. C'est 3l50, en moyenne, chez l'homme adulte contre 2l50 chez la femme.

Un homme dont la capacité vitale est de 375 centilitres et le poids 72 kg. aura pour indice $E = \frac{375}{72} = 5{,}2$.

Ce coefficient représente la *puissance massique* du moteur vivant et son rôle est essentiel dans la dépense de force pour un exercice soutenu ou violent (sports).

La capacité vitale normale est de 5 centilitres par kilogramme de poids du corps. Au-dessous la constitution est faible. A partir de 4 il y a une affection du thorax, de la plèvre, des poumons (emphysème, tuberculose).

Mêmes constatations chez les cardiaques, à moins que le cœur n'accélère son jeu pour répondre aux besoins de l'hématose et ne dispense les poumons d'un effort supplémentaire. Ainsi l'absence ou la présence de dyspnée indiquera s'il y a tachycardie ou asystolie.

Tout indice faible, produisant un excès d'activité cardiaque, est l'origine du surmenage qui se voit chez certains athlètes.

L'indice E joue un rôle capital en éducation physique. Il permet d'utiliser rationnellement les individus. Les exercices respiratoires l'améliorent dans de larges limites.

L'évolution de la musculature de l'épisome chez les vertébrés. — M. Henri V. VALLOIS.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 1er mars. — 2e (N. R.), *Ecole pratique*, épreuve pratique d'anatomie.
5e (1re partie), *Baudelocque*, obstétrique.

Mardi 2 mars. — 2e (N. R.), *Ecole pratique*, épreuve pratique d'anatomie.
Examen récapitulatif, *Faculté*, clinique interne.

Mercredi 3 mars. — 2e (N. R.), *Ecole pratique*, épreuve pratique d'anatomie.
1er (A. R.), *Ecole pratique*.
5e (1re partie), *Hôtel-Dieu*, clinique chirurgicale. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu*, clinique interne.

Jeudi 4 mars. — 2e (N. R.), *Ecole pratique*, épreuve pratique d'anatomie.
1er (A. R.), *Faculté*, épreuve orale.
4e (A. R.), *Faculté*.

Vendredi 5 mars. — 2e (N. R.) *Ecole pratique*, épreuve pratique d'anatomie.
1er (A. R.), *Faculté*, épreuve orale.

Samedi 6 mars. — 1er (N. R.), *Faculté*, épreuve orale.
5e (1re partie), *Charité*, clinique chirurgicale. — 5e (2e partie), *Beaujon*, clinique interne.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Examens de laboratoire du médecin praticien, par le docteur GUY-LAROCHE. Préface du professeur CHAUFFARD. Un vol. de 412 p. et 117 fig., dans le texte et hors texte. — Prix : 15 francs net. — Paris, Masson et Cie.

L'Art de prescrire, par le professeur GILBERT, professeur de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine. Un vol. in-8 de 400 p. (Bibl. de thérap. Gilbert et Carnot.) — Prix : broché, 12 francs; cartonné, 16 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Guide pratique du préparateur en pharmacie, par le docteur Charles BORDIER. In-16. — Paris, Maloine et fils.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel médical. Formulaire thérapeutique, par le docteur Ernest LIOTARD (de Nice). — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

Guide pratique pour l'examen médical des aviateurs et des candidats à l'aviation, par le docteur MAUBLANC et le docteur RATIÉ, médecins du Centre d'aviation de Chartres. Préface par le docteur André BROCA. In-16 de 150 p. avec fig. — Prix (sans majorat.) : 3 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Les Psychoses cocaïniques, par le Dr H. PIOUFFLE. In-8 avec 5 pl. hors texte. — Prix : 12 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

La Sélection humaine, par Charles RICHET, membre de l'Institut, professeur de physiologie à l'Université de Paris. In-8 (Biblioth. scientif. internat.), cart. à l'angl. — Prix : 6 fr. 60. — Paris, F. Alcan.

N° 22. — MARDI 2 & JEUDI 4 MARS 1920. 93e ANNÉE. MARDI 2 & JEUDI 4 MARS 1920. — N° 22.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 15 francs par an.
Étudiants étrangers, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 6 fr. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Lecture des copies.* — *Anatomie.* — Séance du 27 février. — MM. Florand, 11; Périsson et Auvigne, 12; Cornet, 13; Wickham, 10; Lepelletier, 9; Niel, 12.

Séance du 28 février. — MM. Verger, 10; Gambillard, 12; Lestocquoy, 11; Jousseaume, 13; Bourdier, 11; Lautman, 12; Metzger, 13.

Pathologie. — Séance du 28 février. — MM. Guérin, 10; Basch, 12; Laurent (Pierre), 10; Froment, 9; Lelong (Marcel), 13; Bertrand (Yvan), 10; Dugué et Charon, 9; Hartmann et Bocage, 13.

Séance du 29 février. — M. Rémy-Néris, 11; Mlle Thivolet, 12; MM. Dujarier, 13; Perrochaud, 12; Lebée et Mme Michaux, 11; MM. Guillouet et Walter, 13; Blamoutier, 12.

HOPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Le concours pour la nomination d'un accoucheur des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. Trillat.

— SAINT-ETIENNE. — Le concours ouvert à l'Hôtel-Dieu, pour 2 places de médecin des hôpitaux de Saint-Etienne, s'est terminé par la nomination de MM. Croizier et Gonnet.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le prof. Pouchet est nommé assesseur du doyen.

— M. Langlois, agrégé, est chargé du cours d'éducation physique (subvention du ministre de la Guerre).

— M. Frey est chargé d'un cours complémentaire de stomatologie.

— M. Gastinel est nommé chef de laboratoire des maladies contagieuses.

— M. Chompret est nommé chef des travaux stomatologiques.

— M. Debré est nommé chef des travaux pratiques d'hygiène.

— M. Cléret est nommé chef du laboratoire de la clinique oto-rhino-laryngologique, à Lariboisière.

— M. Brulé est nommé chef du laboratoire de la clinique chirurgicale de Cochin.

FACULTÉS DES DÉPARTEMENTS. — LYON. — M. Nogier, agrégé, est prorogé dans ses fonctions pour l'année scolaire.

— Sont chargés des fonctions d'agrégé : MM. Sarvonat, Gravier, Fabre et Roubier.

— TOULOUSE. — Sont nommés chefs de travaux (chimie) : MM. Jarmon et Brustier.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — AMIENS. — M. Bax est chargé des fonctions de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

M. Merle suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales est nommé professeur de clinique médicale.

— M. Derome est chargé d'un cours de physique (P. C. N.).

— DIJON. — M. Paris est chargé d'un cours d'histoire naturelle (zoologie et parasitologie).

— GRENOBLE. — Sont rapportées les dispositions de l'arrêté du 16 novembre 1919, portant qu'il est ouvert devant la Faculté de Lyon, le 31 mai 1920, un concours pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie.

— MARSEILLE. — M. Corsy est chargé d'un cours de physiologie.

— NANTES. — M. Bourdille, professeur de pathologie externe, est nommé professeur de clinique ophtalmologique, en remplacement de M. Dianoux, admis à la retraite.

ÉCOLE DE PHARMACIE DE PARIS. — M. le prof. Bourquelot est nommé assesseur du directeur.

— Sont chargés de cours : MM. les prof. agrégés Tassilly (minéralogie) et Guérin (cryptogamie).

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Il est institué à Alger un dispensaire public d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse dans les conditions de la loi du 15 avril 1916.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier (à titre posthume). — MM. les docteurs : Augier (Adrien), médecin aide-major : n'a cessé depuis le

début de la campagne de faire preuve du plus grand dévouement et du mépris le plus complet du danger pour assurer la relève et le traitement des blessés. Tué, le 14 novembre 1914, à son poste de secours, par un éclat d'obus. A été cité. (*J. O.*, 5 fév. 1920.)

Camo (Seine-Henri), médecin-major : n'a cessé de faire preuve, depuis le début de la campagne, d'un grand dévouement et du mépris le plus complet du danger, pour assurer la relève et le traitement des blessés. Tué le 13 janvier 1915, à son poste de secours. A été cité. (*J. O.*, 5 fév. 1920.)

Claret (Alphonse-Paul), médecin-major de deuxième classe : médecin chef de service au 30e régiment d'infanterie, a, pendant les combats d'août et septembre 1914, montré le mépris le plus complet du danger et le souci le plus élevé de ses obligations professionnelles. Toujours au premier rang, il ne quittait le champ de bataille qu'après avoir relevé, pansé et évacué le dernier blessé. A été tué glorieusement, le 5 septembre 1915, à Taintrux, dans la maison où il soignait ses blessés. Croix de guerre avec palme. (*J. O.*, 5 fév. 1920.)

MÉDAILLE MILITAIRE. — A titre posthume : M. le docteur Montet (Elie-Jean-René), matricule 17085, sous-aide-major : médecin d'une bravoure connue de tous. Au cours des affaires de juillet, a prodigué ses soins aux nombreux blessés du bataillon. A été mortellement blessé dans l'accomplissement de son devoir. (*J. O.*, 20 fév. 1920.)

LA PROPHYLAXIE DU TYPHUS. — M. Gaudin de Vilaine, sénateur, a demandé au ministre de l'hygiène quelles mesures ont été prises pour protéger la France du typhus qui désole la Pologne et l'Ukraine comme nous le montrions récemment, et dont quelques cas isolés ont été signalés dernièrement à Paris.

Le ministre a répondu que « d'après les renseignements les plus récents, il n'existe pas d'épidémie de typhus dans les pays de l'Europe centrale immédiatement voisins de nos frontières : à peine quelques cas sporadiques en Allemagne, et qui ne constituent pas un danger pour nous. Le typhus exanthématique sévit, en revanche, en Pologne. Il pourrait être importé en France par les travailleurs émigrants polonais si des mesures strictes n'étaient prises. En dehors de celles appliquées en Pologne même au départ des contingents, toutes mesures sanitaires utiles sont pratiquées au bureau d'immigration de Toul, spécialement et exclusivement affecté aux contingents polonais. Ce bureau d'immigration, largement installé dans une ancienne caserne, comprend un service d'hygiène doté, grâce à une entente entre les administrations sanitaires civile et militaire de l'outillage sanitaire approprié. Il procède aux opérations de visite médicale, vaccination, douchage, désinsectisation et désinfection, complétées par la mise en observation des suspects ».

LES BARAQUEMENTS AFFECTÉS AUX FEMMES EN COUCHES. — L'insuffisance des maternités de Paris, qu'étudie plus loin notre collaborateur M. Laumonier, a fait l'objet d'une question écrite de M. Gaudin de Vilaine, sénateur, qui a demandé au ministre de l'hygiène d'affecter aux femmes en couches des locaux appropriés et non des baraquements précédemment occupés par des tuberculeux.

— Il n'est plus question, a répondu le ministre (*J. O.*, 28 fév. 1920), d'utiliser pour les femmes en couches des baraquements précédemment occupés par des tuberculeux. Une seule opération de cette nature avait été tentée à l'hôpital Saint-Antoine, où un baraquement de quarante lits, dûment désinfecté auparavant, sert actuellement à des femmes ayant fait une fausse couche. Mais aucune autre mesure de ce genre n'a été prise ou n'est envisagée dorénavant. D'autres dispositions permettent, en effet, d'y renoncer. C'est ainsi que : 1° une salle de quarante lits a été adjointe à la maternité de l'hôpital Lariboisière ; 2° un service de maternité de cent lits vient d'être ouvert à l'hôpital Saint-Louis ; 3° une convention passée avec l'hôpital libre Edith-Cavell (rue Desnouettes, à Vaugirard) fait bénéficier l'assistance publique de vingt lits pour accouchées dans cet établissement ; 4° enfin, le service des accouchements à domicile par les soins des bureaux de bienfaisance et avec l'assistance des sages-femmes et des médecins de ces bureaux est intensifié.

ENSEIGNEMENT DE CLINIQUE INFANTILE A L'HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — Ce cours, plus spécialement réservé aux étudiants stagiaires de 3e année, aura lieu tous les jours.

Les leçons de chirurgie infantile, sous la direction de M. le prof. Broca, le lundi et le vendredi, à 10 h. 1/2.

Les leçons d'hygiène et de clinique de la 1re enfance, sous la direction de M. le prof. Marfan, le mardi, à 10 heures, et le jeudi, à 10 h. 1/2.

Les leçons de médecine des enfants, sous la direction de M. le prof. Hutinel, le mercredi et le samedi, à 10 h. 1/2.

COURS DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE. — M. Gosset, professeur, fera sa leçon inaugurale le lundi 15 mars 1920, à 6 heures (grand amphithéâtre), et continuera son cours les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure, au petit amphithéâtre.

Programme : Affections chirurgicales de l'abdomen.

COURS DE STOMATOLOGIE. — M. le Dr Léon Frey, chargé de cours, commencera le cours de stomatologie le mardi 2 mars 1920, à 14 heures (petit amphithéâtre) ; et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

Ce cours, plus spécialement réservé aux étudiants de 5e année d'études, comportera 15 leçons théoriques avec démonstrations pratiques. Les 5 séances de travaux pratiques auront lieu à des dates qui seront ultérieurement fixées.

COURS D'HISTOLOGIE. — M. Prenant, professeur d'histologie, commencera le cours de 1re année le jeudi 4 mars 1920, à 17 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les mardis et jeudis suivants.

COURS DE PHARMACOLOGIE. — M. Tiffeneau, agrégé, commencera le cours le samedi 6 mars 1920, à 14 heures (amphithéâtre Vulpian), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

COURS. — M. Doumer, professeur à la Faculté de médecine de Lille, fera 2 leçons, les mercredis 10 et 17 mars, à 10 h. 1/2, dans le service du Dr Caussade à l'Hôtel-Dieu :

1. Action de l'énergie électrique sur la nutrition générale de l'être vivant.

2. Action décongestionnante de l'énergie électrique et orientation nouvelle de l'électrothérapie.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS DES SURSIS

M. Gaudin de Vilaine, sénateur, demande à M. le ministre de la Guerre pourquoi les militaires étudiants de la classe 1919 qui n'ont pas pu présenter, lors de leur revision, un dossier pour obtenir un sursis, ne seraient pas traités comme leurs camarades plus favorisés et autorisés à réclamer ce sursis lors de la plus prochaine revision des ajournés. (*Question du 5 février 1920.*)

Réponse. — Tous les étudiants de la classe 1919 avaient la faculté, lors de la revision de leur classe, de demander un sursis d'incorporation, valable à la cessation des hostilités. Ils ne sauraient être autorisés légalement au bout de 2 ans de service à se mettre en instance de sursis auprès des conseils de revision réunis pour l'examen d'un autre contingent. Une telle mesure serait d'ailleurs absolument incompatible avec les nécessités d'effectifs actuelles. (*J. O.*, 28 fév. 1920.)

RENSEIGNEMENTS

555. — **INTERNE EN MÉDECINE** est demandé à l'asile départemental de Dury-les-Amiens (Somme).

S'adresser au directeur.


ANÉMIE
HÉMOGLOBINE
CONSOMPTION
FER VITALISE
OXYDASES DU SANG
DESCHIENS
NEURASTHÉNIE
CONVALESCENCES

CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE

GRIPPE ET TUBERCULOSE CHEZ LES JEUNES SUJETS

Par V. HUTINEL (1).

Parmi les méfaits dont on accuse la grippe, il en est un qui semble particulièrement grave. On répète chaque jour qu'elle donne un coup de fouet à la tuberculose.

N'a-t-elle pas, du reste, une prédilection marquée pour l'appareil respiratoire; n'est-elle pas une maladie congestionnante, voisine, par plusieurs de ses manifestations, de la rougeole et de la coqueluche dont l'action tuberculisante ne fait de doute pour personne?

Mais, en médecine, il faut se méfier des formules générales. La grippe est-elle capable de faire naître la tuberculose? A vrai dire, il est possible que les muqueuses qu'elle a fluxionnées et rendues plus vulnérables se prêtent mieux que d'autres à l'ensemencement par la graine bacillaire; mais on lui reproche surtout d'aggraver, d'étendre ou de généraliser les lésions tuberculeuses.

Il est certain qu'elle mérite quelquefois cette accusation. Un foyer caséeux, pulmonaire, ganglionnaire, osseux, articulaire, etc., est, en effet, susceptible d'être modifié par une infection banale ou spécifique. Les germes virulents, provenant des tissus malades, qui lui sont apportés par le sang ou par la lymphe, déterminent parfois son ramollissement. Les bacilles enfermés dans sa gangue se trouvent ainsi libérés; ils passent directement dans le sang ou dans la lymphe qui les portent au loin, ou bien, véhiculés par les leucocytes, ils gagnent de proche en proche les parties voisines.

Il en résulte, cliniquement, soit des septicémies bacillaires plus ou moins menaçantes, telles que des typho-bacilloses, soit de véritables granulies, soit une extension des lésions tuberculeuses en activité, soit un réveil de certains foyers qui semblaient éteints. Il faut donc compter avec les poussées congestives ou inflammatoires qui naissent sous l'influence de la grippe ou des infections secondaires, dont elle s'accompagne, et qui se localisent sur les muqueuses ou sur les parenchymes sensibilisés par la tuberculose. C'est avec raison, semble-t-il, que l'on a placé la grippe parmi les maladies tuberculisantes, à côté de la rougeole et de la coqueluche, à côté aussi des catarrhes saisonniers, ces parents pauvres qui usurpent son nom et qui souvent font éclore des méningites.

Mais, si l'on veut déterminer exactement la proportion dans laquelle elle peut être convaincue de provoquer le réveil des lésions tuberculeuses, on s'aperçoit vite que le problème est loin d'être simple. Tout ce que l'on peut dire, c'est qu'elle paraît moins néfaste que la coqueluche et la rougeole. Celles-ci agissent surtout par l'intermédiaire des streptocoques, facteurs habituels de leurs complications; la grippe au contraire est aggravée surtout par les pneumocoques dont l'action est plus brutale, mais dont la vitalité est moins longue.

On pourrait invoquer une autre raison. Dans la rougeole, la cuti-réaction à la tuberculine est généralement négative; il y a anergie tuberculinique; dans la grippe, il en est autrement; mais nous ne connaissons pas encore assez les réactions de défense de l'organisme pour en faire la base d'une division logique.

Il est plus sage de chercher, dans un examen attentif des observations, comment la grippe influe sur l'évolution des tuberculoses infantiles, ganglionnaires ou pulmonaires, et de rapprocher ces faits de ce que l'on observe chez l'adulte ou même chez le vieillard dont la pathologie n'est pas foncièrement distincte de celle des jeunes sujets.

*
* *

Nombreux sont les enfants chez qui l'examen clinique, la radioscopie, la radiographie et la cuti-réaction démontrent l'existence de noyaux tuberculeux, ganglionnaires ou pulmonaires, et que la grippe atteint plus ou moins sévèrement sans raviver l'infection bacillaire. Dans ces cas, dira-t-on, les foyers tuberculeux doivent être éteints; ils sont sans doute arrivés à l'état de cicatrices fibreuses ou crétacées et dépourvus de virulence. Cette explication n'est certainement pas exacte. Les lésions caséeuses restent longtemps virulentes; d'ordinaire, celles qui se sont constituées dans les premières années de la vie tuberculisent le cobaye jusqu'à une période assez avancée de l'existence. Il est plus sage d'admettre que la fluxion grippale et les infections secondaires qui l'ont suivie n'ont été ni assez profondes, ni assez durables pour ramollir les noyaux tuberculeux et pour mobiliser les bacilles qu'ils pouvaient encore contenir.

Mais, si les foyers caséo-fibreux ne se ramollissent pas toujours, ils n'en sont pas moins capables, dans un grand nombre de cas, d'agir comme des épines irritantes, et d'être le point de départ de vasodilatations actives, avec troubles sécrétoires plus ou moins accentués, qui se révèlent souvent par des manifestations inquiétantes.

Ces réactions congestives qui peuvent faire croire au réveil des anciennes lésions sont particulièrement accentuées lorsque la sclérose pérituberculeuse a déterminé la formation d'adhérences pleurales étendues, de dilatations bronchiques, d'emphysème et de modifications cicatricielles du parenchyme pulmonaire.

Ces lésions, en temps ordinaire, restent à peu près latentes, malgré leur importance, et ne se reconnaissent habituellement que si on les recherche avec soin; mais, sous l'influence de la grippe, elles deviennent facilement le siège de poussées congestives, parfois très étendues et de sécrétions bronchiques abondantes. Alors le parenchyme pulmonaire se condense; en même temps, la sonorité du thorax diminue, les bruits respiratoires se modifient et l'auscultation fait percevoir des bruits pseudocavitaires qui éveillent forcément l'idée de cavernes pulmonaires. Ces bruits ne sont, d'ailleurs, pas

(1) Leçon du 6 février 1920.

rares au cours de la grippe; s'ils se localisent en des points où les moindres râles sont suspects, à juste titre, on croit trop facilement à une fonte tuberculeuse du poumon. Il suffirait cependant d'un peu de réflexion pour éloigner l'idée d'un ramollissement aussi rapide. D'ailleurs, si l'on peut se procurer un crachat, on n'y découvre aucun bacille. La radioscopie permet de reconnaître des lésions ganglionnaires et des zones pulmonaires plus ou moins obscures; mais ces opacités peuvent être expliquées aussi bien par des adhérences épaisses ou par du tissu cicatriciel que par des lésions bacillaires en pleine activité destructive.

Ce stade fluxionnaire des réactions paratuberculeuses est toujours le premier et souvent le seul que l'on observe. Il dure plus ou moins longtemps, l'épine tuberculeuse rendant la vasodilatation à la fois plus accentuée et plus persistante. Tant qu'il persiste, la densité et la perméabilité du parenchyme pulmonaire sont modifiées d'une manière appréciable et souvent inquiétante.

La congestion peut disparaître sans laisser de traces, mais elle peut aboutir à de véritables réactions inflammatoires, lobulaires ou lobaires, pleurales ou ganglionnaires, sans compter les réactions à distance et les phénomènes généraux. Et ces inflammations, plus encore que les fluxions, ont une évolution subaiguë, traînante qui justifie les craintes les plus vives. Ne vont-elles pas faire le lit de la tuberculose? Ne sont-elles pas capables de faciliter son extension, de l'aggraver et de la généraliser? Il faut avouer que ces appréhensions sont parfois justifiées. La grippe apparaît donc, chez les tuberculeux, toujours comme une menace, souvent comme une cause indiscutable d'aggravation.

Toutes les congestions, toutes les réactions inflammatoires, tous les réveils de l'infection bacillaire ne comportent pas le même pronostic, à plus forte raison un pronostic fatal. L'organisme qui a su longtemps résister à la généralisation tuberculeuse n'est pas définitivement privé par la grippe de ses moyens de défense; s'il semble momentanément les avoir perdus, dans la plupart des cas il les retrouve. Bien que l'on ait le droit d'être inquiet lorsque la grippe éclate chez un enfant tuberculeux, on doit toujours espérer une issue favorable.

Ces sujets peuvent, d'ailleurs, se diviser en deux groupes : dans le premier se placent ceux chez qui les lésions sont en pleine activité et s'accompagnent d'une fièvre continue à marche irrégulière; dans le second ceux dont la fièvre est nulle et dont les localisations tuberculeuses sont latentes ou arrêtées dans leur expansion.

Les premiers sont les plus menacés. La grippe est capable, en effet, de donner à l'infection bacillaire une impulsion qui ne s'arrêtera pas facilement ou qui ne s'arrêtera qu'après avoir provoqué des désastres irrémédiables. Ce sont ces poussées graves que l'on connaît le mieux, celles que l'on a toujours en vue quand on parle de l'action néfaste de la grippe sur l'évolution de la tuberculose. De celles-là je ne dirai rien que l'on ne sache. Je montrerais des enfants porteurs de foyers tuberculeux, pulmonaires ou ganglionnaires, qui, à la suite d'une grippe, ont présenté un réveil de leurs lésions, se traduisant par une fièvre plus ou moins vive, par des localisations de plus en plus étendues et quelquefois par l'explosion d'une granulie. Cas lamentables dans lesquels le médecin assiste impuissant à la marche d'un mal inexorable!

Heureusement ces faits ne sont pas nombreux, même chez les enfants très jeunes. Si l'on envisage ce qui se passe chez les malades du second groupe, on rencontre surtout des poussées plus ou moins durables qui, après avoir vivement préoccupé le médecin et lui avoir trop souvent fait porter un pronostic pessimiste, finissent par rétrocéder, en laissant de leur passage des traces plus ou moins profondes. C'est de ces cas qu'il est utile de faire ressortir l'intérêt. Si on les connaît bien on évitera des erreurs d'interprétation toujours regrettables.

*
* *

La grippe est une maladie essentiellement congestionnante. Ce sont les fluxions qu'elle occasionne qui modifient la résistance des muqueuses et des parenchymes, qui facilitent et exaltent l'activité des infections secondaires. Si l'infection grippale et les infections associées ne sont pas absolument simultanées, il n'en est pas moins difficile de déterminer la part qui revient à chacune d'elles.

En général, les congestions pulmonaires, les broncho-pneumonies ou les pneumonies qu'elles déterminent conjointement ont une évolution atypique, irrégulière, plus ou moins prolongée, et ces caractères se retrouvent chez les tuberculeux comme chez les autres. Dans un grand nombre de cas, les réactions ne se produisent souvent qu'après un répit qui a pu faire croire à une guérison, et cette particularité, loin de faire écarter l'hypothèse de la tuberculose, est plutôt de nature à la faire redouter, si on se rappelle ce qui se passe quelquefois à la suite de la rougeole.

En effet, les réveils de la tuberculose, causés par l'infection morbilleuse, ne sont pas toujours immédiats, quelle que soit d'ailleurs leur gravité. Souvent la fièvre éruptive parcourt normalement ses différents stades ; l'éruption se généralise et la fièvre tombe comme d'habitude. On peut croire le malade guéri; mais, quelques jours après, cinq ou six, en moyenne, la température remonte graduellement. Cette ascension semble d'abord peu redoutable; et l'on trouve, pour l'expliquer, quelque raison plus ou moins plausible; cependant la courbe thermique se relève et, peu à peu, on voit se dessiner les traits d'une typho-bacillose, sans localisations précises, d'une broncho-pneumonie tuberculeuse, d'une méningite ou d'une granulie.

A la suite de la grippe, on peut, quand la fièvre se rallume, redouter une évolution pareille chez les enfants suspects de tuberculose; mais en général, ce sont les poussées fluxionnaires ou inflammatoires, causées par des infections secondaires, pneumococciques ou autres, qui sont responsables de cette recrudescence; elles ne se font d'ailleurs pas attendre aussi longtemps. Entre la chute et le relèvement de la température, l'intervalle n'est souvent que d'un, deux ou trois jours. Le fait est assez commun pour

qu'il soit sage de ne pas perdre de vue un tuberculeux atteint de grippe dès que sa fièvre est à peu près tombée. Souvent, c'est après plusieurs jours d'une guérison apparente qu'apparaissent des manifestations qui, si elles n'aboutissent pas fatalement à un désastre, sont cependant capables de causer de vives inquiétudes.

Ces manifestations sont constituées surtout par des congestions ou par des inflammations banales; les réactions tuberculeuses proprement dites étant beaucoup moins communes. Il n'est pas toujours facile d'établir une distinction entre les simples fluxions et les broncho-pneumonies ou les pneumonies; et ce n'est qu'après un certain temps que l'on peut déterminer exactement la part de la tuberculose. Ces processus ne se présentent d'ailleurs pas avec les mêmes caractères aux différentes périodes de l'enfance.

Chez les sujets très jeunes, la tuberculose est surtout ganglionnaire; chez les plus grands, comme chez les adultes, elle est plutôt pulmonaire. Il en résulte, dans le tableau symptomatique, des différences qu'il est utile de faire ressortir.

*
* *

Un enfant, au-dessous de trois ans, porteur d'une adénopathie médiastine tuberculeuse est plus exposé qu'un autre aux bronchites locales, aux congestions pulmonaires ou aux broncho-pneumonies, dès qu'il est atteint d'une infection des voies respiratoires, banale ou spécifique.

Ces réactions fluxionnaires ou inflammatoires ont d'ailleurs des sièges variables, en rapport, sans doute, avec la situation des ganglions malades; elles sont préparées par les lésions nerveuses, par les troubles circulatoires et les compressions bronchiques qui font de certaines parties du poumon des points de moindre résistance.

Souvent elles se montrent autour du hile où la respiration prend un timbre soufflant et où les râles se localisent. Dans d'autres cas, elles prédominent aux bases qui, du reste, sont irrégulièrement atteintes. Il n'est pas rare qu'elles occupent l'un des sommets. Bien qu'elles soient sous la dépendance d'une lésion tuberculeuse des ganglions, elles restent souvent banales; mais, même dans ces cas, elles ont fréquemment une évolution traînante et une marche irrégulière, atypique, qui préoccupe le médecin. Quand elles se fixent et prennent une allure chronique, leur signification devient tout autre. L'état du malade ne tarde pas alors à s'aggraver, d'autres localisations tuberculeuses apparaissent et l'enfant finit par succomber à une méningite ou à une granulie. Il est donc certain que si la présence des ganglions tuberculeux contribue à faire naître et à entretenir les fluxions et les inflammations grippales, celles-ci, à leur tour, peuvent aggraver et généraliser l'infection tuberculeuse.

Plus l'enfant est jeune, moins est grande sa résistance à la tuberculose; une grippe est toujours redoutable chez un nourrisson dont la cuti-réaction est positive, surtout si les conditions hygiéniques dans lesquelles il est placé sont défectueuses. A l'hôpital, cet enfant a peu de chances de survivre longtemps.

On comprend que les bronchites locales, caractérisées par des râles à grosses bulles et surtout les broncho-pneumonies soient plus inquiétantes que les simples fluxions. Dans la grippe, ce qui caractérise ces manifestations, c'est l'irrégularité de leur évolution, l'allure intermittente ou rémittente de la courbe thermique, dont les oscillations impressionnantes se reproduisent plusieurs jours de suite, jusqu'au moment où se forment de gros foyers pneumoniques, autrement dangereux que de simples poussées fluxionnaires. La répétition de ces poussées ne permet pas, de suite, d'affirmer la nature tuberculeuse des lésions; elle est plus grippale que bacillaire; mais, si elle persiste et si des foyers d'induration se forment on ne peut guère rejeter l'idée de la tuberculose. Chez le petit enfant, l'épreuve de la tuberculine a, en pareil cas, une réelle importance. Négative, elle ne compte guère, car les nourrissons tuberculeux, très déprimés, ne réagissent pas toujours; positive, elle prouve l'existence d'une infection qui, à cet âge, a peu de chances de s'arrêter. La radioscopie et la radiographie donnent aussi de précieux renseignements.

Cependant l'histoire clinique de la tuberculose pulmonaire des nourrissons est loin d'être aussi avancée que celle des enfants plus grands.

*
* *

L'histoire de ceux-ci est particulièrement intéressante. Sans doute, chez eux, les réactions à la tuberculine sont si fréquemment positives qu'elles n'ont plus qu'une médiocre importance; par contre, l'examen clinique donne des résultats plus précis. On peut observer des réactions fébriles, des troubles fonctionnels, des symptômes locaux et des phénomènes généraux qui permettent, sinon d'affirmer, du moins de soupçonner l'existence d'adénopathies médiastines ou de lésions pulmonaires.

D'autre part, les renseignements fournis par la radiographie conservent toute leur valeur. On sait donc, dans la plupart des cas, que les enfants ont été touchés par la tuberculose ou qu'ils sont suspects et, si une grippe intervient, on les examine avec d'autant plus de soin que l'on est moins rassuré sur leur compte.

Or, chez ces sujets, dont la résistance est déjà plus grande, aussi bien que chez les petits, qui sont plus vulnérables, les complications pulmonaires de la grippe sont certainement plus communes que chez les malades indemnes de toute tare tuberculeuse. Dans les familles nombreuses ou dans les agglomérations d'enfants, c'est chez eux que l'on voit se produire les congestions pulmonaires, les broncho-pneumonies, les pneumonies ou les pleurésies, la présence des foyers tuberculeux rendant moins résistants les différents organes de l'appareil respiratoire.

Mais, ces manifestations ne sont pas remarquables seulement par leur fréquence; souvent leurs caractères cliniques, leurs localisations et leur évolution les rendent d'autant plus inquiétantes que l'on

n'ignore pas l'existence des foyers tuberculeux susceptibles d'être rallumés par la grippe. Elles se présentent surtout dans les points de prédilection des localisations tuberculeuses et sont presque toujours modifiées dans leurs allures par le voisinage de ces lésions, si bien que, dans la plupart des cas, on se défend à grand'peine de croire à des réactions bacillaires.

Les congestions, les bronchites locales, les inflammations pulmonaires et les pleurésies se traduisent souvent par des symptômes anormaux; particulièrement par des signes pseudocavitaires; il se pose donc fréquemment un problème clinique d'autant plus intéressant qu'il a une grande portée pratique. Il n'est certes pas indifférent, pour un médecin qui a cru pouvoir affirmer une fonte tuberculeuse du poumon, de voir les lésions s'améliorer et guérir en quelques semaines, car les familles pardonnent difficilement ces erreurs de pronostic. Il faut donc se rappeler que, si la grippe ne provoque pas souvent une explosion tuberculeuse, il n'est pas rare qu'elle la simule, et tous les médecins ont pu le constater.

Les processus congestifs, chez les enfants de quatre à douze ans, peuvent se localiser à la base des poumons. Dans ces cas, s'ils ne durent pas trop, ils sont peu alarmants. Le doute commence s'ils se compliquent de réactions pleurales ou de symptômes cavitaires. C'est ce qui s'est produit dans les cas suivants :

Observation I. — Un garçon de huit ans, qui présente depuis plusieurs années les signes d'une grosse adénopathie médiastine, plus accentuée à gauche qu'à droite et qui a été atteint à plusieurs reprises de congestions pulmonaires, est pris, en même temps que ses frères et sœurs, de grippe avec légère otite. Après quatre jours de fièvre, la température tombe et on le croit guéri. Deux jours plus tard, le thermomètre remonte à 40 degrés et l'enfant se plaint d'une douleur au côté gauche et dans l'abdomen. Submatité à la partie moyenne et à la base du poumon gauche, râles sous-crépitants et léger souffle. Les jours suivants, la respiration est de plus en plus faible, on perçoit des frottements superficiels. Bientôt on entend un souffle aigu, de l'égophonie et on constate l'existence d'un épanchement pleurétique qui remonte jusqu'à l'épine de l'omoplate. La température oscille pendant neuf jours entre 39°7 et 40°4; puis elle descend en deux jours, à 38 degrés. Pendant ce temps, l'épanchement pleural se résorbe rapidement.

Tout, chez cet enfant, pouvait faire croire à une congestion pleuro-pulmonaire de nature bacillaire, sauf la température qui était trop élevée; pourtant il s'agissait d'une infection pneumococcique, qui n'exerça aucune action nuisible sur l'ancienne adénopathie.

Dans le cas suivant, il était encore plus difficile de ne pas songer à une grosse lésion tuberculeuse. Il est vrai que les lésions siégeaient surtout à la base; mais, chez les jeunes sujets, cette localisation n'est pas absolument exceptionnelle.

Obs. II. — André K..., neuf ans, nous est amené le 13 janvier, parce qu'il tousse et semble très malade.

Son père et un de ses frères ont été tuberculeux; il tousse lui-même tous les hivers et a été atteint de plusieurs bronchites graves. Il est malade depuis deux mois. Il a peu de fièvre; mais la cuti-réaction est positive et l'état général est médiocre. On trouve des ganglions suspects au cou et des signes d'adénopathie médiastine. A la base du poumon droit, signes pseudocavitaires : souffle, râles humides, matité. S'agit-il d'une pneumonie en résolution, d'une caverne pulmonaire ou de dilatations bronchiques? On peut, le lendemain, obtenir un crachat qui ne renferme que des pneumocoques et pas de bacilles. Les signes cavitaires s'atténuent peu à peu; maintenant ils ont à peu près disparu et l'enfant a engraissé de deux kilos.

La localisation des congestions ou des bronchites grippales à la partie moyenne du poumon et autour du hile n'est pas plus rare chez les enfants déjà grands que chez les nourrissons; mais elle est généralement plus étendue et moins significative que chez ces derniers.

Plus intéressantes sont celles qui prédominent au sommet d'un des poumons. Certes, la pneumonie du sommet est commune chez l'enfant; il n'en est pas moins vrai que l'apparition d'un foyer congestif et de râles humides sous la clavicule et dans la fosse sus-épineuse, à la suite d'une simple atteinte de grippe, alors que le reste des poumons ne présente que de vagues sibilances, cause toujours une surprise désagréable. Souvent, en pareil cas, la fluxion est en rapport avec la présence de ganglions qui ont modifié l'innervation et la circulation de l'organe et qui, parfois, ont comprimé les bronches. Ces ganglions sont généralement tuberculeux; on a donc le droit de se demander si le poumon, lui aussi, n'est pas en train de s'infiltrer.

Obs. III. — Un garçon de sept ans et demi, atteint, à l'âge de deux ans, d'une entérocolite des plus graves, dont il a guéri lentement, présente depuis longtemps déjà des signes d'adénopathie médiastine. Pris de grippe, en même temps que ses frères, il guérit rapidement, du moins en apparence. Deux jours après la défervescence, la température remonte à 40 degrés. On ne découvre d'abord, pour expliquer cette fièvre, ni localisation pulmonaire, ni réaction pleurale; mais la courbe thermique oscillant depuis plusieurs jours entre 39°4 et 40°2, on finit par percevoir un souffle doux, avec des râles sous l'aisselle et sous la clavicule. Souffle et râles s'accentuent peu à peu les jours suivants et on commence à s'alarmer. Cependant, après une quinzaine de jours la température descend peu à peu, les symptômes locaux s'atténuent et la guérison se dessine. Cinq semaines après, l'enfant a augmenté de 800 grammes; mais il garde une petite suppuration d'oreille ravivée par la grippe.

Quel a été, dans ce cas, le rôle de la tuberculose? Elle a appelé et fixé la congestion grippale sur les tissus voisins des ganglions malades, mais il est probable que l'infection secondaire qui l'a suivie ne laissera pas beaucoup de traces de son passage.

Il y a des cas où le problème est encore plus difficile.

Obs. IV. — Voici un homme jeune. Atteint autrefois d'une pleurésie et d'une bronchite suspecte, il a guéri et il est devenu vigoureux, du moins en apparence. Un jour, après quelques fatigues et une légère atteinte de grippe, il a été pris d'une hémoptysie. Peu de signes cependant à l'auscultation et presque pas de fièvre. Trois jours après, la respiration était affaiblie, la transsonance modifiée, la sonorité et les vibrations diminuées, au sommet gauche, surtout en arrière et on percevait quelques râles dans la fosse sus-épineuse. Huit jours plus tard, les signes étaient tout différents : le

sommet gauche restait congestionné, mais les râles étaient plus nombreux et plus éclatants; d'autre part le sommet droit était pris, en avant, sur une étendue de trois travers de doigt.

N'était-ce pas là l'indice d'une poussée tuberculeuse, subaiguë et menaçante? On pouvait le craindre. Pourtant la fièvre était nulle : pas de toux, pas d'expectoration, digestions bonnes, appétit et état général excellents. Ne s'agit-il pas d'une congestion pérituberculeuse, plutôt que d'une infiltration véritable? Est-ce l'élément grippal qui a causé cette fluxion, ou l'élément bacillaire? On va suivre avec anxiété l'évolution du mal, mais j'espère qu'il s'agit seulement d'une congestion passagère.

C'est surtout dans les cas où le sommet du poumon a été transformé en tissu cicatriciel, soit par une lésion tuberculeuse, ce qui est le cas le plus habituel, soit par une broncho-pneumonie banale ou par d'anciennes adhérences pleurales, que la grippe est capable de provoquer des manifestations troublantes.

Obs. V. — Une fillette de douze ans et demi est apportée, le 30 janvier 1919, dans un état assez grave.

Elle est née de parents bien portants; mais, habitant les pays envahis, elle a beaucoup souffert pendant l'occupation allemande. Elle toussait peu, cependant, mais ses digestions étaient capricieuses et irrégulières.

Le 24 décembre elle fut prise de grippe. Le lendemain, elle toussait en quintes; on crut à une broncho-pneumonie et on couvrit la poitrine et le dos de cataplasmes sinapisés qui firent d'affreuses brûlures.

C'est dans cet état qu'on l'amena à l'hôpital. On trouva des râles à grosses bulles et du souffle au sommet droit, des râles plus fins à gauche; grosse fièvre : 40°,2, dyspnée, abattement. Les jours suivants, les râles persistant, l'état général étant mauvais, on me présenta l'enfant comme atteinte de tuberculose cavitaire. Il était difficile de faire un autre diagnostic si l'on se contentait de l'examen local rendu très pénible par les brûlures. Cependant l'état général et les symptômes locaux s'amélioraient peu à peu.

Maintenant l'enfant se nourrit, engraisse et les traces de la lésion du sommet s'effacent de jour en jour.

L'examen radioscopique montre une grosse adénopathie médiastine et une obscurité assez étendue du sommet droit.

Ces manifestations inquiétantes ne sont pas rares chez les anciens tuberculeux, dont le sommet du poumon est remplacé par un tissu cicatriciel.

Obs. VI. — Je donne des soins, depuis de longues années, à une demoiselle dont le frère a été emporté par une phtisie subaiguë et qui a été atteinte elle-même d'une tuberculose du sommet droit. Cette lésion, longtemps et méthodiquement traitée, a guéri. Un jour, la malade fut atteinte de grippe. On ne perçut, d'abord, qu'une certaine faiblesse du murmure vésiculaire, au sommet; mais, une dizaine de jours après, on entendait, sous la clavicule et dans les fosses sus et sous-épineuses droites, de grosses bulles humides et une respiration soufflante qui auraient pu faire croire à un réveil menaçant de l'ancienne lésion. Quelques semaines plus tard, presque tous ces bruits avaient disparu. Depuis des années, le mal n'a présenté aucun retour offensif.

Il serait facile de multiplier les observations de ce genre. Je ne citerai que celle-ci.

Obs. VII. — Je voyais, en 1892, une dame de quatre-vingt-deux ans qui semblait avoir eu une superbe santé. Elle avait été atteinte de grippe. On entendait, au sommet, de son poumon droit des bruits cavitaires qui, après m'avoir préoccupé quelques semaines, finirent par disparaître. Cette dame m'avoua qu'à l'âge de vingt ans elle avait eu une hémoptysie, qu'elle avait été soignée assez longtemps et qu'elle était allée aux Eaux-Bonnes pour achever une guérison qui paraît avoir été définitive.

Ces fluxions des sommets, accompagnées d'hypersécrétion et souvent de dilatations bronchiques, semblent se présenter avec une netteté toute particulière à la suite de la grippe; mais, il ne faudrait pas croire qu'elles fussent propres à cette maladie. Elles constituent, en réalité, un phénomène banal que l'on observe souvent au cours d'un simple catarrhe et que j'ai constaté plusieurs fois chez des sujets qui après avoir été guéris d'une atteinte tuberculeuse présentaient une légère irritation de leurs muqueuses. On s'en inquiète surtout quand on ignore les antécédents des malades et quand on n'assiste pas à leur apparition. La rapidité avec laquelle elles se montrent défie toute fonte caséeuse, si active soit-elle. D'ailleurs, en général, elles ne s'accompagnent pas de symptômes aussi graves qu'une tuberculose cavitaire et les crachats, quand on peut en obtenir, ne renferment pas de bacilles.

Que faut-il conclure de cette longue discussion? D'abord, que la grippe, comme la rougeole, la coqueluche ou les simples catarrhes, est capable, dans certains cas, de rallumer un foyer tuberculeux incomplètement éteint; mais que cette reviviscence de l'infection bacillaire, chez les grippés, bien qu'elle soit incontestable, n'en est pas moins assez exceptionnelle.

Ensuite, que le mauvais renom de la grippe, en tant que maladie tuberculisante, est dû, en partie, aux fluxions qu'elle occasionne. Celles-ci, quand elles sont appelées en un point du poumon, altéré dans sa structure par une sclérose cicatricielle, modifient à leur tour la perméabilité et la consistance du parenchyme, augmentent la sécrétion des bronches et font ainsi apparaître des signes dont on peut s'inquiéter mais qui disparaissent généralement sans laisser beaucoup de traces.

Quand le médecin rencontre des manifestations de ce genre, il doit se garder de porter, de suite, un pronostic fatal; il doit s'entourer de tous les renseignements qu'il peut recueillir, faire des réserves et suivre l'évolution de la maladie. En général, il ne tarde guère à être fixé sur la gravité qu'il faut lui attribuer.

ACTUALITÉS

LA NATALITÉ PARISIENNE ET LA LOI DE RÉCUPÉRATION

En France, nous nous laissons toujours surprendre par les événements. Trop de faits récents, et des plus poignants, le prouvent pour qu'il soit nécessaire d'insister sur ce point. Néanmoins, je crois bon d'appeler l'attention sur ce qui vient de se passer à Paris, afin que, par ailleurs, nous prenions nos précautions en conséquence.

* * *

L'effroyable mortalité causée par quatre ans de

guerre et par l'épidémie de grippe en 1918 a causé dans la population française un vide d'autant plus inquiétant que sa natalité est très faible et arrive tout juste à compenser les décès. A plusieurs reprises, avant 1914, les statistiques annuelles ont même constaté un excédent des décès sur les naissances. Or, en présence surtout des difficultés de l'heure actuelle, cette diminution du nombre des Français nous expose à un double risque : celui de n'être pas assez forts pour imposer à l'Allemagne l'accomplissement de toutes ses obligations et pour maintenir notre situation économique dans le monde, condition de notre prospérité et de notre bien-être — et celui d'être envahi par des étrangers divers, conséquence de la dépression démographique agissant alors comme le ferait un appel d'air et qui entraînerait, si cet envahissement était trop brusque et trop considérable, une véritable dénationalisation. Aussi tous les bons Français, tous ceux qui tiennent au sol et aux traditions, qui ont foi dans l'avenir et les destinées du pays, se sont-ils mis à prêcher, avec beaucoup d'éloquence et d'excellents arguments, la fécondité des ménages. Gouvernement, parlement, magistrats, savants et écrivains ont objurgué les familles de sacrifier leur égoïsme dangereux et de donner à la patrie des enfants de plus en plus nombreux, et l'on a même vu un ministre organiser un conseil supérieur de la natalité qui a l'air de vouloir travailler et faire œuvre utile et pratique.

Ceux qui ont mené cette juste croisade avaient-ils confiance dans l'efficacité de leurs efforts? Il faut l'espérer, car c'est la foi qui confère à l'apôtre sa puissance de conversion. Peut-être y eut-il quelque doute. Tant de gens, avant la guerre, clamèrent en vain qu'il semblait permis de ne pas s'attendre à un changement brusque et heureux de nos mœurs! Du moins aucune mesure ne fut arrêtée en vue de l'effet que la propagande pouvait produire.

La surprise fut donc grande, à Paris, quand, à partir du milieu de l'année dernière, on constata un relèvement progressif de la natalité. Les gens bien informés souriaient et affirmaient que les soldats alliés et associés étaient pour beaucoup dans l'affaire, et si, sans repousser complètement leur argument, on leur objectait que cependant la proportion des illégitimes demeurait à peu près la même, ils répondaient, d'un air entendu, que le pavillon couvre la marchandise. Quoi qu'il en fût, au surplus, la natalité continuait à croître, et, en décembre 1919 et janvier 1920, elle atteignit des chiffres qu'on n'avait pour ainsi dire pas vu jusqu'ici. En décembre, elle dépassa 4.000, et 5.000 en janvier, chiffres de beaucoup supérieurs aux moyennes correspondantes de 1913-1914. On assista alors à un spectacle lamentable. Accoucheurs et sages-femmes se voyaient débordés; les maternités et les maisons d'accouchement, plus que combles, devaient renvoyer les malheureuses femmes qui venaient solliciter leur hospitalisation. Malgré son dévouement, le personnel surmené ne pouvait pourvoir à tout, et, les conditions hygiéniques fléchissant, la mortalité des femmes en couches s'éleva, aussi celle des nourrissons entassés dans des berceaux ou dépourvus à domicile, faute de place ailleurs, des soins nécessaires. Ce fut un moment pénible.

*
* *

Evidemment, l'Assistance publique n'avait rien prévu; elle n'avait du reste reçu, autant que je le sache, aucune directive à ce sujet. Chez nous, gouvernement et administration pratiquent volontiers la formule : « Laisser faire et voir venir. » C'est ce que l'on appelle le système D. Il ne réussit pas toujours, et, en tout cas, ne répare jamais les pertes que cause l'imprévoyance, nous l'avons durement éprouvé. Pourtant, on doit rendre cette justice à l'Assistance publique qu'elle s'est rapidement débrouillée. Son directeur, M. Mesureur, a bien voulu me donner quelques renseignements sur les mesures maintenant prises. Non seulement les maternités existantes ont été agrandies, mais on en a créé de nouvelles, notamment à l'Hôtel-Dieu, où 300 lits ont été installés dans les locaux de l'hôpital belge, à Saint-Louis et ailleurs encore, de telle sorte que, même si la natalité continuait à augmenter, on n'aurait à craindre ni l'encombrement ni le désarroi auxquels nous avons assisté.

Il n'en reste pas moins vrai que les événements, encore une fois, nous ont dépassé, et c'est là-dessus qu'il convient de s'arrêter. Quelle part a eu, dans la multiplication du nombre des naissances, la propagande en faveur de la repopulation? On l'ignore, mais il est probable, toutes choses bien considérées, qu'elle est relativement petite. Seulement on a oublié de tenir compte d'une loi biologique qui s'exerce aussi bien chez l'homme que chez les animaux et les végétaux. Quand une espèce a été soumise à une cause de raréfaction, froid, sécheresse, humidité, épidémie, etc., la fécondité des individus survivants tend à s'accroître sensiblement, comme si l'espèce cherchait à récupérer son équilibre numérique. De ce fait, CAMPER, BUFFON, AUDOUIN, DAUBENTON, VIC D'AZYR avaient déjà cité des exemples qu'ont confirmé et étendu les observations de DARWIN, de MARSCHALL, de WALLACE et d'autres savants contemporains. L'homme n'échappe pas à cette obligation, malgré sa volonté de restriction, parce qu'il y a toujours un moment d'oubli ou une impulsion irrésistible dont, si j'ose dire, la nature profite. C'est pourquoi, après les grandes calamités, épidémies, guerres, révolution, on voit toujours la natalité s'élever, et parfois à un taux inattendu. Pour nous borner à la France, rappelons avec BORDIER que, après la Terreur et surtout pendant le Consulat, le nombre des naissances augmenta et dépassa le chiffre des années de l'ancien Régime; il en fut de même au début de la Restauration et après la guerre de 1870. Malgré une perte de 2 millions d'habitants, la natalité, qui était de 940.000 en 1868-1869, monta à 970.000 en 1872-1875, ce qui équivaut à une augmentation de près de 100.000 naissances. Une autre preuve est apportée par l'histoire de l'Allemagne après la guerre de Trente ans, laquelle, on le sait, dévasta et dépeupla le pays. De l'entrée en jeu de cette loi il eût été prudent de se préoccuper et de prendre les mesures qu'elle comporte, puisque, aussi

bien, elle semble agir avec une force proportionnelle à l'intensité de la destruction, mais il est probable que gouvernants et administrateurs l'ignoraient, ou que, s'ils ne l'ignoraient point, ils ne lui attachaient aucune importance.

Je ne connais pas encore les résultats statistiques de la Province et ne sais pas, par conséquent, s'ils concordent avec ceux de Paris. Les quelques données qui sont en ma possession se montrent très encourageantes, mais leur petit nombre ne permet pas d'en tirer une conclusion générale. Tout ce qu'on peut dire, c'est que, dans les grandes villes, Lyon, Marseille, Bordeaux, on a constaté la même progression, un peu moins marquée cependant. La question qui se pose maintenant, et elle a une haute importance, est celle de savoir si cet accroissement de la natalité sera durable. Malheureusement, les faits biologiques et démographiques ne portent pas à le croire. Cette poussée reste ordinairement passagère; elle se prolonge plus ou moins longtemps suivant les espèces, mais, chez l'homme, elle ne dépasse guère 4 à 6 ans. Il semble que, sitôt l'équilibre numérique acquis, elle s'atténue, puis cesse après quelques oscillations; cet équilibre numérique, que traduit la densité kilométrique, subit au surplus l'influence de facteurs multiples, parmi lesquels il faut citer l'exploitation des richesses du sol, le développement industriel, les précautions hygiéniques, l'état de la moralité. Tandis que notre emprise est bien faible à l'égard de la loi de récupération elle-même, nous pouvons et nous devons agir sur ces divers facteurs afin de prolonger l'effet de cette loi et de maintenir la population de la France à la hauteur de ses devoirs et de son rôle historique.

J. LAUMONIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 24 FÉVRIER 1920)

L'encéphalite léthargique. — M. NETTER se demande s'il faut conserver cette dénomination d'encéphalite léthargique ou, selon la proposition de M. Chauffard, la remplacer par celle d'encéphalite épidémique. M. Netter rappelle avoir, dès mars 1918, proposé de conserver à cette maladie le nom d'encéphalite léthargique, l'état léthargique ayant paru être le symptôme dominant chez les 4 premiers malades observés, à cette époque, par M. Netter. En effet, le premier malade était un enfant qui avait présenté des convulsions, de la céphalée et de la somnolence. Une ponction lombaire a donné un liquide clair. Le second malade, présentant également de la somnolence, avait été considéré comme atteint de méningite tuberculeuse. Ponction lombaire donnant un liquide clair. On pensa alors à un tubercule cérébral ou cérébelleux. C'était encore une encéphalite léthargique. Le troisième malade, âgé de 50 ans, avait été regardé comme affecté d'une fièvre typhoïde. Le sérodiagnostic ayant été négatif, on fit une ponction lombaire et les symptômes de céphalée et de somnolence persistant, on reconnut une encéphalite léthargique.

La qualification d'encéphalite épidémique proposée par M. Chauffard n'est pas, aux yeux de M. Netter, sans inconvénients. D'abord il y a des cas sporadiques. M. Netter préfère lui conserver le nom d'encéphalite léthargique, comme correspondant mieux à la symptomatologie.

M. CHAUFFARD, tout en rendant justice à M. Netter pour l'appoint important qu'il a apporté à l'histoire de cette maladie, continue à critiquer l'épithète de léthargique à laquelle il préfère celle d'épidémique. Il faut attendre, d'ailleurs, de mieux connaître encore cette forme d'encéphalite pour lui donner son vrai nom. Il reste encore bien des points à étudier.

Nous devons rapprocher de cette discussion une communication de M. GUILLAIN sur le même sujet. Chez 6 malades atteints d'encéphalite léthargique, M. Guillain a étudié les modalités réactionnelles des diverses variétés des réflexes. Il a constaté l'abolition des réflexes tendineux des membres supérieurs et inférieurs avec conservation des réflexes cutanés. Cette constatation a une certaine valeur au point de vue du pronostic.

Gestation et accouchement quadruple. — M. PINARD communique la curieuse observation de 4 enfants, âgés aujourd'hui de 5 ans et qui sont nés dans les conditions suivantes. La sage-femme et le médecin qui ont procédé à l'accouchement de leur mère ont fait preuve d'expérience, de sagacité et de dévouement. La sage-femme avait reconnu une gestation multiple. Le travail dura deux jours. Quand la dilatation fut complète, on reconnut qu'il s'agissait d'une présentation du sommet. On appliqua le forceps et on amena un premier enfant bien constitué ; 20 minutes après, une seconde poche fut rompue et un second enfant se présenta par le siège; une troisième poche se rompit et un troisième enfant se présenta également par le siège; enfin rupture d'une quatrième poche et présentation d'un quatrième enfant par le sommet. Après ce quadruple accouchement, il y eût une hémorragie qui nécessita une délivrance artificielle. On put extraire un placenta unique avec 4 poches distinctes. On fit une injection intra-utérine d'eau très chaude, l'hémorragie s'arrêta. Les 4 enfants pesaient le premier 1.900 g., le second 1.950 g., le troisième 2.000 g. et le quatrième 2.100 g. Grâce au dévouement des parents, du médecin et de la sage-femme, ces enfants reçurent tous les soins désirables. Ils ont aujourd'hui 5 ans et jouissent d'une parfaite santé.

Exploration des points abdominaux douloureux par le procédé du martelage. — M. HAYEM a fait construire, par M. Colin, un marteau spécial permettant d'imprimer un choc dont, grâce à une tige intérieure graduée, on peut mesurer exactement l'intensité; on peut ainsi exercer un martelage gradué qui permet de déceler très nettement les points fixes douloureux intraabdominaux, qu'il s'agisse de la région appendiculaire, du foie, de la vésicule biliaire, du plexus solaire ou de différents points de l'estomac.

Le soufre dans les tissus cancéreux. — M. ROBIN fait une communication sur ce sujet.

Application de la méthode expérimentale à l'étude du sang. — M. LETULLE fait un rapport sur un travail de M. Normet.

Dans le sang circulant existent trois éléments que charrie le sérum : le globule blanc; le globule rouge et le globulin; les deux premiers, vecteurs essentiels de vie et éléments de défense dont nous connaissons bien les fonctions ; le troisième, sur le compte duquel nous sommes très ignorants puisque nous ne connaissons ni son origine ni son devenir.

On comprend la gravité du problème posé par M. Normet, médecin des troupes coloniales.

Après un grand nombre d'observations sur le sang des ypérités et d'expériences poursuivies à l'Institut Pasteur, M. Normet est arrivé à conclure que le globule blanc mononucléaire est capable de produire directement ou par l'intermédiaire du globulin des éosinophiles et des globules rouges et qu'il est vraisemblablement le générateur de toutes les cellules sanguines.

M. Normet appuie sa démonstration sur trois expériences différentes.

Dans son expérience la plus saisissante, l'expérimentateur s'adressant au globule blanc extrait de la cavité péritonéale du cobaye en montre les transformations successives prises sur le vif à l'état frais. On voit les métamorphoses progressives du leucocyte s'entourant d'une auréole de bourgeons qui ne sont autres que des globulins. Puis on assiste à la

transformation du globulin en éosinophile ou en globule rouge nucléé et enfin en globule rouge normal.

Parmi les nombreuses hypothèses qui ont eu cours sur ce sujet, hier encore très obscur, l'Ecole française avait toujours donné sa préférence à la doctrine uniciste en ce qui concerne l'origine des cellules sanguines, contrairement à l'Ecole allemande qui soutenait avec Ehrlich l'origine spécifique de chaque élément du sang.

M. le prof. Hayem avait même déjà soutenu la thèse que les hématies provenaient des globulins qu'il avait appelés des hématoblastes.

Avec les travaux de M. Normet nous entrons dans une voie nouvelle en appliquant la méthode expérimentale à l'étude du sang. Puisse cette voie être féconde en nouvelles découvertes sur le précieux liquide dont le rôle de défense est si important dans la plupart des maladies qui accablent notre pauvre humanité.

Le bouton d'Orient en France. — M. Ravaut communique le premier cas de bouton d'Orient observé en France. Il a été causé par une piqûre de moustique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 25 février 1920)

La décompression dans les fractures du crâne. — M. Auvray n'a jamais pratiqué la trépanation décompressive dans les fractures de la base du crâne. Il se contente de désinfecter soigneusement la plaie cutanée, la cavité nasale, et il a recours toujours à la ponction lombaire. En 1912, à l'hôpital Broussais, il a observé 7 cas de fractures du crâne. Cinq ont été soignés par ce traitement et ont guéri, 2 ont été trépanés et sont morts. En 1913, 10 cas de fractures craniennes : 3 ont été trépanés, 2 morts et 1 guérison ; 7 traités médicalement, 6 guérisons et 1 mort. En 1919, à Laënnec, 12 fractures de la base, dont 3 cas légers, aucun de ces malades n'a été trépané, tous ont eu des ponctions lombaires, tous ont guéri. Dans ces 12 cas, le traitement médical, la désinfection des cavités voisines et les ponctions lombaires plus ou moins multipliées selon les cas, ont suffi pour amener la guérison. Faut-il conclure qu'on n'aura jamais à pratiquer la trépanation décompressive? Telle n'est pas l'opinion de M. Auvray. Mais il pense que les indications de cette intervention sont devenues d'une extrême rareté, depuis surtout qu'on a la ressource de la ponction lombaire.

Ligature des gros vaisseaux fémoraux. — M. Auvray fait un rapport sur 3 observations adressées par M. Tissot (de Chambéry) qui, dans 3 cas, a dû recourir à la ligature de la fémorale au-dessous de l'arcade crurale pour des hémorragies graves. Dans ces 3 cas, la ligature n'a été suivie d'aucun trouble circulatoire, d'aucun phénomène de gangrène.

M. Lenormant estime que les accidents sont très rares, quand on a fait une ligature très aseptique. Il a dû, chez un lieutenant qu'il a opéré d'une appendicite suppurée et chez lequel il a dû passer un drain abdomino-crural, ce qui a déterminé une blessure de la fémorale profonde, faire la ligature de l'iliaque externe. Ce malade a très bien guéri et n'a eu aucun trouble circulatoire.

M. Delbet a constaté des troubles circulatoires assez graves 3 ans après la ligature de la fémorale superficielle.

M. Ockinczyc a pratiqué 4 ou 5 ligatures de la fémorale profonde au-dessous du triangle de Scarpa et n'a pas constaté de troubles circulatoires consécutifs.

M. Baudet estime que les résultats de ces ligatures des gros vaisseaux fémoraux sont en général satisfaisants, ne s'accompagnent pas de troubles circulatoires consécutifs et sont très généralement d'un pronostic bénin. Dans un cas d'hémorragie opératoire très grave, il a dû lier l'iliaque externe au-dessous de l'épigastrique. Le résultat a été très bon.

M. Potherat rappelle, avec raison, que les troubles circulatoires consécutifs à ces ligatures peuvent être très éloignés. Témoin un blessé de 1870 ayant reçu un éclat d'obus dans l'aine sur le champ de bataille de Sedan et qui, 17 ans après, dans le service de Damaschino, a présenté des troubles circulatoires graves.

M. Auvray fait observer que, à la suite de ces ligatures, il peut y avoir des accidents immédiats ou des accidents éloignés. Les premiers sont de plus en plus rares. Les accidents éloignés s'observent encore parfois. M. Auvray cite l'exemple de troubles trophiques graves survenus longtemps après.

M. Duval cite un cas d'accidents après la ligature de l'artère et de la veine.

Sténoses pyloriques. — M. Lapointe fait un rapport sur une observation de pyloro-gastrectomie pour sténose gastro-pylorique, adressée par M. Lagoutte (du Creusot). La sténose, dans ce cas, était la seule lésion; il n'y avait pas trace d'ulcère. M. Lagoutte a suturé ensuite l'estomac et l'intestin bout à bout.

De la voie transvésicale dans le traitement des fistules vésico-vaginales. — M. Marion revient sur ce sujet parce qu'il a obtenu de nouveaux succès en passant par cette voie. Quand il s'agit de fistules hautes, étendues, difficiles, le mieux est d'ouvrir la vessie pour fermer la fistule. Une femme a été opérée, par la voie vaginale, 5 fois par M. Richelot sans succès. En une seule séance et en passant par la vessie, M. Marion a complètement guéri cette malade. Une autre malade, qui avait une fistule de 7 cm. de long sur 3 de large, a été guérie de même après une seule intervention transvésicale. Toutes les malades, atteintes de fistules vésico-vaginales que M. Marion a opérées par cette voie, ont guéri après une seule intervention. L'opération est très simple : ouverture de la vessie, dont les bords sont écartés par l'écarteur de Legueu; on a la fistule sous la main, on l'avive, on suture avec le fil de lin et on ferme la vessie par 3 points de suture. On ferme le ventre, sans drainage. On applique une sonde à demeure; 15 jours après la malade est guérie. M. Marion apporte 13 observations à l'appui de sa communication. Il est bien entendu qu'il y a des fistules bas situées qui peuvent être facilement opérées par le vagin; mais dans les cas de fistules hautes et difficiles à atteindre, la voie transvésicale offre de très sérieux avantages. La voie transpéritonéale proposée par M. Legueu peut aussi avoir ses indications.

M. Faure est convaincu que la voie proposée par M. Marion est très bonne et peut faciliter, dans bien des cas, la fermeture de certaines fistules. Il est tout disposé à y recourir à l'occasion. Dans un cas de fistule vésico-vaginale consécutive à une hystérectomie vaginale pour cancer, M. Faure a eu recours à la voie transpéritonéale de Legueu et a pu facilement fermer cette fistule. Toutefois, tout en appréciant les avantages des voies vésicale et transpéritonéale, M. Faure n'abandonne pas la voie vaginale; il a traité, par cette voie, un grand nombre de fistules et n'a eu que de bien rares échecs.

M. Heitz-Boyer partage l'avis de M. Marion. Il a opéré 3 malades par la voie transvésicale et a trouvé les plus grandes facilités pour fermer la fistule. La voie vésicale n'est pas plus dangereuse que la voie vaginale et elle est bien plus facile.

M. Chevassu est également partisan de la voie transvésicale et rappelle un rapport que M. Michon a fait sur 2 cas d'opérations de fistules vésico-vaginales par cette voie qu'il a communiqués à la Société.

M. Baumgartner estime que c'est la voie de choix pour les fistules haut situées.

M. Tuffier estime que, en matière de fistules vésico-vaginales, il ne faut pas dire toujours ni jamais. Il reste bien entendu que les 99/100 des fistules vésico-vaginales peuvent être opérées par le vagin. Quant au dernier centième, on peut choisir entre les deux autres voies, la voie transvésicale et la voie transpéritonéale, qui peuvent répondre à des indications très précises.

M. Delbet rappelle, non sans une certaine ironie, que, à l'époque où fleurissait l'hystérectomie vaginale, on voyait beaucoup de fistules vésico ou urétéro-vaginales. Sans dénier les avantages que peut présenter la voie haute, M. Delbet continue à penser que l'immense majorité de ces fistules peuvent être opérées par le vagin.

Les vaccins. — Suit une discussion sur les vaccins à laquelle prennent part MM. Delbet, Veau et Chevrier, discussion qui se poursuivra dans la prochaine séance et que nous résumerons en une seule fois.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les Blessures du foie et des voies biliaires, par le Dr SOUBEYRAN, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. 1 vol. in-8 avec 73 fig. — Prix : 12 fr. — Paris, F. Alcan.

La Médecine, par H. ROGER, doyen de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, 1 vol. in-8 de 400 p. (Collection « Les Sciences d'aujourd'hui »). — Prix : 10 fr. net. — Paris, Masson et Cie.

Alimentation. Ravitaillement, par R. LEGENDRE, docteur ès sciences. 1 vol. de 327 p., de la Collection « Les Leçons de la guerre », avec préface de M. Charles RICHET, membre de l'Institut. — Prix : 8 fr. net. — Paris, Masson et Cie.

NOTES POUR L'INTERNAT

PERFORATIONS INTESTINALES

AU COURS DE LA FIÈVRE TYPHOIDE

DIVISION. — C'est une des complications les plus graves de la fièvre typhoïde. D'une part, les symptômes de début en sont bien souvent effacés et le diagnostic est posé souvent trop tardivement; et, d'autre part, on a appris à connaître, au cours des laparotomies, des syndromes cliniques semblables, mais sans perforation intestinale, ce sont les *pseudoperforations*.

Il y a deux variétés classiques de perforations typhiques :

1° LES PERFORATIONS DE DEHORS EN DEDANS, par rupture dans l'intestin d'une collection purulente de voisinage (ganglion suppuré (cholécystite purulente). Exceptionnelles.

2° LES PERFORATIONS DE DEDANS EN DEHORS, les plus communes, par ulcération d'une plaque de Peyer. Ce sont elles que nous décrirons.

ÉTIOLOGIE. — *Fréquence.* — Variable, 1 à 4 p. 100. Homme, adulte. Rarement enfant.

Causes occasionnelles. — Hémorragies intestinales, écarts de régime, fautes thérapeutiques, efforts de vomissements ou de défécation, exploration brutale, bains froids ont été invoqués, sans que l'on doive les considérer comme cause unique de la perforation.

Gravité de la maladie. — On a prétendu que la perforation intestinale survenait surtout au cours des typhoïdes graves. En réalité, il faut signaler aussi les cas de *typhus ambulatoire.*

Date d'apparition. — Tantôt précoces, tantôt tardives; en général au vingt-cinquième jour. On en a signalé au cours de la convalescence ou de rechutes.

Cause déterminante. — On a accusé l'helminthiase. Pour Chantemesse, la cause la plus vraisemblable serait le thrombus des vaisseaux par les globules blancs, ce qui déterminerait la nécrose et l'ulcération de la plaque de Peyer.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — *Siège :* Dernier segment de l'iléon, valvule de Bauhin, cæcum et appendice, côlon ascendant. — *Nombre :* Unique ou multiple. — *Lésions :* D'abord infiltration, puis ulcération de la plaque de Peyer; cette ulcération aboutit à la perforation complète ou bien à la cicatrisation. La perforation provoque une péritonite généralisée ou localisée suivant l'état antérieur du péritoine.

SYMPTOMES. — Deux types cliniques différents :

1° PERFORATION AU COURS D'UN TYPHUS AMBULATOIRE. — Chez un individu qui mène une vie normale survient brusquement une douleur violente dans la fosse iliaque droite; frisson, fièvre élevée, abattement. La maladie évolue comme une péritonite généralisée avec ses deux phases : l'une de *réaction* (douleur, vomissements, constipation, ventre de bois, hyperesthésie cutanée, troubles respiratoires et du pouls, etc.); l'autre d'*intoxication* ou de péritonite confirmée (ballonnement considérable, vomissements plus rares, hoquet, facies péritonéal, troubles respiratoires, dyspnée, oligurie, 40 degrés et pouls à 120, collapsus).

L'évolution est rapide en quelques heures ou quelques jours. La guérison est possible par intervention opératoire dès le 1er stade. La mort est fatale dans le 2e stade.

2° IL S'AGIT D'UN TYPHIQUE CONNU ET SOIGNÉ DANS UN SERVICE DE MÉDECINE. — C'est la forme la plus sournoise, souvent silencieuse, évoluant à bas bruit. Il faut savoir la dépister.

A. *Prodromes.* — On a signalé des signes prémonitoires, bien souvent absents d'ailleurs, tels que météorisme intense, sévérité de l'infection, diarrhée profuse, hémorragies intestinales (30 à 50 p. 100) surtout si elles sont répétées, abondantes à la période d'état. Une hémorragie soudaine et d'emblée abondante peut être aussi contemporaine d'une perforation. Douleur légère, mais fixe dans la fosse iliaque droite. En réalité, tous ces signes sont inconstants, et, d'après Chantemesse, la perforation n'a pas de signe. Il faut surveiller attentivement les malades et dépister toute perforation au début.

B. *Etat.* — Quand la perforation est constituée, elle se traduit par des symptômes différents suivant qu'elle survient chez un malade peu ou très intoxiqué.

a. Tantôt il s'agit d'un typhique peu atteint, peu obnubilé, qui réagit et se défend bien. Dans ce cas, le premier symptôme capital est l'*hypothermie brusque* (Dieulafoy). La température remonte ensuite progressivement. Parfois l'hyperthermie subite (Trousseau). Le pouls est accéléré, les urines rares, et l'on constate tous les symptômes d'une *péritonite purulente généralisée* (disparition de la matité hépatique, matité dans les flancs, ballonnement, douleur variable, aiguë ou peu marquée, d'abord localisée puis généralisée, vomissements, nausées, etc.); en somme, tous les signes de la péritonite aiguë, décrite au cours du typhus ambulatoire, avec ses phases de réaction et de paralysie et d'intoxication.

b. Tantôt il s'agit d'un malade très infecté, très atteint, abruti, plongé dans un tuphos marqué, qui réagit mal et chez lequel une perforation passe souvent inaperçue. On se trouve en présence d'une *péritonite septique diffuse* et il est trop tard pour opérer. On a insisté, pour dépister ces *formes insidieuses*, sur l'importance de divers symptômes : chute brusque de la température, tympanisme, hoquet, douleur, tachycardie, hypotension subite, facies péritonéal, défense de la paroi, miction douloureuse (Sieur), suppression des selles, *apparition brusque de leucocytose polynucléaire*, chute de l'indice opsonique (Milhit).

ÉVOLUTION. — Rarement guérison par enkystement. Mort par collapsus. La guérison n'est possible que par laparotomie précoce, immédiate.

FORMES CLINIQUES. — 1° *Péritonite circonscrite ou enkystée*; 2° *Perforation du cæcum ou de l'appendice*; 3° Coexistence d'hémorragie et de perforation intestinales; 4° Perforation du côlon; 5° Perforation chez l'enfant, chez la femme enceinte.

DIAGNOSTIC. — Il se pose de façon différente, suivant les cas :

I. S'AGIT-IL D'UN TYPHUS AMBULATOIRE? — Penser à toutes les péritonites aiguës par perforation : ulcus de l'estomac ou du duodénum, appendicite, cholécystite, occlusion intestinale, hernie étranglée, pancréatite aiguë, hydronéphrose aiguë, etc.

Le diagnostic peut n'être fait qu'au cours de la laparotomie.

II. S'AGIT-IL D'UN MALADE ATTEINT D'UNE FIÈVRE TYPHOÏDE CONNUE ET SOIGNÉE? — Deux cas peuvent se présenter, suivant qu'un symptôme prédomine ou suivant qu'on se trouve en présence d'un tableau clinique complet de perforation intestinale.

1° *Un symptôme prédomine.* — a. L'*hypothermie.* — Le diagnostic souvent délicat est de savoir s'il s'agit d'une hémorragie intestinale ou d'une perforation. S'appuyer sur le pouls, la température, le facies, les signes abdominaux, la recherche de la leucocytose sanguine, mais ne pas oublier la coexistence fréquente de ces deux complications.

Discuter aussi : l'hypothermie de la convalescence, l'hypothermie relative passagère de Vunderlich, l'hypothermie thérapeutique, l'hypothermie due à une complication (épistaxis, avortement, myocardite, néphrite, rupture de la rate), l'hypothermie due à la gravité de l'état général, la crise hypothermique transitoire de Chantemesse.

b. La *douleur* : points de côté divers, rupture du grand droit de l'abdomen, thrombose des veines iliaques, etc.

c. *Météorisme*, tachycardie, vomissements, ventre de bois, etc., doivent aussi être discutés, car ils peuvent traduire seulement une fièvre typhoïde grave.

2° *Tous les signes de perforation ou de péritonite sont présents.* — Mais rechercher s'il s'agit d'une péritonite par perforation ou par propagation, mais surtout s'il ne s'agit pas d'une *fausse perforation.*

a. Forme hépatique de la fièvre typhoïde (Roger) : dégénérescence aiguë du foie.

b. Fausse perforation (Rochard, Quénu) : malades qui présentent tous les symptômes de perforation, et chez lesquels la laparotomie ne montre aucune lésion. La polynucléose sanguine ne peut donner souvent que des résultats relatifs.

TRAITEMENT. — *Prophylactique.* — Prudence dans la manipulation des malades. Glace.

Curatif (règles de Chantemesse). — Si perforation douteuse, temporiser, glace, chauffage intermittent de l'abdomen, nucléinate de soude.

Si perforation certaine, laparotomie immédiate, sous-ombilicale et médiane. Aveugler et enfouir la perforation; mais le pronostic n'en reste pas moins grave car l'opération est bien souvent tardive, et il se produit souvent des perforations successives et multiples.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LE .17, RUE CASSETTE.


ΙΟΔΟΓΕΝΟL
ΠΕΠΙΝ
εστ
επαθαντ
René
Vincent
DRAEGER

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 15 francs par an. Étudiants étrangers, 20 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 6 fr. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.

Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

FACULTÉS DES DÉPARTEMENTS. — LYON. — M. Cade, agrégé, est prorogé dans ses fonctions jusqu'au 1er novembre 1923.

Les dispositions de l'arrêté du 25 septembre 1919 sont rapportées en ce qui concerne la prorogation de M. Cade.

— M. Thévenot, agrégé, est nommé, pour l'année scolaire 1919-1920, chef des travaux de médecine expérimentale et comparée.

— M. Barral, agrégé, est maintenu en exercice jusqu'à l'âge de la retraite.

— MM. Commandeur et Neveu-Lemaire sont maintenus en exercice pour une période de 3 ans.

— NANCY. — M. Robert, agrégé, est maintenu dans ses fonctions pour une période de 3 ans.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LIÈGE. — La Faculté organise du 29 mars au 10 avril (vacances de Pâques) une série de cours de vacances destinés aux praticiens. Ces cours seront faits par MM. Firket et Kremer (anatomie pathologique), Francotte et Leroy (maladies mentales), Troisfontaines (syphilis), Malvoz et Muller (technique bactériologique), Willems et Albert (traitement de l'arthrite purulente, appareillage des fractures, opérations d'urgence), Weekers, Lambrecht et Mlle Rousseau (ophtalmologie), Hogge (urologie), Debrez (luxation congénitale de la hanche, tuberculoses osseuses et articulaires, transfusions du sang), Plumier (méthodes de laboratoire appliquées à la clinique), Lejeune (radiologie), Demunter (massage), P. Firket (médecine opératoire obstétricale), Watrin (recherches du laboratoire appliquées à l'obstétrique et à la gynécologie). Droit d'inscription 200 fr.

Inscriptions au bureau de M. Couvreur, à l'Université.

On peut trouver, dans les hôtels indiqués par la Faculté, des chambres de 4 fr. à 7 fr. 50 par jour et des pensions à partir de 10 fr. par jour.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — L'Académie a procédé mardi à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie médicale. M. Georges Guillain, agrégé, médecin des hôpitaux, a été élu au premier tour, par 72 voix sur 74 votants. M. Paul Ravaut a obtenu 1 voix, M. Claude 1 voix.

M. Guillain est, on le sait, le gendre de M. le professeur Chauffard, et le petit-gendre du vénéré M. Bucquoy.

Trois générations d'académiciens appartenant à la même famille et siégeant ensemble, c'est là un fait qui n'est pas banal.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — MM. les Drs Petit (Joseph), conseiller général de la Gironde.

(A titre posthume.)

Rayot (Henri), matricule Rt 25, médecin-major : médecin-major chef de service de premier ordre. Ame d'élite. Modèle de toutes les vertus militaires et professionnelles. A organisé, avec un zèle et une compétence remarquables, le service sanitaire du corps, pendant les attaques. Blessé d'un éclat d'obus en visitant ses postes de secours, n'a pas voulu abandonner son service et a été mortellement frappé d'un nouvel éclat d'obus. A été cité. (*J. O.*, 17 fév. 1920.)

Armanet (Joseph-Honorat-Raoul), matricule Rt 1267, médecin aide-major de 2e classe : médecin d'un dévouement et d'une abnégation sans bornes, déjà cité à l'ordre du régiment pour sa belle conduite dans les opérations précédentes. Tué le 28 juillet 1915 au poste de secours de son bataillon. A été cité. (*J. O.*, 17 fév. 1920.)

Cuvilliez (Jean-Maurice-Ulmar), médecin aide-major de 1re classe, matricule Rt 941 : officier remarquable par son allant et son courage. Est tombé glorieusement au moment où, sous un violent bombardement d'artillerie, il se portait au secours des blessés. A été cité. (*J. O.*, 17 fév. 1920.)

GUERRE. — M. le médecin inspecteur général Béchard est placé dans la 2e section (réserve) du corps de santé militaire.

ASSOCIATION AMICALE DES ANCIENS MÉDECINS DES CORPS COMBATTANTS. — Il vient de se fonder à Paris une association amicale des anciens médecins des corps combattants, affiliée à la ligue des chefs de section et des soldats combattants.

Cette association a pour objet de grouper ceux des membres du corps médical, praticiens et étudiants, qui ont vécu la guerre parmi les combattants. Ouverte à tous médecins, militaires de carrière ou de complément, elle a pour but, avant tout, de maintenir et de resserrer les liens sacrés de camaraderie, nés du sentiment du devoir, de l'esprit de sacrifice et de l'habitude du danger.

L'association des anciens médecins des corps combattants tient à se tenir en dehors de toute action politique ; organisme corporatif, elle se propose, uniquement, la défense des intérêts professionnels de ses membres. Elle désire aussi pouvoir venir en aide, moralement et matériellement, à ceux d'entre eux qui, mutilés ou blessés, ont dû renoncer à leur vie active d'autrefois.

Fondée sur l'initiative du Dr H. Maringer (de Paris), l'Association des anciens médecins des corps combattants a pour président et vice-président les Drs Henri Meurisse, 1, carrefour de la Croix-Rouge, et Marcel Pinard, 168, rue de l'Université. Les adhésions peuvent être adressées au Dr Claude, secrétaire général, 102, rue de Vaugirard, ou au Dr Yoyotte, secrétaire adjoint, 125, rue Boucicaut, à Fontenay-aux-Roses (Seine).

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES JOURNALISTES FRANÇAIS. — Au cours de la dernière assemblée générale, M. le Dr Dieupart a été réélu rapporteur des candidatures.

LE PAIN DES FAMILLES NOMBREUSES. — MM. Henry Fougère, Jean Le Febvre, Joseph Patureau-Mirand et Anselme Patureau-Mirand, députés, viennent de déposer un projet de résolution accordant aux femmes enceintes à partir du 5e mois, aux mères nourrices et aux pères et mères des familles d'au moins trois enfants, le bénéfice du pain à prix réduit.

LE SUCRE POUR LES PHARMACIENS. — M. des Lyons de Feuchin, député, vient d'exposer à M. le ministre du Commerce que certaines catégories de consommateurs touchent des sucreries une quantité de sucre au prix de ravitaillement et il a demandé pourquoi l'on refuse cette même attribution aux pharmaciens.

En dehors des pharmaciens qui recevront des attributions de sucre jusqu'à fin mars, a répondu le ministre, les seuls consommateurs qui reçoivent des attributions de sucre du ravitaillement sont les porteurs de tickets qui reçoivent : les adultes, une ration mensuelle de 750 g. et les enfants de moins de 3 ans qui reçoivent de même que les vieillards de plus de 70 ans une ration mensuelle de 1 kg. (*J. O.*, 3 mars 1920.)

COURS COMPLÉMENTAIRE DE MÉDECINE LÉGALE. — Des conférences complémentaires seront faites, pendant le semestre d'été, sous la direction de M. le prof. Balthazard, les lundi, mercredi et vendredi, à 6 heures, au grand amphithéâtre. Elles porteront sur la toxicologie, les accidents du travail et la législation médicale.

Toxicologie. — Neuf leçons, par M. le prof. Balthazard, et MM. Duvoir et Dervieux, chefs des travaux de médecine légale. Ces leçons commenceront le 8 mars et seront continuées pendant le mois de mars.

Accidents du travail. — Vingt leçons, par M. le prof. Balthazard, MM. H. Claude, Laignel-Lavastine, Mauclaire, agrégés ; Courtois-Suffit, médecin des hôpitaux.

Deux leçons seront, en outre, faites sur les accidents oculaires, par M. le prof. de Lapersonne, et sur les accidents oto-rhino-laryngés, à des dates qui seront ultérieurement indiquées.

Un enseignement pratique, comportant l'examen des blessés, aura lieu tous les jeudis, à 2 heures, au laboratoire de médecine légale, à partir du jeudi 15 avril.

Législation médicale. — M. le prof. Garçon fera 4 leçons complémentaires les samedis, à 6 heures, à partir du samedi 6 mars.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 8 AU 13 MARS 1920

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 8 mars. — 1er (N. R.), *Faculté*, épreuve orale d'anatomie.

4e (N. R.), *Laboratoire d'anatomie pathologique*, épreuve pratique et orale.

5e (N. R.), *Faculté* (grand amphithéâtre), épreuve thérapeutique.

1er (A. R.), *Ecole pratique*, épreuve pratique d'anatomie.

5e (2e partie), *Charité*, clinique interne.

Mardi 9 mars. — 1er (N. R.), *Faculté*, épreuve orale d'anatomie. — 1er (Dentistes), *Faculté*.

3e (N. R.), *Laboratoire de bactériologie*, épreuve de bactériologie.

1er (A. R.), *Ecole pratique*, épreuve pratique d'anatomie.

2e (A. R.), *Faculté*.

4e (A. R.), *Faculté*.

5e (1re partie), *Hôtel-Dieu*, chirurgie. — *Charité*, chirurgie. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu*, clinique interne.

Mercredi 10 mars. — 1er (Dentistes), *Faculté*. — 1er (N. R.), *Faculté*, épreuve orale d'anatomie.

4e (N. R.), *Laboratoire d'anatomie pathologique*, épreuve pratique et orale.

3e (N. R.), *Laboratoire de bactériologie*.

1er (A. R.), *Faculté*, épreuve orale. — 1er (A. R.), *Faculté*, épreuve orale.

3e (1re partie), *Ecole pratique*, épreuve pratique de médecine opératoire.

4e (A. R.), *Faculté*.

5e (1re partie), *Necker*, chirurgie. — (1re partie), *Baudelocque*, obstétrique. — (2e partie), *Laënnec*, clinique interne.

Vendredi 12 mars. — 1er (N. R.), *Faculté*, épreuve orale d'anatomie.

2e (N. R.), *Faculté*.

3e (N. R.), *Laboratoire de bactériologie*, épreuve pratique et orale.

1er (A. R.), *Faculté*, épreuve orale. — 1er (A. R.), *Faculté*.

3e (1re partie), *Faculté*.

5e (2e partie), *Charité*, clinique interne.

Samedi 13 mars. — 1er (N. R.), *Faculté*, épreuve orale d'anatomie.

2e (N. R.), *Faculté*.

3e (N. R.), *Laboratoire de bactériologie*, épreuve pratique et orale.

1er (A. R.), *Faculté*, épreuve orale.

3e (1re partie), *Faculté*.

5e (1re partie), *Charité*, chirurgie. — 5e, *Beaujon*, obstétrique. — 5e (2e partie), *Beaujon*, clinique interne.

THÈSES

Mardi 9 mars. — Jury : MM. Hutinel, président ; Widal, Duval et Balthazard. — Mlle QUESLIER (Jeanne). Les néphrites interstitielles de l'hérédo-syphilis. — M. HANIQUET (Gaston). Le sérum de Leclainche et Vallée dans le traitement des plaies. — M. LEROY (Hector). Tuberculose pulmonaire consécutive à l'action d'un traumatisme. — M. ANDUZE-ACHER. L'urobilinurie.

Jury : MM. Ménétrier, président ; Bernard, Sicard et Villaret. — M. MARTINIE (Jean). Quelques idées sur la médecine de la 1re enfance au début du XVIIIe siècle. — M. CHAUSSIER (H.). Etude comparative des procédés de stérilisation de l'eau, employés aux armées.

Samedi 13 mars. — Jury : MM. Achard, président ; Lejars, Bezançon et Castaigne. — M. VILLETARD DE LAGUÉRIE. Contribution à l'étude des ostéomes traumatiques. — M. DELBOS (Louis). L'amputation en chirurgie du genou. — VIDAL (Ulysse). Contribution à l'étude du traitement des fractures de la diaphyse humérale. — M. DEPAQUIT (Louis). La salive chez les diabétiques. — M. BERNARDINI (Félix). Pleurésies bacillaires enkystées. — M. MARTIN (Charles). Péricardites tuberculeuses.

RENSEIGNEMENTS

556. — **DAME** ayant l'habitude de soigner les malades, demande situation auprès de malade ou d'infirme à la campagne, ou dans le Midi. Conditions modérées. Ecrire : Mme R. B...., au journal.

REVUE GÉNÉRALE

L'ÉPENDYMITE MÉNINGOCOCCIQUE

Par M. Ch. DOPTER,
Professeur au Val-de-Grâce.

I

LÉSIONS ANATOMO-PATHOLOGIQUES

Quand le méningocoque parti du rhino-pharynx se localise au niveau des méninges pour constituer la méningite cérébro-spinale, il peut appesantir uniquement son action sur les espaces sous-arachnoïdiens ; mais en bien des cas, plus fréquents qu'on ne le suppose habituellement, il franchit les limites du vaste lac lymphatique que représentent ces espaces ; il fuse du côté des cavités cérébrales ventriculaires, tapissées par la membrane épendymaire, pour y produire des désordres qui se traduisent par des lésions anatomo-pathologiques bien définies, comme aussi par un ensemble de symptômes qu'il y a lieu de ne pas méconnaître surtout au point de vue thérapeutique. Bref, à la méningite proprement dite se surajoute l'épendymite méningococcique.

L'étude de cette complication directe de la méningite ne saurait se comprendre sans la connaissance au moins sommaire de données élémentaires d'anatomie normale et de physiologie, qu'il convient de résumer avant d'en entreprendre la description.

Notions d'anatomie et de physiologie normales.

Ventricules. — Le névraxe est pourvu à son intérieur de cavités nommées ventricules qui communiquent toutes entre elles : les ventricules latéraux communiquant avec le ventricule moyen par les trous de Monro ; ce 3e ventricule avec le 4e par l'aqueduc de Sylvius, enfin le canal central de la moelle faisant directement suite au 4e ventricule.

Les *ventricules latéraux* sont des cavités complexes situées de chaque côté de la ligne médiane, séparées par le septum lucidum, et s'étendant dans le sens de la longueur du lobe frontal au lobe occipital.

On leur connaît trois parties : un prolongement antérieur ou *corne frontale*, un prolongement inférieur ou *corne sphénoïdale*, un prolongement postérieur ou *corne occipitale*. Ces trois cavités secondaires se rejoignent en un carrefour, désigné sous le nom de *carrefour ventriculaire*, au niveau de la partie postérieure de la couche optique (fig. 1).

Les ventricules latéraux communiquent chacun avec le 3e ventricule par un orifice : le trou de Monro. Leur paroi est revêtue par l'épendyme ; à l'intérieur débouchent des plexus choroïdes.

Le 3e *ventricule* ou *ventricule moyen*, situé entre les deux couches optiques, a la forme d'un entonnoir aplati dans le sens transversal. Il communique avec le 4e ventricule par l'aqueduc de Sylvius, et avec chacun des ventricules latéraux par les trous de Monro. Il est tapissé de toutes parts par l'épendyme. A sa base, s'étale la *toile choroïdienne* dite *supérieure*, munie des plexus choroïdes propres à ce ventricule ; elle est divisée, en deux feuillets comprenant dans leur intervalle des *espaces sous-arachnoïdiens* et les veines de Galien. Ces feuillets se rejoignent de chaque côté vers la paroi de chacun des ventricules latéraux, semblant se terminer par un épanouissement des plexus choroïdes destinés à ces derniers.

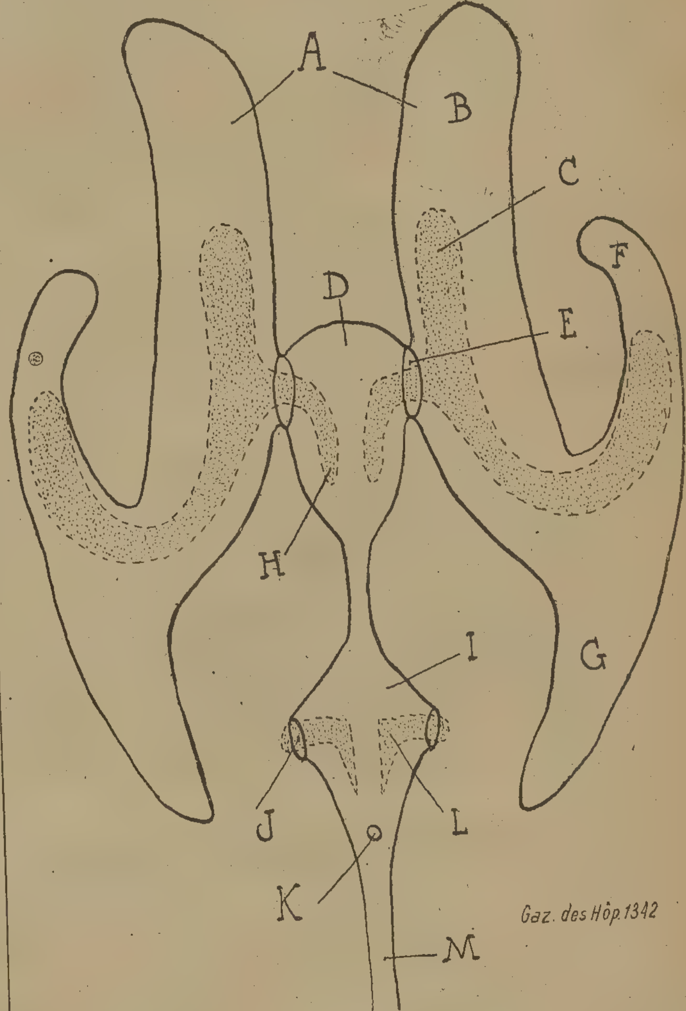


Fig. 1. — *Légende.* — A : ventricules latéraux. — B : Corne frontale. — C. Plexus choroïdes des ventricules latéraux. — D : 3e ventricule. — E : Trou de Monro. — F : Corne sphénoïdale. — G : Corne occipitale. — H : Plexus choroïdes du 3e ventricule. — I : 4e ventricule. — J : Trou de Luschka. — K : Trou de Magendie. — L : Plexus choroïdes du 4e ventricule. — M : Canal de l'épendyme.

Le 4e *ventricule* est une cavité losangique, intercalée entre le cervelet, qui constitue en grande partie sa paroi supérieure (voûte ou toit du 4e ventricule), et le bulbe et la protubérance qui forment sa paroi inférieure (plancher).

La voûte de ce ventricule est constituée dans sa partie bulbaire par la *toile choroïdienne du 4e ventricule* (prolongement de la pie-mère) qui la sépare de l'extrémité antérieure du vermis inférieur, l'extrémité antérieure des amygdales, la face inférieure des valvules de Tarin. Cette toile choroïdienne est tapissée d'une couche épithéliale (*membrana tectoria*), qui s'insère sur les bords latéraux du ventricule et se continue ainsi avec l'épendyme du plancher.

Dans sa partie antérieure, le toit du 4e ventricule est représenté par la face inférieure des pédoncules cérébelleux supérieurs et la valvule de Vieussens qui réunit les deux pédoncules.

Le plancher de ce 4e ventricule est constitué dans sa portion bulbaire comme dans sa portion protubérantielle par les divers noyaux gris connus, d'où émanent la plupart des nerfs craniens. Il est recouvert par l'épithélium épendymaire qui tapisse d'ailleurs toutes les cavités du même ordre.

La cavité du 4e ventricule communique d'une part à sa partie inférieure avec le canal de l'épendyme (ventricule allongé de la moelle), d'autre part à sa partie supérieure avec le 3e ventricule par l'aqueduc de Sylvius. Enfin, elle est en communication directe avec les espaces sous-arachnoïdiens par le *trou de Magendie* qui, percé dans la toile choroïdienne et la membrane tectoria, permet le libre passage du liquide céphalo-rachidien dans le 4e et les autres ventricules. Ce passage est assuré encore par les deux *trous de Luschka*, situés aux angles latéraux du ventricule (fig. 2).

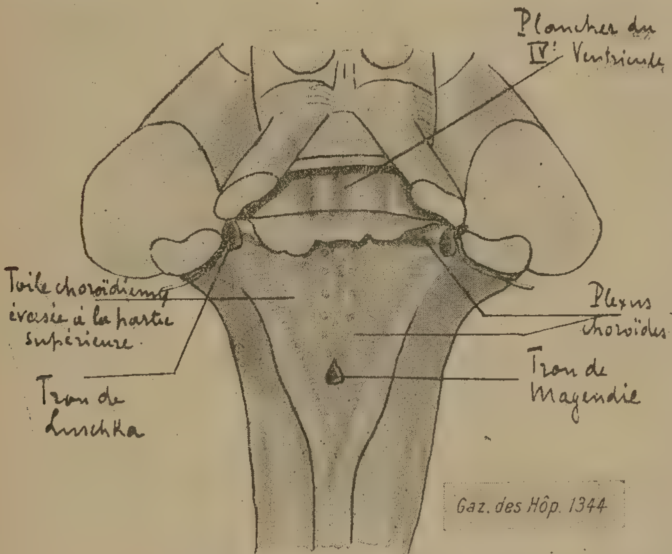


Fig. 2. — *Plancher du 4e ventricule* (imité de Testut).

Le rôle de ces orifices est considérable : leur existence permet de comprendre la façon dont l'infection des ventricules peut s'effectuer au cours de la méningite cérébro-spinale. L'expérimentation a fourni à cet égard des précisions de la plus haute importance. Sicard en effet a constaté qu'à la suite d'injections d'encre de Chine dans les espaces sous-arachnoïdiens médullaires, les particules de cette substance gagnaient d'abord la région basilaire, puis les ventricules, et enfin, seulement et plus tardivement, les méninges corticales. D'autre part, en injectant l'encre de Chine dans la substance médullaire, Guillain a observé le passage de ces particules dans le canal épendymaire et leur progression vers la base du cerveau. On peut conclure de ces expériences, que les cavités épendymaires « peuvent totaliser à leurs dépens des infections émergeant en différents points du névraxe », elles constituent une voie d'évacuation, une sorte de « *drain collecteur* » (Merle) des masses nerveuses pour les corps étrangers et les germes pathogènes. On comprend le rôle qu'elles peuvent être appelées à jouer en permettant aux infections de se propager d'un étage à l'autre de l'axe nerveux.

D'autre part enfin, si ces orifices permettent la dissémination du virus d'une cavité à l'autre, leur obturation contribue à les cantonner dans un ou plusieurs de ces ventricules ; en en opérant le bloquage, ils obligent les germes infectieux à pulluler en cavité close, éventualité aboutissant à la pyocéphalie ou à l'hydropisie ventriculaire.

Épendyme. — L'épendyme est cette membrane mince et délicate qui tapisse d'une façon continue la paroi de toutes les cavités ventriculaires et des orifices et conduits qui les font communiquer entre elles : ventricules latéraux, trous de Monro, puis ventricule moyen, aqueduc de Sylvius, 4e ventricule, canal central de la moelle ; constitué par un épithélium cubique reposant sur une couche dense et non vascularisée de névroglie, il réalise ainsi un revêtement continu, qui isole complètement ces cavités du reste du névraxe, sauf toutefois au niveau du trou de Magendie (voir plus haut), et empêche le liquide céphalo-rachidien qui se déverse par cet orifice en venant des espaces sous-arachnoïdiens, de subir des modifications dans sa composition. La réciproque n'est pas vraie, en particulier dans les cas d'infection choroïdo-ventriculaire, où le revêtement épendymaire semble constituer une barrière bien fragile aux germes qui le traverseront aisément ou à leurs toxines ; les lésions sous-épendymaires en cas d'épendymite le prouvent surabondamment.

Plexus choroïdes et toile choroïdienne. — Bien que les plexus choroïdes ne fassent pas partie intégrante des cavités ventriculaires, ils interviennent à un trop haut degré dans la pathogénie des épendymites pour que leur description ne soit pas indissolublement liée à celle de ces cavités. Il en est de même des deux toiles choroïdiennes qui sont, chez l'embryon plus encore que chez l'adulte, en connexion étroite avec ces plexus :

La pie-mère s'insinue dans l'intérieur du névraxe sous la forme de plusieurs prolongements : les uns affectant la forme de bourrelets (*plexus choroïdes*), les autres la forme d'une membrane (*toile choroïdienne*) ; l'ensemble de ces deux formations anatomiques a été désigné sous le nom de « pie-mère interne ». *Ces plexus et la toile choroïdienne sont donc des émanations de la pie-mère.*

Cette pénétration de la pie-mère s'effectue en deux régions : 1° au niveau de la fente de Bichat pour donner naissance à la toile choroïdienne supérieure et aux plexus choroïdes du 3e ventricule et des ventricules latéraux ; 2° dans la scissure intercérébello-bulbaire, où elle donne naissance à la toile choroïdienne inférieure et aux plexus choroïdes du 4e ventricule.

Toile choroïdienne supérieure. — La toile choroïdienne supérieure est immédiatement située au-dessous du trigone dont elle épouse la forme triangulaire, et qu'elle sépare de la couche optique et du ventricule. C'est une membrane mince s'étalant d'une couche optique à l'autre, recouvrant le ventricule moyen, et constituée par deux feuillets comprenant dans leur intervalle le tissu des espaces sous-arachnoïdiens.

Ces deux feuillets se fusionnent à leur extrémité antérieure; à leur extrémité postérieure ils s'écartent; le feuillet supérieur se confond alors avec la pie-mère cérébrale et le feuillet inférieur avec la pie-mère de l'isthme de l'encéphale, et par cette dernière avec la pie-mère cérébelleuse.

Plexus choroïdes des ventricules latéraux et du 3e ventricule. — Les plexus des ventricules latéraux forment à la toile choroïdienne supérieure une bordure latérale. Partis de l'extrémité antérieure de la fente de Bichat où ils se fusionnent avec la pie-mère cérébrale, ils s'engagent de chaque côté dans chaque ventricule latéral par le trou de Monro, pour se prolonger, d'une part dans la corne sphénoïdale, d'autre part dans la corne frontale.

Les plexus du 3e ventricule longent d'arrière en avant l'axe de la toile choroïdienne; arrivés au sommet de cette dernière, ils s'infléchissent en dehors pour se confondre avec les plexus des ventricules latéraux, au niveau du trou de Monro.

Toile choroïdienne inférieure et plexus du 4e ventricule. — Elle s'insinue dans l'angle formé par le cervelet et la *membrana tectoria;* elle présente aussi deux feuillets se rejoignant au niveau du bord libre de la valvule de Tarin et comprenant dans leur intervalle le tissu conjonctif des espaces sous-arachnoïdiens; à leur jonction se trouvent les plexus choroïdes du 4e ventricule qui se groupent d'une part transversalement, d'autre part longitudinalement sous forme d'un T majuscule (Testut); ils s'engagent, par les trous de Luschka, dans la cavité ventriculaire.

Les plexus choroïdes se présentent sous la forme de bourrelets rougeâtres, dont la surface est constituée par une foule de villosités qui contribuent à accroître leur surface (on estime à 1 mètre carré la seule surface des plexus des ventricules latéraux).

Ces villosités sont constituées par une trame conjonctive pourvue de vaisseaux artériels, veineux et capillaires. Elles sont bordées par un épithélium cubique rappelant de très près l'épithélium épendymaire; les recherches effectuées à ce sujet montrent d'ailleurs que ce revêtement épithélial des villosités n'est autre que le revêtement épendymaire, refoulé par l'invagination de la pie-mère et du tissu conjonctif des espaces sous-arachnoïdiens, éléments constitutifs essentiels des plexus choroïdes. Cette structure des plexus choroïdes ainsi que les rapports étroits qu'ils affectent avec la méninge molle, est intéressante à retenir pour comprendre leur participation fréquente à la production des lésions épendymaires, qui compliquent si souvent les lésions méningées, dont elles ne représentent en réalité qu'une extension par contiguïté.

L'épithélium des villosités diffère néanmoins quelque peu de l'épithélium épendymaire, sans doute en raison d'une différenciation adéquate au rôle physiologique qu'il est appelé à remplir : le protoplasma cellulaire est réticulé, et contient des *inclusions hyalines* en rapport avec la formation du liquide céphalo-rachidien.

A cet égard, il n'est pas sans intérêt de rappeler ici le rôle physiologique tenu par les plexus choroïdes dont les altérations peuvent permettre de comprendre certaines modifications du liquide céphalo-rachidien.

Il y a 70 ans environ, Faivre, puis Luschka ont envisagé les plexus choroïdes comme les organes sécréteurs du liquide céphalo-rachidien. Les conclusions des travaux de Kingsburg, Findlay, Galeotti, Obersteiner, Cavazzani, etc., sont en faveur de cette hypothèse. En 1901, en 1902, Aug. Pettit et Girard ont apporté à la question une contribution importante en montrant par l'histologie la vraisemblance de cette sécrétion.

En effet, les cellules épithéliales des plexus choroïdes ne présentent pas au même moment un aspect identique, elles semblent être le siège de différents actes fonctionnels, qui peuvent traduire divers aspects d'un acte sécrétoire.

Sous l'influence de divers excitants (éther, muscarine), la hauteur des éléments cellulaires s'exagère, leur différenciation en deux zones s'accuse : la zone distale se développe et la production de globules hyalins y est plus abondante qu'à l'état normal; il semble donc bien s'agir d'une hypersécrétion.

Ces observations contribuaient à appuyer les constatations de Cappeletti qui avait observé l'exagération de l'écoulement du liquide céphalo-rachidien après injection d'éther ou de pilocarpine.

En 1905, Schlaffer vit dans le protoplasma de véritables « gouttes sécrétoires » qui, se rapprochant du pôle distal, venaient se déverser dans la cavité du ventricule.

Pour Fraccini (1907) ces gouttes proviennent de la transformation de granulations d'origine nucléaire.

Tous ces faits sont de nature à faire admettre, sinon une sécrétion, mais tout au moins l'intervention des plexus choroïdes dans la formation du liquide céphalo-rachidien.

En effet, la réalité de cette action sécrétoire a été très discutée et il semble qu'actuellement elle doive être abandonnée. Mestrezat repousse cette hypothèse à l'aide des arguments suivants :

Une sécrétion vraie est toujours synonyme d'une dépense d'énergie, d'un travail chimique, physico-chimique, accompli au niveau de l'épithélium glandulaire. Or, rien dans sa composition chimique normale n'indique l'existence, au niveau de l'épithélium formateur, d'une dépense d'énergie chimique ou physico-chimique. Cette constatation permet de nier la nature glandulaire de l'épithélium des plexus choroïdes. L'examen comparé des cendres des produits de sécrétion vraie et du liquide céphalo-rachidien montre que ce dernier se comporte autrement qu'un produit de sécrétion et au contraire comme un transsudat ou un dialysat. Or, il ne peut s'agir d'une transsudation, car dans le liquide céphalo-rachidien, on ne retrouve pas tous les éléments constituants du plasma, et notamment peu de composés organiques colloïdaux : albumine = 0,15 à 0,20 au lieu de 100 grammes environ dans le plasma, pas de fibrinogène, pas de graisses, pas de lécithine, absence de diastases et d'alexine. Il semble donc bien s'agir d'une dialyse sur un épithélium différencié. Bref, l'épithélium des plexus

choroïdes, générateurs du liquide céphalo-rachidien, se comporte comme une *membrane dialysante.*

Description des lésions ventriculaires et choroïdiennes.

La communication qui existe à l'état normal entre les espaces sous-arachnoïdiens et les ventricules favorise l'extension du processus infectieux méningé à ces cavités, soit directement, soit par l'intermédiaire des plexus choroïdes.

A l'autopsie de tous les cas récents de méningite cérébro-spinale, on est frappé de constater, comme au niveau du liquide rachidien, une opalescence ou un trouble du liquide contenu dans les cavités ventriculaires, et cependant les parois ventriculaires restent souvent indemnes. Ce n'est qu'après plusieurs jours que ces dernières commencent à subir des modifications.

L'épendymite, appelée aussi « ventriculite », qui prend ainsi naissance, peut se généraliser d'un bloc à toutes les cavités ventriculaires, respectant toutefois, le plus souvent, le canal central de la moelle. En d'autres cas elle n'est que partielle et n'intéresse alors que l'un ou l'autre des ventricules ; on peut même observer des épendymites très localisées, siégeant uniquement par exemple au niveau du 4e ventricule ou même de l'aqueduc de Sylvius. Elles se manifestent, au point de vue anatomo-pathologique par des altérations pariétales et sous-pariétales dont le degré varie nécessairement avec l'acuité du processus inflammatoire ; leur intensité n'est d'ailleurs pas toujours identique sur le même sujet dans ces diverses cavités.

Ependymite suppurée. — Forme aigue. — Dans la forme aiguë, se rapportant à l'existence d'une *épendymite purulente ou séro-purulente,* les lésions constatées sont intenses.

Aspect macroscopique. — Les coupes macroscopiques du cerveau montrent en général une dilatation de la cavité ventriculaire. Elle peut être minime, surtout dans les cas récents et quand les orifices de communication ventriculo-sous-arachnoïdiens ne sont pas oblitérés, mais elle est pour ainsi dire constante.

De plus les ventricules contiennent un *liquide céphalo-rachidien* plus ou moins abondant, d'aspect trouble, plus rarement franchement purulent, de teinte jaunâtre, parfois légèrement rosée. Dans la masse liquide, flottent des flocons purulents qui ont tendance à se déposer, sous l'influence de la pesanteur, dans les parties les plus déclives, et plus spécialement dans les cornes occipitales, les 3e et 4e ventricules. Ces flocons, de volume variable, peuvent contribuer à obstruer les trous de Monro, l'aqueduc de Sylvius, la partie inférieure du 4e ventricule (Merle), à favoriser ainsi la dilatation de ces cavités et ajouter un syndrome de pyocéphalie au syndrome méningé en évolution.

Ce liquide est habituellement riche en polynucléaires d'aspect pyoïde, auxquels s'adjoignent un assez grand nombre de macrophages et des cellules épithéliales provenant sans doute de la desquamation épendymaire. Des méningocoques sont perceptibles dans les polynucléaires et les macrophages.

Les *parois ventriculaires* subissent des altérations importantes :

Elles perdent l'aspect transparent de l'épendyme normal ; troubles et opalescentes, elles prennent une teinte jaunâtre ; les veines sont dilatées, congestionnées et se recouvrent comme d'un mince voile de couleur crème.

A cette paroi adhèrent en certains points, surtout dans les régions déclives, des flocons fibrino-purulents, qu'il est facile de détacher, au moins au début, par un léger lavage.

A un stade plus avancé, une légère couche jaunâtre purulente se dépose sur toute la surface, d'épaisseur variable suivant les points, et pouvant devenir même assez adhérente.

Cette couche, friable et molle, peut se fendiller et se fissurer en certains points ; elle laisse percevoir de petites suffusions sanguines développées au niveau du tissu nerveux sous-jacent.

Enfin, la paroi ventriculaire présente parfois des surélevures, sortes de granulations blanchâtres, provenant, comme on le verra plus loin, de nodules inflammatoires développés à la surface de la couche sous-épendymaire.

Les *plexus choroïdes* semblent, dans la plupart des cas, participer dans une mesure minime à l'inflammation voisine ; nombre d'observations nécropsiques signalent en effet leur aspect presque normal. Cependant, quand la mort est survenue rapidement après le début de la ventriculite, ils sont fortement congestionnés et turgescents ; cette congestion est peu durable, et, quelques jours après, elle est à peine perceptible ; leur surface, même dans ce cas, est recouverte par l'exsudat séro-purulent dans lequel ils plongent ; elle retient même facilement, grâce à leurs nombreux replis, les flocons purulents qui nagent dans le liquide céphalo-rachidien.

Étude histologique. — *Épithélium épendymaire.* — D'une façon générale, au début, l'épithélium épendymaire est conservé ; sa ligne de revêtement reste continue. Elle peut subir certains plissements (état plissé), correspondant aussi à une irrégularité de la ligne limitant la substance nerveuse sous-jacente, et les lésions cellulaires sont minimes ; les cellules se tuméfient, s'aplatissent, leur contour devient flou, le protoplasma est trouble, vacuolaire, le noyau devient vésiculeux.

En d'autres cas les cellules épithéliales diminuent de largeur, augmentent en hauteur, si bien que leur ensemble rappelle l'aspect d'une palissade (Merle) ; de plus elles s'écartent les unes des autres, constituant ainsi entre elles des intervalles qui rompent la continuité de leur barrière.

Quand l'inflammation est plus marquée, les cellules se détachent de leur base, une véritable desquamation se produit et le tissu nerveux se trouve à ciel ouvert ; l'épithélium peut en se détachant seul entraîner dans sa chute la couche immédiatement sous-jacente, mais sous une très faible épaisseur.

En certains points, où l'inflammation, au contraire, est peu accusée, il est possible d'observer des multiplications cellulaires aboutissant à la formation de véritables végétations, faisant saillie dans l'intérieur

du ventricule, mais empiétant aussi parfois dans la profondeur où elles pénètrent comme des doigts de gant et donnent des apparences de formations pseudoglandulaires.

Au niveau de ces formations villeuses, les cellules sont multipliées, tassées les unes contre les autres, mais altérées surtout à la surface, où elles présentent des signes évidents de dégénérescence : protoplasma flou, noyau vésiculeux, ou en pycnose, parfois granulations graisseuses (Merle).

Cet épithélium enfin est recouvert d'un exsudat de densité variable, où des polynucléaires souvent dégénérés et des macrophages sont plus ou moins abondants suivant le degré de la purulence.

Couche sous-épendymaire. — Cette couche est le siège de réactions inflammatoires importantes :

Elle est parsemée de nodules inflammatoires orientés par rapport à un vaisseau (une veine le plus souvent) qui en occupe le centre. La lumière de ce vaisseau est dilatée et remplie de sang; on constate parfois une thrombose. S'il s'agit d'un vaisseau important, sa paroi peut être envahie par des cellules migratrices; s'il s'agit d'un capillaire, cette paroi est en général atteinte de dégénérescence et à peine perceptible.

La lésion essentielle est l'élargissement considérable de la gaine périvasculaire et son envahissement par une accumulation de cellules formant au vaisseau un manchon dense l'entourant de toutes parts (fig. 3). Ces

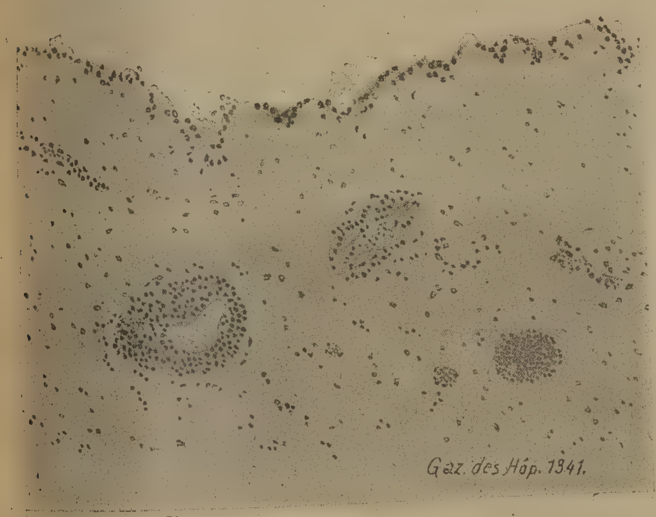


Fig. 3. — *Épendymite.* — Lésions de l'épendyme et gainite périvasculaire.

cellules sont en grande majorité des mononucléaires, grands et moyens, dont quelques-uns font fonction de macrophages, auxquels s'ajoutent quelques rares polynucléaires, des hématies, tout cet amas étant englobé souvent dans une nappe d'œdème épanché dans la gaine même. Bref il s'agit d'une véritable *gainite périvasculaire* (Merle).

Le pourtour du vaisseau est habituellement garni de cellules migratrices pouvant fuser à quelque distance dans le voisinage.

En dehors de ces lésions limitées, on constate dans tout le tissu des altérations diffuses qui présentent les caractères suivants :

Le tissu névroglique se fait remarquer par l'existence d'un *œdème* dont l'intensité varie apparemment avec l'intensité du processus inflammatoire. Les fibrilles sont altérées, subissant comme une fonte dégénérative; les mailles sont élargies et envahies par du liquide œdémateux. Des vacuoles peuvent être perceptibles.

Ce tissu est encore le siège d'une infiltration cellulaire constituée par des leucocytes polynucléaires, mais surtout des lymphocytes, et par des cellules uninucléées spéciales à protoplasma parfois granuleux, souvent vacuolaire, ressemblant à des corps granuleux et qui ne sont autres que des macrophages.

Enfin, ce tissu sous-épendymaire est encore le siège d'*hémorragies* microscopiques diffuses.

Dans les régions où les ventricules sont très rapprochés des centres nerveux (4e ventricule par exemple), la substance grise subit des altérations analogues, mais les cellules nerveuses manifestent leur souffrance par les lésions connues de la chromatolyse. Au niveau de la substance blanche on constate des lésions de dégénérescence des fibres à myéline, pouvant aboutir à leur destruction complète.

L'importance de ces lésions est à souligner d'une façon spéciale, en raison des troubles moteurs, sensitifs, circulatoires et respiratoires, qu'elles sont susceptibles d'entraîner.

Toutes les lésions sous-épendymaires semblent dépendre des altérations vasculaires, les premières en date. Celles-ci sont intéressantes à considérer en raison de la signification physio-pathologique qu'on peut leur attribuer. Les veines de cette région jouent en effet, par les gaines périvasculaires, un rôle important dans la résorption du liquide céphalo-rachidien. Quand ce dernier est infecté, il charrie des produits toxiques qui, venus en contact avec la gaine périvasculaire, irritent cette dernière, l'enflamment et produisent les lésions décrites de gainite. En retour, une fois constituée, la gainite fait obstacle à la résorption qui s'arrête; il en résulte une accumulation du liquide céphalo-rachidien dans les ventricules, d'où hypertension ventriculaire qui, si les trous de communication encéphalo-sous-arachnoïdiens sont oblitérés, entraîne la dilatation des ventricules avec son syndrome hydrocéphalique au complet. Ces lésions réalisent, d'après Merle, des troubles équivalents à la compression ou à l'oblitération de la veine de Galien, phénomènes qui aboutissent à l'hydrocéphalie. La grande veine de Galien recueille en effet le sang des parois ventriculaires et des plexus choroïdes par l'intermédiaire de la veine choroïdienne, de la veine du corps strié, de la veine du septum lucidum, puis des veines de la corne d'Ammon, qui drainent le sang des cornes ventriculaires inférieure et postérieure.

Il n'est pas non plus sans intérêt de faire ressortir ici l'analogie étroite que présentent ces réactions de la couche sous-épendymaire avec celles qui appartiennent en propre à l'encéphalite aiguë non suppurée dans sa forme atténuée. On retrouve dans cette dernière, en effet, la congestion, la gainite, l'œdème, l'infiltration leucocytaire et les hémorragies; les lésions sont superposables dans l'un et l'autre cas. Il en résulte que les altérations décrites à la suite de l'épendymite ventriculaire doivent être attribuées à un certain degré d'encéphalite non suppurée; elles

sont de même nature. Le fait suivant le prouve surabondamment :

A l'autopsie d'un malade atteint de méningo-épendymite suppurée méningococcique, outre les lésions classiques de cette dernière, j'ai pu constater dans la couche sous-épendymaire, à 1/2 centimètre environ de profondeur, bordant la partie inférieure de la corne occipitale gauche, l'existence d'un piqueté hémorragique au milieu duquel se détachaient nettement deux petits foyers de teinte rouge violacé, l'un ayant les dimensions d'un grain de millet, l'autre d'une lentille. Le microscope montra en dehors de ces foyers les lésions névrogliques et vasculaires étudiées plus haut, et à leur niveau les mêmes lésions avec la gainite caractéristique, l'œdème, etc., mais à un degré d'intensité plus marqué, se traduisant notamment par la présence plus nettement caractérisée de l'infiltration leucocytaire, du processus hémorragipare, et de la dégénérescence du tissu névroglique.

Ce fait constitue d'ailleurs la confirmation anatomo-clinique des résultats expérimentaux obtenus chez le chien par Merle qui, après injection intraventriculaire de cultures microbiennes, détermina la production de foyers typiques d'encéphalite sous-épendymaire. Il n'est donc pas douteux que les réactions décrites au niveau du tissu nerveux et consécutives à l'épendymite doivent être rapportées à un degré plus ou moins accusé d'encéphalite, due à l'action des toxines contenues dans le liquide céphalo-rachidien. Cette notion confirme encore la possibilité d'une origine non seulement méningée, mais aussi ventriculaire attribuée en certains cas à l'encéphalite.

Abcès périépendymaires. — L'épendymite peut aussi s'accompagner d'encéphalite suppurée, sous l'aspect d'abcès périépendymaires, où le méningocoque est décelable. Ces abcès qui ne sont en somme que l'exagération des suppurations histologiques observées dans la couche névroglique à la suite d'une infiltration polynucléaire sous forme d'amas leucocytaires très localisés, ne sont pas fatalement orientés comme les lésions précédentes par rapport au système vasculaire. Ils se trouvent en général presque au contact de la couche épendymaire, témoignant ainsi d'une inflammation propagée par contiguïté ou née sous l'influence du passage à petite distance du germe spécifique à travers la barrière épithéliale, que celle-ci soit altérée ou conservée. Cette pénétration à courte distance est prouvée d'ailleurs par les expériences de Merle, qui, injectant du carmin dans les ventricules d'un chien, a constaté au microscope la présence des grains de cette substance dans la zone du parenchyme nerveux voisine de l'épithélium, soit à l'état de liberté, soit à l'intérieur des cellules migratrices qui les ont incorporés.

Ces faits semblent assez rares. Ils n'ont été signalés que par quelques auteurs. Westenhoeffer en a décrit quatre cas survenus pendant l'épidémie allemande de 1905-1907. Laignel-Lavastine (1) signale ainsi la présence d'un abcès du volume d'un pois, siégeant immédiatement en dehors de la corne occipitale, et contenant un pus blanc jaunâtre; enfin Monziols et Loiseleur ont trouvé au cours d'une autopsie de méningite méningococcique, guérie d'ailleurs, un volumineux abcès du volume d'une mandarine s'étendant depuis la scissure de Rolando où il n'était séparé du cortex que par une mince couche jusqu'à la partie postérieure du lobe occipital, communiquant avec la corne sphénoïdale du ventricule latéral.

Liquide céphalo-rachidien ventriculaire. — Le liquide contenu dans les cavités épendymaires est habituellement opalescent, ou trouble, ou franchement purulent, tenant souvent en suspension des grumeaux fibrineux ou des flocons purulents. Il présente généralement une teinte jaunâtre, parfois verdâtre.

L'examen histologique, après centrifugation, montre la présence de leucocytes, le plus souvent polynucléaires dégénérés (globules pyoïdes), auxquels s'associent en proportion variable des mononucléaires, des lymphocytes suivant l'acuité et la durée de l'épendymite. De grands macrophages s'y surajoutent fréquemment. L. Caussade a signalé aussi l'existence de cellules épendymaires altérées.

La plupart de ces éléments cellulaires subissent d'ailleurs à la longue des phénomènes dégénératifs accusés, si bien que dans les cas datant de plusieurs mois, on peut ne plus percevoir que des amas nucléaires prenant mal la coloration (L. Caussade). N. Fiessinger et Ed. Leroy n'ont pu déceler dans le cas qu'ils ont rapporté, que des cristaux aciculés insolubles dans l'alcool, l'éther ou dans l'eau, de nature mal définie, associés à quelques rares mononucléaires en voie de cytolyse.

Enfin ce liquide ventriculaire contient des méningocoques en plus ou moins grande quantité, intra et extracellulaires. De Verbizier et Chauvel, Guy Laroche ont signalé des liquides louches, dénués d'éléments cellulaires, mais fourmillant de méningocoques, en telle abondance qu'ils ressemblaient à une culture pure de ces germes.

Évolution chronique. — L'épendymite aiguë suppurée, malgré l'intensité des lésions qui la caractérisent, peut ne pas amener rapidement la mort; elle peut se prolonger pour continuer à évoluer sous une forme plus atténuée, subaiguë; les lésions s'orientent alors dans le sens de la chronicité, ainsi qu'en témoigne l'aspect histologique.

On retrouve les altérations essentielles de la période aiguë, siégeant au niveau de l'épendyme et de la couche sous-épendymaire ; mais au processus inflammatoire s'ajoute un processus d'organisation lente qui offre certaines particularités.

L'épithélium est conservé le plus souvent sur la plupart des points; là où il persiste il présente les mêmes lésions que dans la période aiguë, mais en maints endroits il se desquame. L'exsudat qui le recouvre est fibrino-purulent, mais s'organise petit à petit : on y reconnaît un développement progressif de tissu conjonctif fibro-plastique formant un réseau dont les mailles enserrent des éléments cellulaires

(1) Laignel-Lavastine. Ependymite purulente de la corne occipitale du ventricule latéral, et abcès juxtaépendymaire dans un cas de méningite cérébro-spinale. *Soc. Anat.*, 11 nov. 1910, p. 914.

divers; ce sont : des polynucléaires, les uns assez bien formés, les autres en état de dégénérescence graisseuse, puis des cellules épendymaires desquamées, siégeant de préférence au niveau de la couche interne, enfin de grandes cellules uninucléées faisant fonction de macrophages.

A cette période, cet exsudat se trouve, au niveau des brèches produites par la desquamation épithéliale, en contact direct avec la couche épendymaire avec laquelle il tend à se fusionner progressivement. Il s'établit ainsi au niveau de ces brèches une sorte de soudure, une conjugaison étroite du tissu sous-épendymaire avec le tissu conjonctivo-fibreux de l'exsudat. L'examen histologique montre en effet un passage évident vers l'exsudat des fibres conjonctives jeunes accompagnées de fibroblastes provenant de la substance névroglique. Les deux tissus se soudent ainsi par des sortes de ponts anastomotiques qui les unissent étroitement l'un à l'autre; cette disposition réalise une véritable symphyse dont la formation explique les adhérences qu'on observe, quand on veut les séparer, entre l'exsudat et les parois ventriculaires.

La couche sous-épendymaire montre tout d'abord les lésions essentielles observées pendant la période d'acuité. Elles se caractérisent avant tout par la gainite périvasculaire, plus atténuée cependant; mais d'une façon générale, dans le reste du tissu, le travail inflammatoire initial s'est étendu. Le tissu névroglique prend une apparence conjonctivo-fibreuse, fibreuse même parfois, surtout dans la zone voisine de l'épithélium. On y observe encore une assez grande abondance d'éléments migrateurs, disséminés ou sous forme d'amas, souvent à point de départ vasculaire, ainsi que des corps granuleux; les capillaires néo-formés font leur apparition, plus ou moins abondants suivant les cas. Enfin on constate le développement de faisceaux conjonctifs jeunes signalés plus haut, qui s'insinuent à travers les brèches épithéliales pour assurer la soudure avec les éléments similaires de l'exsudat.

Dans ce cas, le liquide ventriculaire perd petit à petit son aspect purulent, mais, tout en s'éclaircissant, il peut véhiculer encore pendant longtemps des polynucléaires et des méningocoques; il peut même, malgré la couche d'exsudat purulent qui double la paroi ventriculaire et se symphyse avec elle, recouvrer sa limpidité normale, les lymphocytes remplaçant progressivement les polynucléaires, et le germe spécifique pouvant persister encore plusieurs mois (Cushing et Sladen).

Enfin les phénomènes régressifs peuvent s'accentuer davantage : le travail d'organisation se poursuivant, l'inflammation épendymo-ventriculaire devient torpide et subit des modifications telles que l'épendymite, de suppurée qu'elle était initialement, finit par devenir séreuse.

La paroi ventriculaire devient mate, granuleuse (1), la congestion vasculaire se réduit. Les lésions épendymaires deviennent minimes; dans les points où l'épithélium est conservé, celui-ci se régénère; mais des végétations sont encore perceptibles avec leur épithélium en état de prolifération manifeste; en d'autres points on peut constater nettement des invaginations pseudoglandulaires; au niveau des brèches, la symphyse décrite persiste et s'organise, l'exsudat faisant définitivement corps avec la couche sous-épendymaire. Celle-ci présente toujours les lésions de gainite, mais moins accentuées; enfin le tissu névroglique de la couche sous-épendymaire continue à subir l'évolution scléro-fibreuse, témoin de la cicatrisation progressive qui s'établit à son niveau. Cette épendymite chronique, devenue séreuse, entraîne fatalement la continuation des troubles de résorption du liquide céphalo-rachidien par le mécanisme invoqué plus haut; il en résulte des phénomènes d'hydrocéphalie chronique avec toutes ses conséquences.

(1) Il ne semble pas qu'on ait décrit dans l'épendymite chronique méningococcique, les états réticulé, cryptique, varioliforme, fenêtré, etc., qu'on observe dans les autres variétés étiologiques d'épendymite, décrites par Merle.

Ependymite séreuse. — On peut observer en quelques cas, et dès le début, une épendymite qui se distingue de la précédente par l'absence de suppuration, véritable épendymite séreuse dont les lésions manifestent une acuité et une intensité moindres. Cette épendymite séreuse peut se transformer en épendymite suppurée.

Dans cette épendymite séreuse initiale, on constate un certain degré de dilatation ventriculaire, habituellement peu marquée. La paroi ventriculaire se montre mate, irrégulière, granuleuse; sa surface est sillonnée, comme dans les cas précédents, par un réseau vasculaire assez accentué; pas de pus au niveau de la paroi; le liquide reste clair ou à peine opalescent, contenant des lymphocytes surtout et quelques rares méningocoques.

Au point de vue histologique, on observe des lésions épendymaires analogues à celles qui ont été décrites plus haut, mais moins accusées; ce sont l'état plissé, les multiplications cellulaires, puis ailleurs la tuméfaction trouble, lésions pouvant entrainer une desquamation généralement restreinte.

La couche sous-épendymaire présente un certain degré d'œdème avec infiltration séreuse et cellulaire de la trame névroglique; on perçoit les nodules inflammatoires habituels, avec la gainite périvasculaire classique.

Bref, ce sont des lésions de la phase aiguë suppurée, mais subissant d'emblée une évolution subaiguë ou lente en rapport évident avec l'atténuation de virulence du germe spécifique.

Quand cette épendymite séreuse passe à l'état chronique, le travail d'organisation fibreuse et de cicatrisation s'opère comme précédemment, entraînant toujours et entretenant l'état d'hydrocéphalie acquise, dont l'origine inflammatoire reste indiscutable.

Épendymite cloisonnée. — Telle qu'elle vient d'être décrite, l'épendymite suppurée ou séreuse évolue simplement et sans qu'aucun incident ne vienne modifier son allure habituelle; en particulier la libre circulation du liquide céphalo-rachidien, qui subit, du fait des lésions ventriculaires, un certain degré d'hypertension, est conservée, témoin la quan-

tité exagérée de liquide s'écoulant sous forme de jet continu, qu'on obtient par la ponction lombaire.

Mais en d'autres circonstances l'évolution des lésions épendymaires est troublée par des complications qu'elles créent elles-mêmes ou qu'elles subissent de la part de l'inflammation méningée de la région basilaire. Ces complications se résument dans un *cloisonnement* consécutif à l'oblitération des orifices de communication qui réunissent les ventricules les uns aux autres, ou l'ensemble des cavités ventriculaires avec les espaces sous-arachnoïdiens de la base.

Ces oblitérations qui entraînent des conséquences graves peuvent être dues :

1° A l'inflammation épendymaire elle-même qui obstrue les trous de Monro, faisant communiquer le ventricule moyen avec chacun des ventricules latéraux, de même aussi l'aqueduc de Sylvius qui conduit du 4e ventricule au ventricule moyen. Ces oblitérations sont provoquées soit par des flocons purulents faisant simplement « bouchon » à l'entrée des orifices précités, soit par des rétrécissements dus au gonflement de l'épendyme ou aux altérations cicatricielles de ce dernier ;

2° A la formation des brides conjonctivo-fibreuses qui, en se développant à la région basilaire, peuvent obstruer le trou de Magendie, mais aussi les trous de Luschka, qui normalement assurent la libre circulation du liquide céphalo-rachidien entre l'ensemble des cavités ventriculaires et les espaces sous-arachnoïdiens.

Ces dispositions anatomiques nouvelles peuvent se produire pendant la période aiguë de la méningite ou à la phase chronique, ou bien à l'occasion de la période de réparation lente qui continue à s'opérer silencieusement après la guérison clinique apparente de la méningite.

Elles entraînent fatalement l'isolement complet des cavités intéressées, dont les lésions évoluent alors d'une façon autonome, indépendamment de celles des cavités voisines. Cette particularité explique les différences qu'on est appelé à observer parfois entre les altérations des ventricules latéraux et du 3e ventricule quand les deux trous de Monro sont oblitérés : elle explique aussi, quand un seul de ces orifices est oblitéré, la présence d'une épendymite purulente dans l'un des ventricules latéraux, et d'une épendymite séreuse dans l'autre.

Quand l'oblitération porte à la fois sur le trou de Magendie et les trous de Luschka, elle a pour conséquence de séparer complètement l'ensemble des cavités ventriculaires de la cavité sous-arachnoïdienne et de réaliser un bloquage général des ventricules. C'est d'ailleurs le cloisonnement qu'on observe le plus communément.

L'infection se cantonne alors dans les ventricules et évolue ainsi en cavité close (pyocéphalie ou hydrocéphalie), continuant à progresser indépendamment des désordres de la cavité sous-arachnoïdienne, et alors même que les lésions de cette dernière entrent en régression et même en résolution. Les examens montrent en effet, dans la plupart de ces cas, des différences importantes dans l'intensité des altérations ventriculaires et des altérations méningées; on constate même parfois la *restitutio ad integrum* de ces dernières, alors que la pyocéphalie ou l'hydrocéphalie sont toujours présentes. De la méningo-ventriculite initiale il ne reste plus alors que la ventriculite qui continue à se développer seule, d'une façon indépendante, autonome, et pour son propre compte (Merle), absorbant à elle seule tout le processus anatomique.

Les cloisonnements qui se développent dans les conditions précitées peuvent être multiples et siéger simultanément en plusieurs régions du système méningo-ventriculaire ; c'est ce qui ressort de plusieurs observations, notamment de celle de Marfan (1) où l'autopsie montra l'existence de plusieurs foyers infectieux isolés les uns des autres, et même associés à des foyers médullaires.

1° Le principal était représenté par les ventricules latéraux et moyens qui étaient séparés du 4e par l'oblitération de l'aqueduc de Sylvius, obstrué par du pus concret;

2° Un autre foyer siégeait au niveau du 4e ventricule complètement isolé par le développement de plaques d'exsudats fibrino-purulents obstruant les trous de Magendie et de Luschka;

3° Un troisième foyer situé à la base du crâne; il existait en effet des adhérences entre le bulbe et les méninges au niveau du trou occipital, interrompant toute communication entre les espaces sous-arachnoïdiens, craniens et spinaux;

4° Un quatrième foyer, dorso-spinal, créé par une cloison fibrino-purulente siégeant au niveau des IVe, Ve et VIe vertèbres dorsales.

D'ailleurs, avant l'autopsie une injection ventriculaire de bleu de méthylène s'était strictement localisée au ventricule injecté, car une ponction lombaire pratiquée une demi-heure après montra tout d'abord que la teinte bleue n'avait nullement diffusé dans le canal rachidien; d'autre part, lors de l'ouverture du crâne la surface du cerveau avait conservé sa teinte normale.

Dans l'observation de Cazamian (2), on constatait, outre le bloquage des cavités ventriculaires, une nouvelle cloison siégeant dans la région du trou occipital, formant barrière complète entre les espaces sous-arachnoïdiens périencéphaliques et périmédullaires.

Ces cloisonnements multiples sont à retenir pour expliquer certains insuccès de la sérothérapie, attribués à tort au manque d'efficacité de la méthode ou du sérum employé.

Enfin des cloisonnements peuvent s'observer dans *dans les cavités ventriculaires elles-mêmes.* C'est ainsi que, chez un même sujet, Lesage (in Th. de Hallez) a constaté dans le ventricule droit un abcès cloisonné de la corne frontale, le reste du ventricule ayant conservé son aspect normal, et, dans le ventri-

(1) MARFAN. Forme cloisonnée et ventriculaire de la méningite cérébro-spinale (épendymite méningococcique évoluant en cavité close). *Bulletin médical*, 5 février 1916.

(2) CAZAMIAN. Méningo-épendymite cloisonnée. Sérothérapie dans le rachis et les ventricules cérébraux (trépano-ponctions itératives). Mort par méningite basilaire évoluant en cavité close. *Soc. méd. des hôpit.*, 24 mars 1916.

cule gauche un autre abcès, cloisonné également, de la corne occipitale.

Lésions des plexus choroïdes. — Au début, et avant que les lésions épendymaires ne soient constituées, les altérations choroïdiennes sont très accusées ; les plexus sont turgescents, les vaisseaux très congestionnés et très dilatés ; la trame conjonctive est élargie, épaissie, envahie par de l'œdème inflammatoire qui distend ses mailles, et une infiltration cellulaire abondante. L'épithélium de revêtement est gonflé, prend une apparence trouble ; ses cellules deviennent vacuolaires, se disjoignent, puis desquament.

Ces lésions ne sont perceptibles qu'exceptionnellement, car la mort survient en général trop tardivement pour qu'on puisse les surprendre à cette période initiale.

Déjà, après quelques jours, elles s'atténuent fortement, en effet, même quand l'inflammation ventriculaire ambiante est très intense. On ne constate plus alors qu'un léger degré de congestion ; la trame conjonctive n'est plus infiltrée que par quelques éléments migrateurs, des lymphocytes le plus souvent. La plus grosse altération consiste, comme l'aspect macroscopique l'a constaté, dans un englobement de la masse du plexus par une couche purulente pénétrant jusque dans les récessus choroïdiens. Le microscope y décèle les éléments du pus, renfermant souvent du méningocoque et accompagnés de cellules épithéliales desquamées de la surface des franges. Quand l'affection est plus ancienne encore, les globules pyoïdes sont compris dans une trame fibrineuse très délicate, qui enserre les villosités choroïdiennes : il peut donc en résulter des troubles dans la formation du liquide céphalo-rachidien.

Ce défaut de concordance entre l'intensité des lésions choroïdiennes et ventriculaires est assez remarquable. L'inflammation des plexus précède vraisemblablement celle des ventricules, constatation intéressante car elle incite à penser que les plexus choroïdes constituent les intermédiaires entre l'infection méningée et l'infection des ventricules dont ils assurent l'ensemencement ; de plus, une fois l'épendyme aux prises avec cette infection, le rôle des plexus semble se réduire progressivement. C'est ce que Merle a formulé de la façon suivante : « Une fois l'infection installée dans les cavités cérébrales, les formations choroïdiennes n'ont plus aucun rôle spécial, et c'est l'épendymite généralisée à la paroi qui constitue le rôle capital. »

D'ailleurs, dans les formes chroniques de la ventriculite, il est rare de constater les altérations bien caractérisées de ces plexus choroïdes. On y remarque en général un léger degré de congestion vasculaire, sans altération nette de l'épithélium.

Il semble que leur englobement dans une gangue fibreuse signalé par d'Astros, puis Haushalter et Thiry, au cours de méningo-ventriculites étrangères au méningocoque, n'ait pas encore été observé dans la méningococcie.

L'absence de lésions nettes constatées à cette période ne saurait exclure, comme l'a formulé Merle, la participation des plexus choroïdes à la période de début ; leur inflammation fait partie intégrante de la détermination initiale de l'infection méningococcique des ventricules. Tout cet ensemble de lésions constitue donc un tout qu'il est difficile de dissocier, et qu'on est conduit à désigner sous la dénomination de : *méningo-choroïdo-épendymite.*

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 21 FÉVRIER 1920)

L'isochronisme radio-fémoral des pulsations artérielles. — M. A. MOUGEOT (de Royat). L'isochronisme radio-fémoral des pulsations artérielles est bien un phénomène physiologique ; il est conservé même chez les sujets dont la vitesse de propagation des ondes pulsatiles s'éloigne notablement de la normale, à condition que les aortes descendante thoracique et surtout abdominale ne soient pas nettement lésées.

Les aortites thoraco-abdominales, au point de vue dynamique, se divisent en deux catégories que la séméiologie graphique individualise nettement : la forme térébrante, ectasiante, entraînant l'asynchronisme radio-fémoral par excès de retard fémoral ; la forme rigidifiante, accélératrice, entraînant le signe (découvert par l'auteur) de l'asynchronisme par avance fémorale. Les mensurations ont été faites à l'aide de tracés à grande vitesse et de l'inscription chronométrique au 1/50 de seconde dans le service de M. Ch. Laubry.

Recherches toxicologiques sur l'alcoolisme aigu chez l'homme. Dosage de l'alcool dans les humeurs et les viscères d'individus morts en état d'ivresse. — M. BALTHAZARD et Mlle LAMBERT. Il est important, en médecine légale, de pouvoir déterminer sur le cadavre le degré d'imprégnation éthylique de l'individu au moment de la mort. Carrara y est parvenu en 1913 en dosant l'alcool dans le liquide céphalo-rachidien par la méthode de Nicloux. Par le même procédé, les auteurs ont recherché et dosé l'alcool dans les humeurs et les organes de sujets ayant succombé en état d'ivresse. Lors même que l'autopsie est pratiquée plusieurs jours après la mort, il est possible de retrouver des quantités assez considérables d'alcool, sensiblement les mêmes en pourcentage dans toutes les humeurs et les organes et atteignant 4, 5 et même 6 p. 1.000. Leurs recherches confirment donc chez l'homme les résultats expérimentaux de Nicloux : l'alcool diffuse dans tout l'organisme et n'offre pas de localisation.

Grâce à ces dosages, il est possible d'obtenir une indication sur la quantité d'alcool ingérée dans les heures qui ont précédé la mort, cette quantité étant, au minimum, égale par kilogramme de poids du corps à la teneur pour 1.000 du sang en alcool. C'est ainsi que, chez un individu pesant 51 kg. mort en état d'ivresse profonde, le sang contenait 5cc50 d'alcool pour 1.000 ; l'individu avait donc ingéré une quantité minimum de 280 cc. d'alcool absolu qui correspond à près de 3 litres de vin ou à plus d'un demi-litre d'eau-de-vie.

On ne trouve pas trace d'alcool chez les abstinents et chez les individus qui ont succombé longtemps après la dernière absorption d'alcool (24 heures). Il en existe des quantités modérées, 0cc2 à 0cc5 p. 1.000, chez les sujets morts d'une à trois heures après un repas comportant moins d'un demi-litre de vin. Les teneurs du sang en alcool égales ou supérieures à 1cc5 p. 1.000 impliquent l'ingestion rapide d'une quantité d'alcool qui, sans produire une ivresse complète, est capable, même chez un alcoolique invétéré, d'expliquer les pertur-

bations fonctionnelles ayant causé la mort subite ou rapide.

Le dosage systématique de l'alcool sur le cadavre a donc une importance capitale dans toutes les questions de responsabilité, pénale ou civile, que soulèvent les homicides volontaires, par imprudence et les accidents du travail.

De la possibilité des injections intratrachéales liquides sans miroir. Contrôle expérimental. — M. Paul CANTONNET utilise, depuis 1904, un procédé d'injection basé sur le principe de physiologie suivant. Les mâchoires écartées et la langue étant maintenue en extension forcée, le coup de piston lingual du mylo-hyoïdien, indispensable à la déglutition, ne peut se produire, l'orifice œsophagien étant ainsi supprimé, il suffit de faire respirer 8 à 10 fois le sujet pour ouvrir la glotte par laquelle pénètre le liquide.

Le 13 février 1920, dans le service du Dr Lombard, il a été injecté à un malade 12 cc. d'une émulsion de bleu de méthylène. Le Dr Baldenweck a constaté, quelques minutes après, au moyen du miroir et par l'examen direct à l'électroscope de Brunnings, que l'épiglotte, les cordes, les ventricules et les anneaux de la trachée étaient colorés en bleu.

M. GUEYSSE. Il est à craindre que l'huile ne diffuse jusqu'aux alvéoles pulmonaires, comme semblent l'indiquer des expériences antérieures.

Excitation des nerfs par ouverture de courants galvaniques. Décalage du seuil d'ouverture. Décalage du blocage (courant descendant). — MM. Henry CARDOT et Henri LAUGIER. Les passages de courant augmentent considérablement l'efficacité de courants consécutifs, tant au point de vue de la production de l'excitation d'ouverture anodique qu'au point de vue de la production du blocage cathodique de rupture.

Accidents paralytiques d'origine médullaire provoqués chez le lapin par des inoculations de substance nerveuse normale homologue. — M. P. REMLINGER. Les inoculations sous la peau du lapin de substance nerveuse homologue déterminent exceptionnellement des accidents paralytiques à type de myélite aiguë, rappelant les paralysies qu'à titre exceptionnel également on observe au cours du traitement antirabique. Pour expliquer la genèse de ces dernières, il paraît donc inutile de faire intervenir le virus ou la toxine.

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Alimentation. Ravitaillement, par R. LEGENDRE, docteur ès sciences. 1 vol. de 327 p., de la Collection « Les Leçons de la guerre », avec préface de M. Charles RICHET, membre de l'Institut. — Prix : 8 fr. net. — Paris, Masson et Cie.

N° 24. — MARDI 9 MARS 1920. 93e ANNÉE. MARDI 9 MARS 1920. — N° 24.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 15 francs par an.
Étudiants étrangers, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 6 fr. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — **CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX.** — *Consultation écrite.* — Séance du 4 mars. — MM. Vallery-Radot, 20 ; Philibert, 15 ; Leconte, 18 ; Beaufumé, 19.

— **CONCOURS DE L'INTERNAT.** — *Lecture des copies.* — *Anatomie.* — Séance du 4 mars. — MM. Théodoresco, 11 ; Chevallier (Henri), 12 ; Privé, 10 ; Grenier, 13 ; Philippeau, 11 ; Lemariée, 12 ; Barreau et Laurent (Marcel), 11.

Séance du 5 mars. — MM. Surun, 12 ; Lafourcade-Cortina et Veil (Prosper), 11 ; Génin et Roullet, 12 ; Leflaive, 10 ; Clément (Robert), 13.

Séance du 6 mars. — MM. Bruant, 10 ; Jacquet, 11 ; Bonnet, 12 ; Clément (Jean), 11 ; Denoyelle, 13 ; Berthon et Renardier, 10 ; Weill (René), 12.

Pathologie. — Séance du 4 mars. — MM. Hermet, 13 ; Delmas, 12 ; Boulin (Raoul), 13 ; Enot, 8 ; Marchal, 12 ; Le Coulm, 8 ; Azoulay et Dubranle, 12 ; Viollet, 10 ; Ménard, 11.

Séance du 6 mars. — MM. Favory, 11 ; Lebègue, 9 ; Ravina (André), 13 ; Leroux, 12 ; Robin (Victor), 9 ; Marceron, 12 ; Plet, 7 ; Richon, 13 ; Paturet, 14 ; de Gennes, 13.

— Un concours pour la nomination à une place d'ophtalmologiste des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 17 mai 1920, à midi, dans la Salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49. Cette séance sera consacrée à la composition écrite.

MM. les Docteurs en médecine qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'Administration, de 10 heures à 15 heures, du lundi 19 avril 1920 au samedi 1er mai inclusivement.

HOPITAUX DE PROVINCE. — MARSEILLE. — *Concours de l'externat.* — Un concours pour la nomination à 66 places d'externes en médecine et en chirurgie s'ouvrira le lundi 26 avril 1920 à 9 h. du matin.

S'inscrire au secrétariat des hospices, à l'Hôtel-Dieu, avant le lundi 12 avril 1920.

Conditions : 4 inscriptions. Traitement : 600 fr. par an.

Epreuves : Exposé des titres militaires ; épreuve écrite de pathologie chirurgicale élémentaire ; épreuve orale d'anatomie, ostéologie et arthrologie ou myologie élémentaire ; épreuve de pansements, bandages et petite chirurgie.

FACULTÉS DES DÉPARTEMENTS. — MONTPELLIER. — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts en date du 4 mars 1920, la chaire de microbiologie de la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier (fondation de l'Université) est déclarée vacante.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts en date du 4 mars 1920, des concours s'ouvriront le 25 octobre 1920 devant la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier :

1° Pour l'emploi de professeur suppléant de clinique obstétricale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille ;

2° Pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales à ladite école ;

3° Pour l'emploi de professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à ladite école.

Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

Un délai de 20 jours, à partir de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour produire leurs titres. (*J. O.*, 5 mars 1920.)

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE, DE L'ASSISTANCE ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALES. — Ont été nommés aux emplois de médecins de la santé :

M. le Dr Loir à la résidence du Havre.

M. le Dr Tohrteau, à la résidence de Pauillac (Gironde).
M. le Dr Huillet, à la résidence de Marseille.
M. le Dr Villejean, a été nommé agent principal, médecin de la santé, à la résidence de Cherbourg. (*J. O.*, 5 mars 1920.)

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE. — La séance solennelle annuelle de la Société aura lieu le mardi 9 mars à 4 h. 1/2 à l'hôtel des Sociétés savantes, 8, rue Danton, sous la présidence de MM. les ministres de l'Intérieur, de l'Instruction publique, de l'Hygiène et de la Prévoyance sociales, et de M. le professeur Roger, doyen de la Faculté de médecine de Paris.

Le public est admis aux séances de la Société.

CONFÉRENCES DE PATHOLOGIE INTERNE. — M. le Dr Maurice Villaret, agrégé, a commencé ses leçons de pathologie interne le lundi 8 mars 1920, à 18 heures (amphithéâtre Vulpian), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Objet du cours : Maladies du foie, des voies biliaires et du pancréas.

COURS DE PATHOLOGIE EXTERNE. — M. Maurice Chevassu, agrégé, chargé de cours de clinique des maladies des voies urinaires, commencera le cours de pathologie externe le mardi 9 mars 1920, à 6 heures (amphithéâtre Vulpian) et le continuera les jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Ce cours est plus spécialement réservé aux étudiants de 3e année d'études.

Programme : Organes génitaux de l'homme, bassin, crâne, face, cou, rachis.

COURS D'ANATOMIE MÉDICO-CHIRURGICALE. (Professeur : M. Bernard CUNÉO.) — M. le prof. Bernard Cunéo commencera le cours d'anatomie médico-chirurgicale appliquée à la médecine opératoire le vendredi 12 mars 1920, à 16 heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Objet du cours : Anatomie chirurgicale du cou et du tronc avec opérations correspondantes.

ÉCOLE DE PUÉRICULTURE (Fondation Franco-Américaine, 64, rue Desnouettes, Paris, XVe). Directeur : M. le Prof, PINARD. — ENSEIGNEMENT ÉLÉMENTAIRE DESTINÉ AUX INFIRMIÈRES. — 1re partie : *Hygiène de la femme en état de gestation, de la parturiente et du nouveau-né* (M. le Prof. Couvelaire, avec la collaboration du Dr Lévy Solal).

2e partie : *Hygiène du nourrisson* (M. le Prof. Marfan, MM. les Drs Weill-Hallé, Lesné, Lemaire, Dorlencourt et Blechmann).

3e partie : *Hygiène de la seconde enfance et de l'âge scolaire* (M. le Prof. Léon Bernard, Mlle Milliard et MM. les Drs Méry, Armand-Delille, Weill-Hallé, Sicard de Plauzoles, André Collin, Trèves et Vitry).

4e partie : *Hygiène sociale, protection et assistance légales* (M. Guillon, avec la collaboration de MM. Belhomme et Fockemberghe).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA QUESTION DES SURSIS

M. le prince Joachim Murat, député, demande à M. le ministre de la Guerre, si un étudiant, engagé de la classe 1919 pour la durée de la guerre en janvier 1918, ayant omis par ignorance de faire sa demande de sursis au moment de la visite médicale, peut le demander et l'obtenir actuellement. (*Question du 20 février 1920.*)

Réponse. — Réponse négative. (*J. O.*, 5 mars 1920.)

AVIS

En raison de l'élévation des frais d'affranchissement, pour éviter toute correspondance inutile, il ne sera répondu aux demandes de numéros que lorsqu'elles seront accompagnées du montant de ces numéros en timbres-poste ou mandat.

Le Professeur RAUZIER

(DE MONTPELLIER)

La mort vient d'enlever brutalement le prof. Rauzier en pleine activité scientifique et professionnelle. Elle a relevé le défi que paraissait lui avoir lancé cet homme par sa force de travail incomparable et sa valeur intellectuelle hors de pair. Rauzier se jouait de sa vie voulant produire toujours davantage et faire sans cesse plus de bien; il paraissait l'avoir asservie à sa loi; la mort a pris sa revanche sans pitié pour les cœurs qu'elle brisait et implacablement l'a terrassé au milieu de son œuvre.

L'œuvre scientifique de Rauzier est considérable; successivement externe et interne des hôpitaux de Montpellier, chef de clinique médicale, agrégé des facultés de médecine (1892), il est, en 1907, titularisé comme professeur de pathologie et de thérapeutique générales. Deux ans après, il fait avec son maître, le prof. Grasset, échange d'enseignement et est nommé professeur de clinique médicale.

Parmi ses publications nous citerons sa contribution au *Traité de thérapeutique de Robin*, au *Traité de thérapeutique et de pahologie générales* de Brouardel, son magistral *Traité des maladies du système nerveux*, en collaboration avec le prof. Grasset, ses *Leçons de thérapeutique pratique*, son *Traité des maladies des vieillards*, ses *Leçons cliniques*, etc.

Si Rauzier fut un maître accompli il fut encore un médecin d'une valeur exceptionnelle. La reconnaissance des nombreuses générations d'élèves qu'il avait formées avec passion, la renommée légitime de la sûreté de son diagnostic, les succès de sa thérapeutique lui avaient valu une des premières places parmi les consultants régionaux. D'une probité professionnelle rigoureuse, Rauzier est un des hommes qui a le plus contribué à conserver au médecin dans notre région son attitude digne, sa physionomie austère, sa conscience irréprochable en lui montrant le danger d'un modernisme excessif et en le maintenant dans les limites de la belle honnêteté grâce au purifiant traditionnalisme de notre vieille école montpelliéraine.

Il part aimé, admiré, regretté de tous, nous ayant donné par sa vie de labeur acharné l'exemple le plus complet de trois qualités maîtresses qui étaient l'âme même de Rauzier : la science, le devoir et la bonté...

L. RIMBAUD.

NOTE DE PRATIQUE

LES CONTRE-INDICATIONS DU FER

Tous les praticiens savent que le fer est contre-indiqué chez les tuberculeux, les dyspeptiques et les eczémateux. Comment alors assurer la réparation globulaire chez ces malades, qui sont le plus souvent en état d'hypoglobulie notable?

L'hémoglobine vraie (qu'il ne faut pas confondre avec le sang desséché ou glycériné qu'on décore de ce nom dans le commerce) rend ici des services qu'ont pu apprécier déjà nombre de médecins, traitant soit les affections générales soit les maladies de la peau.

L'hémoglobine constitue un traitement à la fois ferrugineux et zomothérapique, exempt des complications qu'entraîne l'usage de la viande crue et de ses jus (tænia, ptomaïnes).

Cette substance ne demande aucun effort aux organes digestifs, pour la raison qu'elle constitue un fer déjà vitalisé. (Expériences dans les hôpitaux de Paris, sirop de Deschiens, à l'hémoglobine vraie.)

SUR L'UTILISATION ALIMENTAIRE & THÉRAPEUTIQUE

DES

GRAINES DE FÉNUGREC

Par M. Louis RÉNON.

J'ai utilisé, il y a 15 ans, les graines de Fénugrec dans l'alimentation des tuberculeux (1), encouragé par l'histoire de ces graines dans la médecine populaire et surtout par les travaux scientifiques publiés sur la grande teneur de ces semences en éléments nutritifs de premier ordre.

Le Fénugrec, *Trigonella fœnum græcum*, de la famille des Légumineuses, pousse très facilement. « Sa culture demande peu de soins. Il suffit pour le semer, dit Pline, de scarifier le sol (2). » La plante se développe très vite, et j'ai pu, en 1913, obtenir deux récoltes dans le printemps et l'été de la même année dans le climat chaud de Saint-Jean-de-Luz.

L'usage des graines de Fénugrec remonte à la plus haute antiquité, en Grèce, en Egypte et dans toute l'Afrique du Nord. « Il éclaircit la voix, apporte un aliment au poumon, adoucit la poitrine et la gorge, calme la toux et la dyspnée, convenablement bouilli avec des dattes et des figues et pris quelque temps avant les repas. Sa décoction avec du vinaigre est utile dans la débilité de l'estomac, provoque l'urine et les menstrues », dit Avicenne qui l'utilisait seul ou associé au semen-contra et au lupin contre le diabète. (*Lib. Canon*, lib. II, tract. II.) « Les gens du peuple égyptien mangent les semences de Fénugrec, surtout les femmes qui désirent engraisser », dit Prosper Alpin (*De plant. Ægypt.*, 1640). « Il y a dans le Fénugrec beaucoup de chaleur et de viscosité, et la viscosité empêche les effets nocifs de la chaleur. Il facilite la conception : *facit generationem matricis facilem*, dit Albert le Grand (*De vegetab. et plantis*, tract II).

En Tunisie, l'usage du Fénugrec est très répandu. Un de mes élèves me communiquait en 1914 la manière de l'utiliser dans ce pays. « La graine débarrassée de ses impuretés est pilée dans un mortier en cuivre et réduite en farine aussi fine que possible. Cette farine est ensuite mélangée avec de l'huile d'olive pure et du sucre en poudre dans les proportions moyennes suivantes : farine de Fénugrec, moitié d'un bol; huile d'olive, 3 cuillerées à soupe; sucre en poudre, 2 cuillerées à soupe. De ce mélange, l'adulte commence par prendre 2 cuillerées à soupe le matin à jeun; puis, on augmente progressivement la dose jusqu'à la moitié d'un bol qui remplace le petit déjeuner du matin. Bien souvent, on boit, en même temps, de l'eau où la graine de Fénugrec a séjourné pendant 24 heures. Cette boisson a des propriétés dépuratives, diurétiques et stimule l'appétit. Les préparations de Fénugrec sont indiquées chez les personnes qui veulent grossir — c'est le cas des jeunes filles tunisiennes maigres qui cherchent à prendre du poids avant de se marier — chez les anémiques, les prédisposés à la tuberculose et les tuberculeux. Chez les personnes maigres, mais saines, le résultat est remarquable; elles augmentent de poids d'une façon très sensible. Chez les malades, l'amélioration est très notable. »

Les graines de Fénugrec sont utilisées par les éleveurs pour engraisser promptement les bestiaux, et, lors de mon premier achat de ces semences, j'ai appris du grainetier qui me les vendait qu'elles étaient souvent employées par les cochers de fiacre parisiens pour donner en fin de journée, à leurs maigres chevaux, un stimulant supérieur à l'avoine.

Ces propriétés intéressantes des graines de Fénugrec tiennent à leur composition biochimique qui comprend :

1° De la *mannogalactane* qui donne, par hydrolyse par un acide ou sous l'action d'un ferment existant dans la plante, la seminase, 50 p. 100 de mannose (Bourquelot et Hérissey. *C. R. de l'Acad. des sciences*, 1900, t. CXXX, p. 731; — Hérissey. *C. R. de l'Acad. des sciences*, 1900, t. CXXX, p. 1717).

2° Un *alcaloïde*, la trigonelline (0,15 p. 100) et un *alcali-alcool*, la choline (0,05 p. 100) (Jahns. *Ber. chem. Ges.*, 1885, t. XVIII, p. 2518; 1887, t. XX, p. 2840; *Arch. de pharm.*, 1887, t. CCXXV, p. 985).

3° Une *essence* (0,014 p. 100) (Hoensel. *Pharm. Zeit.*, 1903, t. XLVIII, p. 58).

4° Une *substance amère*.

5° Une *huile grasse* (6 à 7 p. 100) et des corpuscules d'*aleurone* (22 p. 100) [de Moeller. *Real Enzykl.*, 1905, t. V, p. 48].

6° Un *tannin* et une *matière colorante jaune*.

7° Des *matières protéiques* (27 p. 100); une globuline; deux albumines α et β; une nucléo-protéide remarquable par sa richesse en phosphore et en fer organique (Wunschendorff. *Journ. de pharm. et de chimie*, 1919, t. XX, p. 86).

8° Un *glucoside du groupe des saponines* (Wunschendorff. *Journ. de pharm. et de chimie*, 1919, t. XX, p. 183).

9° Des *cendres* (3,0038 p. 100). Ces cendres obtenues par incinération au moufle à basse température ont la composition centésimale suivante (1) :

Cl	5g81
PO^4	18g991
SO^4	10g207
S^iO^3	6g019
Fe	1g542
Mn	Traces
Ca	5g981
Mg	4g299
K	27g990
Na	4g207
Non dosé	14g956
	100g000

La graine de Fénugrec est très riche en éléments azotés et phosphorés. On y trouve de la phytine, des nucléoalbumines et surtout des lécithines en proportion très élevée. D'après M. Wunschendorff, la

(1) Louis Rénon. *Conférences pratiques sur les maladies du cœur et des poumons*, Paris 1906, p. 317.

(2) Cazin. *Traité pratique et raisonné des plantes médicinales indigènes et acclimatées*, 1885, 4e édition, p. 434.

(1) Wunschendorff. Composition de la graine de Fénugrec et de ses cendres, *Journ. de pharm. et de chimie*, 1er avril 1914, p. 345.

farine obtenue avec la graine débarrassée de son tégument renferme 5g81 d'azote pour 100 et 1g042 p. 100 d'anhydride phosphorique répartis de la manière suivante :

P^2O^5 des lécithines........	0g135 p. 100
P^2O^5 de la phytine........	0g758 —
P^2O^4 des nucléoalbumines..	0g139 —

La proportion de lécithine varie de 1g50 à 1g70 p. 100, et, dans l'huile, il existe 6g25 p. 100 de lécithine et 0g50 p. 100 de phytostérine (1).

Les propriétés nutritives exceptionnelles de la graine de Fénugrec ont attiré de nouveau mon attention au début de la guerre et elles doivent être retenues à l'heure actuelle, non seulement au point de vue thérapeutique, mais au point de vue alimentaire. Dans ce temps de disette mondiale, l'utilisation d'un aliment extraordinairement riche en substances nutritives n'est pas à dédaigner. Malheureusement, la graine sèche de Fénugrec et sa farine possèdent une odeur très désagréable et une saveur très amère presque répugnantes. Cette odeur caractéristique persiste très longtemps dans l'organisme, passe dans les urines et dans les sueurs, et je l'ai même retrouvée dans la chair de lapins nourris avec cette graine. J'ai constaté la même odeur et la même saveur dans des préparations galéniques, extrait hydro-alcoolique, teinture, élixir de Fénugrec que m'avait fait préparer très obligeamment M. Perrot, ainsi que dans les urines et la sueur des malades qui en avaient fait usage. Elle serait due, d'après M. Wunschendorff, à des phénomènes purement diastasiques « apparaissant seulement quand la graine se dessèche et passe de la vie active à la vie latente ».

En traitant des graines vertes pendant quelques minutes par l'alcool bouillant, puis en les desséchant à basse température, cet auteur a obtenu des semences qui sont restées vertes, inodores et insipides, tandis que les graines fraîches, qui n'ont pas subi l'activation de l'alcool, présentent après leur dessiccation la saveur et l'odeur désagréables habituelles. En faisant germer à une température moyenne de 20° des graines sèches sur une éponge baignant dans l'eau, M. Wunschendorff a vu, au bout de 18 à 20 heures de germination, disparaître la saveur et l'odeur des semences de Fénugrec qui conservent encore entières leurs réserves alimentaires et qui peuvent être ainsi consommées utilement. La mauvaise odeur et l'amertume reparaissent si on laisse sécher les graines germées.

J'ai pu vérifier, à diverses reprises, les expériences de M. Wunschendorff en faisant pousser des graines de Fénugrec sur deux épaisseurs de tarlatane placées dans des plateaux de verre et imbibées d'eau. J'ai été frappé du développement extraordinairement rapide de ces graines et de la hauteur à laquelle arrivent en quelques jours les tigelles sur ce milieu peu nutritif, ce qui tient aux abondantes réserves contenues dans l'embryon. Les graines germées perdaient leur odeur et leur saveur qu'elles récupéraient dès qu'on les laissait sécher. Avec l'aide de mon interne en pharmacie, M. Caillaud, j'ai stabilisé ces germes désodorisés en les traitant par l'alcool. Mais ce procédé, qui comprend deux temps, germination et stabilisation, est trop compliqué pour pouvoir être utilisé dans la pratique alimentaire et thérapeutique. J'ai demandé à M. Hérissey (1), le distingué pharmacien de l'hôpital Necker, de désodoriser les graines sèches. M. Hérissey s'est servi d'alcool, procédé que j'ai appris avoir été utilisé antérieurement par M. Wunschendorff. Ces semences sont passées au moulin et au pilon pour en obtenir une poudre homogène. Cette poudre est traitée par lixiviation par l'alcool à 90° à la température ordinaire. Pour 1.000 g. de poudre, on emploie 5 à 6 litres d'alcool. La poudre épuisée par l'alcool est ensuite séchée à 35-40°. Tous les principes insolubles dans l'alcool, en particulier les mannanes et les galactanes ainsi que beaucoup d'autres substances, restent dans la poudre. La trigonelline, soluble dans l'alcool, est entraînée par la préparation. Mais elle n'a aucune propriété spéciale. Avant la guerre, j'ai injecté du chlorhydrate de trigonelline à des cobayes sains et à des cobayes tuberculisés sans remarquer la moindre action toxique ou thérapeutique de cet alcaloïde.

La poudre ainsi traitée perd presque entièrement sa saveur et son odeur désagréables et elle peut être utilisée en alimentation et en thérapeutique. Je l'emploie actuellement avec succès à la dose de 8 à 10 g. par jour dans le traitement de la convalescence des malades de mon service spécial de grippés de l'hôpital Necker. La perte d'alcool résultant de ce traitement de la farine de Fénugrec n'est pas assez onéreuse pour entraver l'usage de cette farine dans la thérapeutique; mais elle le serait trop pour l'alimentation courante. En opérant industriellement, l'alcool pourrait être entièrement récupéré. En faisant l'opération dans un appareil industriel genre Soxhlet, on obtiendrait des résultats parfaits avec une faible quantité d'alcool, comme en témoignent nos expériences de laboratoire. Permettre l'utilisation de la grande valeur nutritive des semences de Fénugrec dans l'alimentation et dans la thérapeutique serait rendre actuellement un réel service.

Au point de vue scientifique, la question du Fénugrec est, en raison du développement de la méthode biochimique, liée à la renaissance actuelle de la phytothérapie. Dès 1900, M. Bourquelot avait montré que les principes isolés des végétaux desséchés ne sont pas toujours ceux isolés des végétaux vivants. Pour connaître les principes immédiats d'un végétal vivant, il faut d'abord anéantir les ferments en traitant les végétaux frais et vivants par l'alcool bouillant (2). Les progrès de la nouvelle méthode biochimique, créée par cet auteur en 1901, furent considérables, et, en 1901, M. Bourquelot pouvait

(1) Wunschendorff. La graine de Fénugrec, *Journ. de pharm. et de chimie*, 16 août 1914, p. 153, et 1er juin 1919, p. 397.

(1) J'adresse à M. Hérissey et à M. H. Leclerc mes bien vifs remerciements pour l'aide précieuse et aimable qu'ils m'ont donnée au cours de mes recherches.

(2) Em. Bourquelot. Sur quelques données nouvelles relatives à la préparation des principes actifs des végétaux, *XIIIe Congrès internat. de méd.*, Paris, 2-9 août 1900.

écrire : « Grâce à la méthode biochimique, un grand nombre de plantes indigènes, usitées depuis un temps immémorial en médecine, surtout en médecine populaire, plantes dans lesquelles l'analyse n'avait rien révélé, vont se trouver réhabilitées (1). »

SUR L'EMPLOI DES VACCINS

DANS

LES INFECTIONS A PYOGÈNES

Par M. AUVRAY (2).

Je dois à M. le professeur Delbet de verser mon observation personnelle au débat actuellement ouvert sur le rôle des vaccins dans les infections à pyogènes.

Le 13 décembre, je me suis fait, en opérant un phlegmon de la main sur une malade de mon service de Laënnec, une très légère piqûre de l'index gauche qui a été suivie d'un panaris avec propagation de l'infection à la paume de la main. Les plaies étaient en fort bonne voie de guérison et déjà les massages avaient été commencés lorsque, dans la soirée du dimanche 1er février, j'étais pris d'un brusque accès de fièvre avec température à 40°, frissons, courbature générale, nausées, mal de tête. Dans la nuit des douleurs apparaissaient dans la main, en même temps qu'un ganglion douloureux se développait dans l'aisselle. Au milieu de la nuit je substituai au pansement sec de la main un pansement humide, et à ce moment je constatai qu'il existait sur le dos de la main, au niveau d'une petite cicatrice que j'avais fait masser avec persistance, un placard d'érysipèle très caractéristique avec son bourrelet; il présentait à peu près les dimensions d'une pièce de 5 fr. Le lundi matin, au moment de la visite de mon ami Lardennois, l'état général était toujours le même et localement l'érysipèle s'était étendu à tout le dos de la main; dans la journée du lundi l'état général resta grave, il y avait une grande prostration, une raréfaction notable des urines et la température restait aux environs de 40°. Lardennois me proposa d'avoir recours aux vaccins de Delbet, ce que j'acceptai immédiatement. Il prit auprès de M. Delbet tous les renseignements utiles, et le lendemain mardi il m'apportait les tubes qui lui avaient été remis par le laboratoire de M. Delbet, et la vaccination était faite dans l'après-midi vers trois heures. Dans la journée du mardi la situation était la même que la veille, la température restait toujours aux environs de 40°, l'état général était toujours aussi mauvais, la prostration et la raréfaction des urines très grandes. Localement, l'érysipèle s'était étendu à toute la surface dorsale des doigts et s'accompagnait d'une dermite très intense. Le mardi, c'est-à-dire le même jour que la vaccination, dans la soirée, mes amis, Faure, Lardennois et Sauvé jugèrent utile de faire sur le dos de la main qui était le siège d'un œdème considérable et à la paume de la main trois incisions auxquelles ils adjoignirent de nombreuses mouchetures; toutes ces incisions laissèrent écouler une abondante sérosité, mais pas de pus. Au niveau des doigts ils ouvrirent plusieurs phlyctènes; le liquide séreux qui s'écoulait de ces phlyctènes fut recueilli dans plusieurs pipettes. L'examen bactériologique y a révélé l'existence de quelques staphylocoques et dans l'une des pipettes un microbe anaérobie qui n'a pu être défini.

Dans la soirée du mardi la température restait toujours aussi élevée, mais le lendemain matin mercredi, une grande détente s'était produite, la température n'était plus qu'à 38°2 et devait y rester toute la journée. La diurèse devenait beaucoup plus abondante, les symptômes généraux s'amendaient. Le jeudi matin la température était tombée à 36°8 et à partir de ce jour ne devait plus dépasser 37°; il avait fallu seulement 36 heures pour obtenir une apyréxie complète. Or les accidents avaient débuté avec une brusquerie telle et avaient évolué dès le début d'une façon si grave que tout était à redouter et que la situation pendant les 48 premières heures pouvait être considérée comme sérieuse. J'ai vu, surtout pendant la guerre, un certain nombre de cas d'érysipèle et je ne les ai jamais vus, quelle que fût la méthode de traitement appliquée, tourner court aussi rapidement. Localement l'érysipèle est resté limité à la main et aux doigts, il n'a pas envahi l'avant-bras. Mais à la main et surtout au niveau des doigts il y a eu une dermite très intense, les doigts ont pris une coloration rouge vineux qui ne laissait pas d'être inquiétante. Les choses toutefois se sont arrangées et la guérison des doigts et des plaies est chose complète. Voici dans quelles conditions avait été faite la vaccination : Lardennois injecta dans la cuisse gauche 4 cc. du vaccin fourni par le Pr Delbet; 2 cc. furent faits en un point; 2 cc. en un point un peu plus élevé. Cette vaccination n'amena pas de réaction générale, la température resta après la vaccination ce qu'elle était avant, c'est-à-dire aux environs de 40°, et il n'y eut rien d'anormal à signaler dans l'état général. Localement dans les jours qui ont suivi il y eut une tuméfaction marquée de la cuisse vaccinée et une douleur assez vive pour gêner beaucoup les mouvements même dans le lit. Cette gêne dura 4 ou 5 jours. Comme incidents survenus à la suite de la vaccination, il y eut une diarrhée abondante dans la journée du mercredi et le jeudi matin, puis une urticaire généralisée qui a persisté pendant une huitaine de jours et qui a été gênante par les démangeaisons qu'elle a provoquées. Mais ce sont là inconvénients minimes, la disparition de tous les symptômes graves s'est faite avec une étonnante rapidité, puisque je me levais dès le vendredi et que le lundi suivant je faisais ma première sortie. Je le répète, nous ne sommes pas habitués à voir, dans les érysipèles à début si grave, les accidents tourner court si rapidement et, sans médire des incisions de décharge faites en plusieurs points de la main, qui ont peut-être été un adjuvant très utile, je reste pour ma part intimement convaincu de l'efficacité du vaccin que M. Delbet a bien voulu mettre

(1) Em. Bourquelot. Congrès internat. de pharm. de Bruxelles, 3 sept. 1910; — *Journ. de pharm. et de chimie*, 16 sept. 1910.

(2) Communication à la Société de chirurgie, séance du 3 mars 1920.

à notre disposition. J'exprime à mon maître toute ma reconnaissance pour la part si grande qu'il a prise à ma guérison.

THYROÏDITE AU COURS DU SCORBUT

Par Paul BONNET,
Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Lyon.

Nous avons eu l'occasion d'observer, comme complication au cours de l'évolution d'un scorbut une thyroïdite suppurée. Nous croyons utile d'en rapporter l'observation, à cause de la grande rareté des complications glandulaires au cours de cette affection et pour l'interprétation pathogénique que nous pensons pouvoir en donner.

La grande misère dans laquelle se trouvait plongée, après deux années de guerre, la population de Roumanie, éprouvée déjà par des épidémies meurtrières de typhus exanthématique et de fièvre récurrente; la pauvreté de l'alimentation d'où étaient exclus, à peu près complètement, par suite d'un hiver prolongé, les légumes verts, aboutirent à une importante épidémie de scorbut.

Un certain nombre de malades furent admis pour des complications osseuses ou articulaires à l'hôpital français de Jassy et l'un d'eux, en cours de traitement, présenta brusquement les signes d'une thyroïdite aiguë.

Observation. — Pavel Ion, 39 ans, cultivateur, entre à l'hôpital français, le 4 juillet 1918, pour des complications articulaires du scorbut.

Son état général est encore relativement peu atteint, malgré la durée déjà longue de la maladie, dont il fait remonter le début au mois de février 1918. A ce moment, presque subitement le scorbut se manifesta par l'apparition d'hématomes diffus au niveau des membres inférieurs, avec prédominance à la cuisse et dans le creux poplité droits.

La maladie évolua lentement, marquée de suffusions sanguines sous-cutanées ou intramusculaires répétées, d'hémorragies gingivales peu importantes. Depuis le début le malade garda le lit, autant à cause de l'impotence fonctionnelle créée par les hématomes musculaires et les phénomènes articulaires que pour l'asthénie profonde dont il se sentait atteint.

A l'examen, le 5 juillet, les lésions ostéo-articulaires persistent seules :

Le genou droit est fléchi à 45°, tuméfié.

A la palpation les extrémités osseuses du fémur et du tibia semblent augmentées de volume, font corps avec les parties molles, comme au cours d'une ostéomyélite chronique.

Les téguments, pigmentés, sont particulièrement secs, déshydratés, un peu adhérents aux plans musculaires.

Il n'y a pas de choc rotulien, mais on sent la synoviale épaissie; on peut la saisir entre le pouce et l'index, la pincer comme on fait lorsqu'on recherche le signe du « pincement de la vaginale ». Il semble qu'il y ait un léger épanchement articulaire. La mobilisation de la jambe sur la cuisse transmet à la main posée à plat sur le genou un froissement rude. La mobilité du genou est limitée dans le sens de l'extension; la flexion est possible, non douloureuse; l'extension limitée et douloureuse à partir d'un certain degré. Il ne semble pas que la limitation de l'extension soit le fait de la rétraction musculaire des fléchisseurs, comme on l'observe fréquemment à la suite des hématomes sous-cutanés ou intramusculaires si fréquents au cours du scorbut.

L'articulation tibiotarsienne est douloureuse, peu tuméfiée, légèrement soudée dans un bloc où le calcanéum et l'astragale semblent épaissis à la palpation.

On ne trouve, comme autres signes de scorbut que les traces pigmentées de vastes hématomes sous-cutanés.

L'état général ne semble pas sensiblement atteint : le malade, habituellement robuste, est cependant dans un état de grande asthénie. La température est normale.

Subitement, au cours de son hospitalisation, le 30 juillet, le malade présente une tuméfaction douloureuse du corps thyroïde à droite : le lobe droit est en effet un peu tuméfié, sensible à la pression; il n'existe pas d'ecchymose.

Les jours suivants la tuméfaction augmente rapidement, en même temps que la douleur. La température s'élève progressivement à 39°. Au 4e jour les signes de suppuration sont évidents : la thyroïdite a un aspect phlegmoneux.

Le 4 août : incision sur le bord du sterno-cléido-mastoïdien droit : tout le lobe thyroïdien est transformé en un abcès du volume d'une petite orange; il s'écoule un pus crémeux, mêlé de grumeaux, d'odeur extrêmement fétide. Le pus a dépassé en bas les limites de la loge thyroïdienne et a disséqué toute la région de la base du cou jusqu'en arrière du manubrium.

La température s'élève à 40°2, le lendemain de l'intervention, puis tombe par oscillations successives à la normale, en 3 jours.

Très rapidement la suppuration se tarit et la plaie se cicatrise sans fistules.

L'examen bactériologique du pus fut pratiqué au laboratoire de médecine expérimentale du professeur Cantacuzène : il renfermait du streptocoque et du staphylocoque.

Il s'agit, dans cette observation, d'une thyroïdite aiguë disséquante, banale en somme dans son évolution clinique et par sa flore microbienne.

Mais nous nous demandons si cette complication du scorbut ne mérite pas une interprétation pathogénique spéciale :

La source d'infection peut être cherchée dans la septicité particulière du milieu buccal, habituelle chez les malades atteints de scorbut, dont les dents sont déchaussées, les gencives tuméfiées et saignantes. Dans le cas particulier dont il s'agit le pus avait l'odeur infecte des suppurations qui siègent au voisinage de la cavité buccale.

Quant à la localisation thyroïdienne de l'infection, nous pensons qu'elle se trouve réalisée par de petites hémorragies intraglandulaires, particulières au scorbut, analogues aux suffusions hémorragiques qui sont la manifestation habituelle de la maladie, créant au niveau de la glande thyroïde un bouillon de culture, d'autant plus exposé à l'infection qu'il est voisin de la cavité buccale.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 23 février 1920)

Création de vitamines dans l'intestin des lapins recevant une nourriture stérilisée à haute température. — M. P. Portier et Mme Lucie Randoin. Il y a création de vitamines dans l'intestin d'un animal soumis à un régime dévitaminisé. Il semble très probable aux auteurs que ce sont les bactéries intestinales qui sont les agents d'édification de ces vitamines. Telle est l'interprétation de M. Lapicque. De ce point de vue, une contre-épreuve s'impose : voir si les déjections stérilisées

perdent leur pouvoir de fournir des vitamines ; des expériences en cours apporteront la réponse.

L'addition d'urine aux aliments stérilisés ne s'oppose nullement à l'éclosion de la carence.

Cette création de vitamines par les bactéries doit être rapprochée d'actions analogues observées par Osborne et Mendel et par Bierry et Portier chez les animaux, par Bottomley chez les plantes.

Election. — M. Michelson est élu associé étranger en remplacement de lord Rayleigh. M. Camille Viguier est élu correspondant pour la section d'anatomie et zoologie en remplacement de M. Gustaf Retzius, décédé.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 2 MARS 1920)

L'hyperglycorachie dans l'encéphalite épidémique. — M. DOPTER rapporte un cas d'encéphalite épidémique où il a pu établir le diagnostic dès le début, à la période des troubles oculaires et avant que la somnolence n'ait fait son apparition, par la constatation de l'élévation du taux du glucose dans le liquide céphalo-rachidien.

Il y a été conduit par l'observation de plusieurs faits d'encéphalite confirmée où l'hyperglycorachie s'est manifestée d'une façon sinon constante, du moins assez fréquente. M. Netter, guidé par les indications que M. Dopter lui avait données, l'a d'ailleurs également constatée.

Ce phénomène contribue à séparer nettement cette affection de certaines méningites avec lesquelles on peut être appelé à la confondre, et dans lesquelles on constate habituellement une lymphocytose, légère ou assez marquée, ainsi que l'augmentation du taux de l'albumine (méningite tuberculeuse, syphilitique, etc.). A cet égard, quand on la constate, cette hyperglycorachie peut, dans certains cas, être un grand secours pour aider au diagnostic en tenant compte toutefois de ce fait qu'elle peut se rencontrer en d'autres affections connues.

L'augmentation du taux du sucre est due, assurément, dans le cas particulier, à un certain degré d'hyperglycémie ; l'un de ses malades a présenté une glycosurie passagère, ces phénomènes provenant sans doute d'une lésion du 4e ventricule.

Mais pour pouvoir assigner à l'hyperglycorachie une valeur diagnostique indiscutable, il faut maintenant déterminer les conditions dans lesquelles elle se produit, notamment sa date d'apparition, la durée de sa persistance ; de plus, il se peut que dans certaines formes cliniques, les formes hautes spécialement, elle ne soit pas constatée.

Tels sont les éléments du problème que M. Dopter se contente de poser actuellement en demandant à ses collègues de faire les recherches nécessaires pour le résoudre dans son entier.

Syphilis et encéphalite léthargique. — M. JEANSELME communique une intéressante observation. Quand, dit-il, deux maladies existent sur le même sujet il n'est pas impossible d'en établir le diagnostic. M. Jeanselme rapporte l'observation d'un homme de 29 ans, chez lequel il a pu diagnostiquer une syphilis ancienne, alors qu'il présentait un état de somnolence continue, avec parésie diffuse des membres et avec incoordination motrice d'origine cérébelleuse, sans aucun foyer circonscrit. Il présentait le syndrome qui constitue la forme que l'on a appelée léporeuse, dont le sommeil est le phénomène unique. En outre existaient des phénomènes de syphilis nerveuse, tels que les manifestations habituelles : céphalée, délire, obnubilation intellectuelle, etc., si bien qu'on a pu distinguer, chez ce malade, à la fois les symptômes de la syphilis et ceux de l'encéphalite léthargique.

M. CLAUDE fait une communication sur les suites éloignées de l'encéphalite léthargique.

Troubles divers présentés par les hommes intoxiqués par les gaz. — M. LOEPER a eu l'occasion d'observer un certain nombre d'anciens gazés, chez lesquels il a constaté des troubles divers d'irritation de différents organes : poumons, tube digestif, etc., ayant été dans certains cas jusqu'à de graves hémorragies.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie médicale.

Au 1er tour de scrutin, M. Guillain est élu par 72 suffrages sur 74 votants.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 20 FÉVRIER 1920)

Sur un cas de paralysie isolée du muscle grand dentelé par élongation du nerf de Charles Bell au cours d'un accouchement laborieux. — MM. M. VILLARET, P. DESCOMPS et H. BÉNARD relatent l'histoire complète et l'examen détaillé d'une femme qui, au cours d'un accouchement laborieux, étira son plexus brachial gauche en s'accrochant, pendant ses efforts prolongés, aux barres postérieures de son lit. Il s'ensuivit une paralysie isolée du muscle grand dentelé qui est actuellement guérie. A leur connaissance, c'est le 42e cas de paralysie du grand dentelé signalé et le 3e seulement qui ait été produit par l'élongation du plexus brachial ; en raison de sa rareté et de l'observation prolongée dont il a été l'objet il méritait donc d'être rapporté.

Encéphalite léthargique. — MM. COURCOUX et HANOTTE rapportent l'observation d'un cas d'encéphalite léthargique terminé par la guérison chez une femme de 40 ans. L'évolution de la maladie fut troublée après une phase d'amélioration vers le 15e jour par un gros abcès de la région fessière. La période de convalescence fut caractérisée par quelques troubles trophiques, douleurs articulaires, œdème des membres et par une asthénie profonde physique et psychique qui persista plusieurs semaines.

Encéphalite myoclonique ambulatoire localisée. — M. SICARD présente un malade atteint d'encéphalite myoclonique dont la symptomatologie se réduit au seul signe de secousses à rythme myoclonique localisée au membre supérieur gauche, sans fièvre et avec un état général normal. La myoclonie a apparu brusquement, précédée seulement de quelques douleurs. Elle persiste incessante depuis 2 semaines, mais cependant avec tendance spontanée à l'amélioration. Cette forme myoclonique ambulatoire localisée s'est développée en cours de foyer épidémique.

Catatonies, hypertonies et attitudes figées au cours de l'encéphalite aiguë épidémique. — MM. SICARD et BOLLACK montrent un malade convalescent d'encéphalite léthargique classique qui présente un aspect soudé pseudoparkinsonien caractéristique avec des attitudes hypertoniques et catatoniques. Entre les deux types d'encéphalite léthargique et d'encéphalite myoclonique à l'état de pureté, il y a place pour un grand nombre de chaînons intermédiaires.

Ramollissement cérébral avec leucocytose dans le liquide céphalo-rachidien ayant simulé l'encéphalite léthargique. — MM. BAUDOUIN et LANTUÉJOUL ont observé, dans le service de M. Souques, une malade qui a présenté la grande triade symptomatique de l'encéphalite léthargique, somnolence persistante, troubles oculaires et fièvre. La malade est morte en 7 jours et l'autopsie a montré l'existence d'un très vaste foyer de ramollissement cérébral. Le liquide céphalo-rachidien contenait 256 lymphocytes au millimètre

cube presque uniquement constituées par des polynucléaires intacts. Cette leucocytose symptomatique d'un vaste ramollissement cérébral paraît être un fait rare.

Les formes légères et les formes frustes de l'encéphalite léthargique. Dissociation cyto-albuminique. — M. R. Bénard rapporte 2 cas légers d'encéphalite léthargique ayant pour trait commun une dissociation cyto-albuminique; il relate ensuite, en les rapprochant du cas grave précédent qui fut précédé à distance par un hoquet incoercible, 8 cas de hoquets rebelles survenus dans des milieux où sévissait l'encéphalite léthargique et constituant les formes frustes myocloniques; il signale, en outre, 3 cas de formes frustes névralgiques caractérisées par des névralgies trachéales survenues également dans les mêmes conditions. Peut-être la dissociation cyto-albuminique, si on la retrouvait dans ces cas, pourrait-elle faciliter le diagnostic de ces formes frustes.

Un cas d'encéphalite aiguë, myoclonique, puis léthargique à type névralgique. — MM. R. Bénard et Et. Boissard rapportent l'observation d'un malade qui présenta un syndrome d'encéphalite mortelle, lequel évolua pendant 6 semaines avec un cortège symptomatique des plus variés et des plus riches. Deux jours de hoquet rebelle prémonitoire, puis après 10 jours de parfaite santé névralgies successivement dans les domaines du trijumeau, du plexus cervical, du plexus brachial, des nerfs intercostaux. Au même moment, apparition de secousses myocloniques abdomino-diaphragmatiques, de phénomènes d'orchite hallucinatoire entrecoupés de phases d'activité cérébrale hypernormale, une insomnie absolue de 8 jours, une loquacité portée à l'extrême. Cette période qui dura 11 jours fut suivie d'une autre d'égale longueur, de léthargie avec persistance des phénomènes myocloniques, troubles des sphincters, sueurs profuses, herpès, érythème sérique, dissociation du pouls et de la température. Une azotémie à 1g04 et une azotémie extrême complétaient ce tableau. Ce cas, par son évolution, montre l'identité de nature qui existe entre les formes léthargiques et les formes myocloniques de l'encéphalite aiguë.

(Séance du 27 février 1920)

Forme myotonique de l'encéphalite épidémique. — M. H. Claude. Deux de ces cas concernent des malades qui, à côté des signes caractéristiques de l'encéphalite épidémique, présentaient un aspect figé sans expression de la physionomie, une attitude soudée, une raideur musculaire, une grande lenteur des mouvements. Chez l'un d'eux l'examen électrique mit en évidence quelques-uns des caractères de la réaction myotonique. Le 3e malade se présente comme un parkinsonien (début il y a plus d'un an par de la diplopie et de la somnolence), mais son histoire s'éclaire par celle des deux autres malades, et cet homme qui présente actuellement des signes parkinsoniens présente encore de la diplopie et des modifications du liquide céphalo-rachidien; or, chez ce malade, l'examen électrique montre quelques-uns des caractères de la réaction myotonique. Considérant que l'on tend à attribuer les modifications du tonus musculaire à des altérations de la région du locus niger, et que, d'autre part, la localisation élective de l'encéphalite épidémique se place dans la région mésencéphalique, on est en droit de penser que cette forme particulière tire sa caractéristique de lésions prédominant au niveau du locus niger.

Encéphalite léthargique à début douloureux névralgiforme. — M. A. Salmont rapporte l'observation d'un sujet qui eut, pendant 4 jours consécutifs, une douleur extrêmement violente d'un bras; comme la douleur disparut à la suite d'une séance psychothérapique elle aurait été considérée comme purement névropathique si l'altération nette du réflexe radial n'avait imposé le diagnostic de radiculite cervico-brachiale. Or, dès le lendemain, le malade présentait une encéphalite léthargique typique avec somnolence, paralysie oculaire, fièvre élevée, et il mourut peu de jours après.

M. André Léri, à propos de cette observation, appelle l'attention sur les formes frustes ou larvées qui ne sont pas rares au début de l'encéphalite léthargique. Dans les formes frustes le sujet est à peine souffrant, fatigué, non fébrile, pendant quelques jours et parfois quelques semaines. Dans les formes larvées, l'affection prend volontiers au début le masque d'une névralgie intense, radiculaire, faciale, etc. Mais, dans les 2 cas, la maladie peut se révéler brusquement, et, tranchant sur l'allure bénigne du début, devenir rapidement très grave et emporter le malade en quelques jours. L'auteur a injecté du sérum de malade guéri à 2 cas d'encéphalite léthargique; l'un fut injecté in extremis et mourut dans la nuit même; l'autre guérit mais la maladie évoluait jusque-là de façon bénigne et l'on ne peut tirer de ce résultat aucune conclusion précise.

Algies brachio-intercostales mono-symptomatiques d'encéphalite épidémique. — M. Sicard insiste sur le polymorphisme de l'encéphalite épidémique. Il a montré l'existence de formes myocloniques graves ou ambulatoires, pures ou associées à des algies d'une acuité extrême. Il pense également que certaines algies cervico-brachio-intercostales, et évoluant à titre mono-symptomatique, peuvent relever de la même étiologie. Des formes très douloureuses de transition s'accompagnent tardivement et temporairement de quelques soubresauts musculaires ou de légers troubles oculaires permettent d'accréditer ce type nosologique.

En raison de ces réactions polymorphes qui peuvent s'étendre à tout le système nerveux, ou atteindre les départements localisés du névraxe, cortex, mésocéphale, bulbe, moelle, racines, on peut se demander si l'on est en droit de maintenir la dénomination d'encéphalite et s'il ne serait pas préférable d'adopter celle de « névraxite épidémique ».

Un cas d'encéphalite léthargique. — M. Roblin, présenté par M. Galliard. C'est le premier cas survenant dans le canton de Bray-sur-Seine (Seine-et-Marne) et dans toute la région.

Forme pseudopalustre gonococcémique. Guérison par vaccinothérapie. — MM. M. Bloch et P. Hébert ont observé un malade qui présenta typiquement le tableau clinique attribué aux méningococcémies (fièvre pseudopalustre, éruptions papuleuses et purpuriques, arthralgies). L'isolement dans le sang d'un diplocoque en grain de café ne prenant pas le gram confirma d'abord dans cette opinion; mais ce germe n'était pas agglutiné par les sérums antiméningococciques et la sérothérapie antiméningococcique intensive n'amena aucune amélioration. Par contre, un vaccin préparé avec le germe isolé amena en 6 jours la guérison de la septicémie qui durait depuis 60 jours. Plus tard l'identification du germe montra qu'il s'agissait d'un gonocoque; le malade avoua qu'il avait eu peu de temps auparavant une blennorragie qu'il croyait guérie. L'urétrite et une orchi-épididymite persistèrent après la guérison de la septicémie.

Abcès provoqués à bacilles typhiques. — MM. F. Rathery et Bonnard rapportent 2 cas d'abcès éberthiens survenus au cours de 2 fièvres typhoïdes graves dans des conditions très spéciales. La 1re malade fut opérée au début de la fièvre typhoïde pour une appendicite qui, en réalité, n'existait pas; la cicatrisation se fit normalement; 21 jours après, un abcès à bacille d'Eberth apparut au niveau de la cicatrice. La 2e malade fut traitée par 2 abcès de fixation pratiqués aux 2 cuisses à 2 jours d'intervalle; aucune réaction locale immédiate; 27 jours après pour chaque abcès, on vit se développer en pleine convalescence de petits abcès à bacille d'Eberth.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES *de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.*

(SÉANCE DU 6 FÉVRIER 1920)

Grossesse dans un utérus fibromateux. — MM. Paul DELMAS et A. ROUME présentent une pièce anatomique composée d'un utérus farci de nombreux noyaux fibromateux, dont le volume varie d'une noix à une orange. Dans la cavité de cet utérus s'était développée une grossesse qui, évoluant avec les signes d'une grossesse extra-utérine, a indiqué une intervention opératoire, pratiquée le 24 septembre, par M. P. Delmas, après rachi-analgésie omniradiculaire à la cocaïne.

Un cas de gynécomastie. — MM. VEDEL et SIMÉON.

Un cas d'amputation spontanée des phalanges. — MM. VEDEL et SIMÉON présentent un malade, âgé de quarante-cinq ans, dont la symptomatologie est déconcertante : des troubles trophiques intenses ont amené, sans jamais provoquer de douleur vive, la perte des phalangines et des phalangettes des trois derniers doigts de la main droite (l'index a été amputé chirurgicalement). Des lésions comparables ont été révélées par la radiographie au niveau du squelette du pied gauche. La sensibilité à tous les modes est parfaitement intacte chez ce malade. C'est le diagnostic de lupus scléreux qui paraît le plus vraisemblable.

Enfoncement cranien et dysarthrie *(présentation de pièces)*. — MM. CARRIEU, VALLOIS et BOUQUIER de Claret.

Rupture extrapéritonéale de la vessie. — MM. LAPEYRE, DELORD et MILHAUD.

Kyste dermoïde de la région scapulaire. — M. VINON.

Un cas de fièvre typhoïde avec rechute grave chez un enfant. — MM. GUEIT et G. MILHAUD. Les auteurs insistent à propos d'un cas de fièvre typhoïde chez un enfant, sur la bénignité du pronostic et sur l'évolution en définitive favorable, malgré des complications graves survenues au cours d'une rechute.

Considérations sur la pathogénie expérimentale, in vitro, des œdèmes, des œdèmes irréductibles en particulier. — M. G. FONTÈS. L'action, à 40 degrés, du sérum de Fleig sur un mélange de cholestérine et d'axonge, en proportions telles qu'elles reproduisent les valeurs normales et pathologiques du coefficient lipocytique, permet d'obtenir un schéma des œdèmes irréductibles, signalés par Achard, Ribot et Leblanc.

En faisant agir sur le même mélange et dans les mêmes conditions expérimentales :

a. Une solution de bicarbonate de soude isotonique;

b. Une solution isotonique de glucose rendue hypertonique par adjonction de NaCl;

c. Du sérum de Fleig hypersalé;

d. De l'eau physiologique additionnée d'urée à 4 p. 100; on peut avoir une explication pathogénique :

a. Des œdèmes par bicarbonate de soude;

b. Des œdèmes aigus du poumon après injections glucosées; on peut également concevoir :

c. Un facteur nouveau dans la production des œdèmes par rétention chlorurée;

Et enfin, *d.* Donner un élément en faveur de la distinction classique entre néphrites urémigènes et hydropigènes.

Les muscles de l'épisome chez les oiseaux. — M. Henri V. VALLOIS.

(SÉANCE DU 13 FÉVRIER 1920)

Un cas de syringomyélie. — MM. RIMBAUD et PUECH. Présentation d'un cas typique.

Tolérance des tissus pour les plaques d'or. *(Présentation de malades.)* — Mlle SENTIS et M. DELORD.

Un cas de suture latérale de l'artère poplitée, pour plaie de guerre suivie pendant plus de deux ans. — M. VINON. Suture latérale faite quelques heures après la blessure, petit éclat d'obus, volume petit haricot, inclus dans la paroi et formant bouchon hémostatique. Pas de lésion de la veine poplitée ni du nerf sciatique poplité interne, évolution postopératoire simple, réapparition du pouls le lendemain seulement de l'intervention, à la tibiale postérieure. Actuellement après plus de deux ans, aucun trouble circulatoire du membre inférieur, le blessé fait un métier pénible. Cas intéressant en raison de l'heureuse évolution postopératoire.

Les muscles de l'épisome chez les mammifères quadrupèdes. — M. Henri V. VALLOIS.

Thérapeutique expérimentale, in vitro, des œdèmes irréductibles. — M. G. FONTÈS. L'hydrophilat obtenu avec du sérum de Fleig fixé par le mélange de cholestérine et d'axonge et qui représente un schéma de l'œdème irréductible peut être démoli par des agents variés.

Parmi ceux-ci, qui sont tous des corps de constante diélectrique inférieure à 20, il en est de non toxiques pour l'organisme (éther, essences de térébenthine et d'eucalyptus).

Une thérapeutique basée sur ces recherches consiste en un régime pauvre en cholestérine et riche en urée, en injections dans le corps de l'œdème d'huile d'olives stérilisée suivies d'injections d'éther et accompagnées par l'ingestion de capsules d'essences de térébenthine ou d'eucalyptus.

L'auteur apporte une première observation d'un œdème dur localisé, sans albuminurie, sans lésion cardiaque, sans trouble vasculaire, nettement amélioré par l'ingestion de capsules de térébenthine et d'eucalyptus.

Volumineux fibrome cervical antérieur sessile à développement intraligamentaire et intramésocolique. — MM. G. DE ROUVILLE et J. COHEN. Cas se rapportant à une femme de 40 ans ayant présenté comme symptômes principaux de légères ménorragies et des douleurs lombo-abdominales.

Intervention le 22 mai 1919; ouverture du ventre difficile par suite des adhérences du péritoine pariétal à la face antérieure de la tumeur. L'utérus étant lui-même fibromateux, on pratique, après énucléation de la tumeur d'entre les deux feuillets du ligament large gauche et du mésocôlon iliaque, l'hystérotomie subtotale. Pendant les manœuvres d'isolement de la vessie, ouverture de cet organe facilitée par les adhérences intimes contractées avec la tumeur. Suture vésicale soignée ; suture du feuillet incisé du mésocôlon iliaque ; péritonisation avec l'intestin ; fermeture du ventre à 3 plans sans drainage ; sonde vésicale à demeure.

Suites opératoires parfaites.

Les auteurs insistent sur les nouveaux rapports contractés par la vessie dans les cas de fibromyomes cervicaux antérieurs, rapports qui favorisent la blessure de cet organe.

(SÉANCE DU 20 FÉVRIER 1920)

Un cas d'amputation congénitale des doigts. — MM. ROUX et VINON présentent un adulte vigoureux dont la main gauche offre au niveau de tous les doigts (pouce excepté) une brachydactylie caractéristique. Les doigts sont très courts et représentent le type dit des moignons d'amputations congénitales (cicatrices terminales). Rien à noter dans les antécédents héréditaires. Il s'agit évidemment d'un défaut de développement portant sur l'extrémité distale de la main.

Procédé de détermination sur le vivant de la quantité du liquide céphalo-rachidien. — M. FONTÈS. Ce procédé consiste à injecter dans le liquide céphalo-rachidien une quantité connue d'une substance pas toxique et facilement dosable et à apprécier la dilution consécutive.

Une première détermination faite dans un cas de méningite cérébro-spinale, en utilisant l'albumine du sérum injecté, a donné un chiffre de 75 cc.

Il y aurait intérêt à multiplier les déterminations et à arriver à connaître le chiffre moyen du volume de liquide céphalo-rachidien normal. Ainsi se trouverait facilité le diagnostic des cloisonnements méningés et surtout l'appréciation de leur siège.

Les muscles de l'épisome chez les cétacés. — M. Henri V. Vallois.

L'encéphalite léthargique (*Discussion*). — M. Rimbaud, à propos d'un cas typique, présente quelques remarques au sujet de la maladie de Netter; il insiste en particulier sur les indications données par la ponction lombaire (ici réaction méningée nette, albumine 0g70, chlorures 6g1, lymphocytes 21, Nageotte) : chez ce malade, il y a hyperglycémie et augmentation du glucose rachidien, mais le rapport $\frac{\text{glucose du sang}}{\text{glucose rachidien}}$ est normal, ce qui permet d'éliminer presque à coup sûr l'idée d'une méningite (Prof. Derrien).

M. Vigouroux vient d'observer un cas avec issue fatale.

M. Bousquet suit, depuis quelque temps, une malade qui présente un tableau clinique typique (syndrome oculaire complet, sommeil profond, évolution subfébrile).

M. Ducamp relate l'observation d'un malade entré dans son service et qui présente assez exactement le tableau clinique de l'encéphalite léthargique; chez lui, évolue en réalité une méningite syphilitique.

M. Desage rapporte un cas intéressant de sommeil hystérique.

M. Florence insiste sur l'intérêt qu'il y a à faire un diagnostic très précis de la maladie de Netter, il convient d'en distraire tous les cas de sommeil qui y peuvent ressembler (sommeil hystérique, formes somnolentes des diverses méningites, trypanosomiases, etc.). Il ne faut pas oublier que la déclaration de l'encéphalite léthargique est régulièrement faite et que les pouvoirs publics et le public lui-même se sont émus de la propagation de cette maladie.

JURISPRUDENCE

SUR L'OBLIGATION POUR LES MÉDECINS DÉLIVRANT DES MÉDICAMENTS DE TENIR LE REGISTRE SPÉCIAL PRESCRIT PAR LE DÉCRET DU 14 SEPTEMBRE 1916 (SUBSTANCES VÉNÉNEUSES).

La loi du 19 juillet 1845 sur les substances vénéneuses a été modifiée et complétée par la loi du 12 juillet 1916 « concernant l'importation, le commerce, la détention et l'usage des substances vénéneuses, notamment l'opium, la morphine et la cocaïne ».

Cette loi du 12 juillet 1916 a été suivie d'un décret portant règlement d'administration publique pour son application, en date du 14 septembre 1916.

On sait que le commerce des substances vénéneuses était antérieurement régi par l'ordonnance royale du 29 octobre 1846. Depuis cette époque, la science a évolué : de nouvelles substances toxiques ont été découvertes, les applications dont étaient susceptibles celles déjà connues se sont multipliées; et il faut ajouter que l'éducation scientifique du public qui les emploie s'est développée. La réglementation faite en 1846 ne se trouvait donc plus au point.

D'autre part, les circonstances ont rendu plus nécessaires et plus urgentes que jamais des mesures spéciales pour contrôler, partout et par tous les moyens, le commerce des stupéfiants et en réprimer les abus énergiquement. C'est à cette préoccupation qu'a obéi le Parlement en votant la loi de 1916.

Pour répondre au double but à atteindre, une revision et une adaptation de l'ordonnance de 1846 s'imposaient. C'est l'objet du décret du 14 septembre 1916.

Celui-ci contient de nombreuses dispositions : ce que nous voudrions particulièrement signaler, c'est l'obligation à laquelle se trouve tenu d'avoir un registre spécial celui qui vend des substances vénéneuses.

Le décret divise les substances vénéneuses en trois catégories, suivant leur degré de toxicité et la rigueur plus ou moins grande des prescriptions à imposer à leur commerce. Ces substances sont, en ce qui concerne l'importation, l'achat, la vente, la détention et l'emploi, soumises à des régimes distincts selon qu'elles sont classées dans les tableaux A, B et C annexés au décret, auxquels il y a lieu de se reporter [*Journ. off.*, 19 sept. 1916] (1).

S'il s'agit des substances classées dans le tableau A, l'article 6 du décret décide : « *Toute vente desdites substances* doit être inscrite sur un registre spécial, coté et paraphé par le maire ou le commissaire de police. Les inscriptions sur ce registre sont faites de suite, sans aucun blanc, rature, ni surcharge, au moment même de la livraison ou de l'expédition; elles indiquent le nom et la quantité des substances vendues, la date de la vente, ainsi que les nom, profession et adresse de l'acheteur. A chacune des ventes est attribué un numéro d'ordre qui peut s'appliquer à tous les produits compris dans une même livraison. Ce numéro est inscrit, ainsi que le nom et l'adresse du vendeur, sur l'étiquette apposée conformément aux dispositions des deux paragraphes de l'article 4. Le registre sur lequel sont faites ces inscriptions doit être conservé pendant dix ans pour être représenté à toute réquisition de l'autorité compétente. »

Cette disposition est édictée pour le cas où les substances du tableau A sont destinées au commerce, à l'industrie ou à l'agriculture. Mais elle s'applique également lorsqu'elles sont destinées à la médecine humaine ou vétérinaire; cela résulte des termes contenus dans les articles 22 et 24 du décret. L'article 22, paragraphe 1er, concerne les pharmaciens; l'article 24 les médecins : « Les médecins autorisés à délivrer les médicaments, dit ce texte, sont soumis aux obligations imposées aux pharmaciens par les 1er, 2e et 3e paragraphes de l'article 22 et par l'article 23. Lorsque les médicaments qu'ils délivrent sont prescrits par eux-mêmes, ils sont tenus de remettre au malade une ordonnance rédigée conformément aux dispositions de l'article 20. Ils doivent indiquer, sur ladite ordonnance, le numéro sous lequel la prescription a été inscrite au registre de vente. »

Lorsqu'il s'agit de substances comprises dans le tableau B, c'est l'article 32 du décret qui prescrit pour tout achat ou toute cession, même à titre gratuit, desdites substances, la tenue d'un registre spécial.

Il convient de remarquer la différence de rédaction entre l'article 6 et l'article 32. Le premier dit : *Toutes ventes...*; le second : *Tout achat ou cession...* A notre avis, le registre doit être tenu, pour les substances classées dans le tableau A, aussi bien pour la vente que pour l'achat, quoique l'article 6 ne soit pas aussi explicite que l'article 32 qui concerne les substances classées dans le tableau B; car la loi a envisagé d'une manière générale le commerce des substances vénéneuses.

En tout cas, il ne paraît pas douteux, que le médecin d'une maison de santé qui *achète* une provision de morphine, même chez un pharmacien qui s'est conformé aux dispositions légales, doit tenir le registre spécial; en effet, le tableau B comprend la morphine.

Le décret ne prescrit pas la tenue de registre pour les substances comprises dans le tableau C. Ce sont, en effet, des

(1) Cf. Les obligations du médecin vis-à-vis de la loi du 12 juillet 1916, *Gaz. des hôpit.*, 24 juillet 1919, n° 44.
Cet article contient les tableaux A, B et C.



BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Survivance de l'âme et son évolution après la mort, par P. CORNILLIER. In-8. — Prix : 12 fr. — Paris, F. Alcan.

Le Traitement des fractures et luxations en clientèle, par le Dr Fernand MASMONTEIL, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Académie de médecine. In-8, 1920. — Prix : 10 fr. — Paris, Maloine.

La Physiologie, par le Pr Maurice ARTHUS, correspondant national de l'Académie de médecine, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Lausanne. In-8 de 430 pages (collection « Les Sciences d'aujourd'hui »). — Prix : 10 fr. net. — Paris, Masson et Cie.

Manuel pratique sur les pensions militaires des victimes de la grande guerre, d'après la loi du 31 mars 1919, le décret du 29 mai 1919 (guide-barême des invalidités), suivis de l'instruction du 7 juin 1919, du décret du 2 septembre 1919 pour l'application de la loi sur les pensions d'infirmités, de l'instruction du 18 juin 1919 pour l'attribution d'avances sur pensions d'invalidité. — Prix : 6 fr. — Paris, Lavauzelle.

Les Curiosités médico-artistiques, par le Dr Lucien NASS. 3e série, 242 grav., d'après Breughel, Rubens, Brouver, Rembrandt, Raphaël, G. Doré, Gavarni, Daumier, etc. In-12 carré. — Prix : 4 fr. 50. — Paris, Le François.

substances moins toxiques que les autres, qui sont les substances vénéneuses proprement dites et les stupéfiants. L'article 37 dispose que les substances du tableau C ne peuvent être délivrées que contre une commande écrite, datée et signée de l'acheteur ou de son représentant, indiquant son nom, sa profession et son adresse, et énonçant en toutes lettres la quantité de la substance demandée.

On ne saurait trop recommander de tenir exactement le registre prescrit par le décret de 1916 quand il s'agit de substances vénéneuses comprises dans les tableaux A et B; car l'article premier de la loi du 12 juillet 1916 décide que les contraventions aux règlements d'administration publique — et le décret de 1916 en est un — sur la vente, l'achat et l'emploi des substances vénéneuses, sont punies d'une amende de 100 à 3.000 fr. et d'un emprisonnement de 6 jours à 2 mois ou de l'une de ces deux peines seulement, sous réserve de l'application de l'article 463 du Code pénal, relatif aux circonstances atténuantes.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

NOTES POUR L'INTERNAT

HILE DU FOIE

DÉFINITION. — Le hile du foie est le point où l'élément fonctionnel et l'élément nourricier du pédicule hépatique abordent cet organe, déterminant à la face inférieure du foie la formation d'un sillon profond connu sous le nom de sillon transverse.

DÉVELOPPEMENT. — Le hile du foie se forme au niveau de l'évagination partie du duodénum et développée dans le mésogastre antérieur. La partie préglandulaire du mésogastre formera le futur ligament suspenseur du foie et la partie rétroglandulaire sera le futur petit épiploon à direction antéropostérieure contenant dans son épaisseur les éléments du pédicule hépatique dont la pénétration glandulaire déterminera la constitution du hile proprement dit.

La prédominance du développement du foie vers la droite changera l'orientation du péritoine hilaire qui, d'antéropostérieur, deviendra transversal; enfin, l'apparition du lobe de Spiegel entre la méso-hépato-cave et le pédicule, modifiera sa forme en l'obligeant à se couder à angle droit, expliquant ainsi la continuité du sillon transverse et du sillon longitudinal gauche et l'insertion hépatique à angle droit du petit épiploon.

SITUATION. — Située à la face inférieure du foie, entre le lobe carré ou éminence porte antérieure en avant, et le lobe de Spiegel ou éminence porte postérieure en arrière, il se trouve plus près de l'extrémité gauche du foie que de la droite, confinant au bord postéro-inférieur de l'organe.

DIRECTION. — Presque transversal, il est toutefois légèrement oblique en arrière et à droite.

DIMENSIONS. — Longueur : 5 à 6 centimètres. Largeur : 12 à 13 millimètres.

FORME. — C'est une dépression profonde coupée perpendiculairement à gauche par le sillon longitudinal auquel elle aboutit, tandis que son extrémité droite se recourbe en avant en une rainure étroite pour se continuer avec la fossette cystique.

ÉTUDE DU CONTENANT. — Nous étudierons la paroi hépatique tapissée par la capsule de Glisson, d'une part, et les feuillets péritonéaux du petit épiploon, d'autre part.

1° **Paroi hépatique**. — Vue sur un foie étalé et renversé, la face inférieure de l'organe présente à considérer trois sillons classiques en forme d'H; mais cette conception a été rejetée par les auteurs modernes; pour eux, il existe une face postérieure verticale avec deux sillons en forme de V à sommet supérieur et une face inférieure avec trois sillons en forme d'U; c'est la branche transversale de l'U qui forme le hile du foie, très rapprochée du bord postérieur, mais limitée par deux lobes qui en forment les lèvres.

Lèvre antérieure. — C'est le lobe carré oblique en haut et en arrière, qui masque complètement la région hilaire; on l'appelle encore éminence porte antérieure.

Lèvre postérieure. — C'est le lobe de Spiegel ou éminence porte postérieure qui est bifide. Son extrémité droite se porte transversalement sur le lobe droit constituant le *tubercule coudé*, véritable pli de passage aboutissant à l'empreinte duodénale; son extrémité gauche forme le tubercule papillaire qui répond à la région cœliaque de Luschka.

2° **Capsule de Glisson**. — Le hile est tapissé par la capsule de Glisson, enveloppe fibreuse du foie fortement épaissie au niveau du sillon transverse. Elle constitue pour les vaisseaux et les canaux biliaires une gaine fibreuse commune qui s'enfonce dans le parenchyme hépatique et les accompagne jusqu'à leurs ramifications ultimes; cette gaine fibreuse présente des cloisons secondaires pour chacun des éléments du pédicule.

3° **Paroi péritonéale**. — C'est l'insertion du petit épiploon sur la face inférieure du foie, insertion qui se fait sur les deux lèvres du sillon transverse, représentant à ce niveau à la fois la partie ligamentaire duodéno-hépatique et la pars flaccida. C'est un rideau transversal tendu du hile au bord postérieur du duodénum.

A gauche, ce rideau péritonéal change brusquement de direction et s'insère sur le sillon longitudinal postérieur gauche formant la pars condensa.

A droite, il peut se prolonger sur la face inférieure de la vésicule formant un ligament cystico-duodénal qui lui-même, au lieu de s'arrêter au niveau de l'angle duodénal, peut atteindre le feuillet antérieur du grand épiploon et même le côlon transverse (ligament cystico-duodéno-épiploïque ou cystico-duodéno-colique).

Ainsi se trouve délimité un espace qui répond en arrière à la face antérieure du rein droit tapissée par des replis péritonéaux étendus du foie à cet organe (ligaments hépato-rénaux antérieur et postérieur). Cet espace forme, avant le défilé étroit de l'hiatus de Winslow, une antichambre : *entonnoir prévestibulaire d'Ancel et Sencert*.

ÉTUDE DU CONTENU. — On peut distinguer des éléments principaux et des éléments accessoires.

1° **Eléments pédiculaires principaux**. — C'est la veine porte et ses branches, l'artère hépatique et sa division, les canaux hépatiques.

A. LA VEINE PORTE, placée dans l'épaisseur du petit épiploon, atteint le hile sur un plan postérieur, tout contre l'éminence postérieure, au niveau de son extrémité droite; les deux branches naissent à angle droit, semblant se continuer et formant le *sinus porte de Glisson*.

La branche droite est la plus grosse et la plus courte; elle donne deux branches, une antérieure pour le lobe carré, et une postérieure pour le lobe de Spiegel; elle se distribue au lobe droit après avoir reçu les deux veines cystiques superficielles.

La branche gauche, plus longue et plus grêle, se distribue au lobe gauche après avoir donné quelques rameaux pour les éminences

Les divisions de la veine porte, d'abord monopodiques, prennent ensuite le type dichotomique pour former les veines interlobaires de l'espace de Kiernan, d'où partiront les veines périlobulaires donnant elles-mêmes les veines lobulaires.

B. L'ARTÈRE HÉPATIQUE, après avoir gagné par un trajet spiroïde la face antérieure de la veine porte, se divise en avant d'elle, à gauche et au-dessous d'elle.

Pour les classiques, c'est une division cruciale à quatre branches avec une pour chaque lobe, et en plus une artère cystique pour la vésicule.

Pour Soulié, il y a deux branches, une gauche petite avec deux branches secondaires pour le lobe carré et le lobe de Spiegel, et une droite pour le lobe droit. C'est la disposition inverse de la veine.

Dans l'ensemble, ces vaisseaux ont une disposition hypoportale.

C. CANAUX HÉPATIQUES. — La division se fait à distance du hile et suivant un type spécial. Il y a deux canaux souvent unis par des rameaux accessoires anastomosés en plexus. Le canal droit fournit en même temps au lobe carré, et le canal gauche au lobe de Spiegel.

Dans l'ensemble, les branches de division, se calquant sur celles de la veine porte, affectent une disposition épiportale.

2° **Eléments pédiculaires accessoires**. — Ces éléments ont une grosse importance physiologique.

A. PÉDICULE NERVEUX. — C'est un plexus périartériel très serré; il vient du plexus solaire et il est formé avant tout par des fibres sympathiques venues du sympathique abdominal et du splanchnique, et aussi par quelques fibres venus du X droit.

B. LYMPHATIQUES. — Il existe deux courants lymphatiques au niveau du foie, l'un profond qui gagne la veine cave inférieure par les veines sus-hépatiques, et la veine porte en suivant les gaines glissoniennes, l'autre superficiel qui, en majeure partie, se rend au hile du foie, ceux du lobe de Spiegel et de la partie postérieure du lobe droit exceptés.

Les vaisseaux lymphatiques du hile forment donc le principal aboutissant, se divisant en un groupe préartériel situé entre l'artère et les canaux biliaires et un groupe rétroartériel placé entre l'artère hépatique et la veine porte.

C. VEINES PORTES ACCESSOIRES. — *a*. C'est le groupe de la veine ombilicale qui aboutit à l'extrémité gauche du hile;

b. Ce sont les veines épiploïques du petit épiploon;

c. Ce sont les veines cystiques profondes situées à l'extrémité droite du hile;

d. Ce sont les vasa-vasorum de la veine porte, de l'artère hépatique et des canaux biliaires;

e. C'est, enfin, assez souvent, la veine coronaire stomachique qui va directement se jeter parfois dans le foie, constituant ainsi une veine porte accessoire importante.

D. ARTÈRES HÉPATIQUES ACCESSOIRES. — Homologues des veines portes accessoires, il faut insister sur le groupe paraombilical de Lignerolles, ainsi que sur des branches surnuméraires parties du tronc cœliaque ou de l'artère mésentérique supérieure.

DISPOSITION GÉNÉRALE. — D'avant en arrière, on rencontre les canaux biliaires, l'artère hépatique flanquée de ses deux courants lymphatiques et la veine porte.

De droite à gauche, c'est la veine porte, les canaux biliaires, l'artère hépatique.

De haut en bas, on trouve les canaux biliaires épiportaux, la veine porte et les artères hypoportales. Pour Picquand, les canaux biliaires seraient également hypoportaux.

Tous ces organes sont noyés dans un feutrage ganglionnaire et nerveux extrêmement dense.

Le Directeur-gérant Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

La Tension artérielle en clinique. Sa mesure, sa valeur séméiologique, par le docteur L. GALLAVARDIN, médecin des hôpitaux de Lyon, 2e édition. 1 vol. de 720 pages, avec 200 fig. — Prix 30 fr. net. — Paris, Masson et Cie.

N° 25. — JEUDI 11 MARS 1920. 93e ANNÉE. JEUDI 11 MARS 1920. — N° 25.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 15 francs par an. Étudiants étrangers, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 6 fr. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

Hopitaux de Paris. — Concours de médecin des hôpitaux. — Le jury est définitivement composé de MM. Macaigne, Souques, Rathery, Barbier, de Massary, Laffitte, Claisse, Fournier, Œttinger, Lesage, René Marie, Cunéo.

Consultation écrite. — Séance du 9 mars. — MM. Richet, 18; Giroux, 17; Gaultier, 18; Nathan, 16.

— Concours de chirurgien des hopitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. les Drs Tuffier, Lecène, Wiart, Rochard, Delbet, Gosset et Louste.

Liste des candidats : MM. les Drs Pascalis, Rouhier, Kendirdjy, Douay, Brocq, Olivier, Bergeret, Guimbellot, Houdard, Leveuf, Maurer, Métivet, Mondor, Lorin, Deniker, Girode, Capette, Desplas, Mercadé, Mornard et Monod (Robert).

— Concours de l'internat. — *Lecture des copies.* — *Anatomie.* — Séance du 8 mars. — MM. Loyauté et Broca, 11; Godard (Henri), 12; Desfarges, 9; Ecot et Tierny, 12; Fatou, 11; Lauzier, 14.

Pathologie. — Séance du 9 mars. — MM. Réglade, 9; Boisnier et Lubin, 10; Flot (Jacques) et Delahaye, 11; Lagrange et Hartglass, 13; Rousse, 11; Malgat, 12; Ollivier, 9.

— Concours de l'externat. — Le jury est définitivement composé de MM. les Drs Tixier, Brûlé, Barbé, Paisseau, Moure, Bazy, Sauvé et Metzger.

— Concours de l'internat en pharmacie. — Ce concours sera ouvert le lundi 12 avril 1920, à 10 heures du matin, dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale des hôpitaux, 47, quai de la Tournelle.

S'inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du personnel, tous les jours, de 10 à 15 heures, jusqu'au 24 mars inclusivement.

— Concours pour les prix a décerner a MM. les internes en pharmacie. — Ce concours s'ouvrira le lundi 10 mai 1920, à midi précis. S'inscrire à l'administration centrale du 6 avril au 24 avril inclusivement.

Facultés de médecine. — Une session de l'examen institué spécialement pour les étudiants de nationalité étrangère, originaires de pays où l'enseignement secondaire n'est pas organisé de façon équivalente à l'enseignement secondaire français, et qui demandent à s'inscrire dans les Facultés ou Ecoles d'enseignement supérieur, s'ouvrira au siège de chaque Faculté le jeudi 8 avril 1920.

Facultés des départements. — Alger. — M. Tournade, agrégé, est nommé professeur de physiologie en remplacement de M. Rey, admis à la retraite.

— Lyon. — M. Latarjet, agrégé, est nommé professeur d'anatomie en remplacement du prof. Testut qui prend sa retraite.

Écoles annexes de médecine navale. — Le *Journal officiel* du 8 mars 1920 publie une instruction ministérielle relative à l'admission en 1920, dans les trois écoles annexes de médecine navale et à l'école principale du Service de santé de la marine.

Maison du médecin. — La vente de charité au bénéfice de « la Maison du médecin » aura lieu les 27 et 28 mai prochains, à la Faculté de médecine.

Le Comité des dames patronnesses, comprend, outre un certain nombre de femmes et filles de confrères : Mmes Thion de la Chaume, présidente ; Maurice de Fleury et Jean-Louis Faure, vice-présidentes ; Schmitt, Claisse, Milian, Lauth, Harvier, qui chacune dirigeront un comptoir.

Le Comité des dames fait un pressant appel au corps médical de Paris et de province ; il sollicite de lui des dons en nature pour achalander les comptoirs : objets d'alimentation, ouvrages de dames, objets d'art, articles de Paris, etc. Plus ces dons seront nombreux, plus le succès de la vente sera assuré.

Le Comité est convaincu que son pressant appel sera entendu par la famille médicale tout entière, dont chaque membre aura à cœur de participer à cette manifestation charitable au bénéfice des vieux confrères hébergés à la Maison du médecin.

Envoyer indistinctement tous les dons, quels qu'ils soient, en nature ou en espèces, au siège social, 9, rue d'Astorg.

Nécrologie. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. Lucien Poincaré, vice-recteur de l'Académie de Paris, et de M. le Dr Chauvet, médecin consultant à Royat, décédé à la Croix (Var).

COURS ET TRAVAUX PRATIQUES DE CHIMIE MÉDICALE. (Professeur : A. DESGREZ.) — M. le prof. A. Desgrez commencera une série de leçons de chimie appliquée à la médecine les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à 16 heures (amphithéâtre Vulpian), à partir du samedi 13 mars inclusivement.

Des exercices pratiques auront lieu, sous la direction de M. le Dr Moog.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE LA CLASSE 1920

Un de nos abonnés nous demande quel est le sort réservé aux étudiants en médecine de la classe 1920 pourvus de 8 inscriptions.

Réponse. — Ces étudiants sont régis par la loi du 7 août 1913 qui est toujours en vigueur, ils feront leurs 6 derniers mois de service comme médecins auxiliaires.

Toutefois, nous croyons savoir que différentes mesures sont envisagées à l'égard des étudiants en médecine, dans le cas où la loi militaire actuellement en vigueur serait modifiée. Elles tendraient soit à leur accorder des sursis jusqu'à la fin de leurs études, soit à réduire le temps de service comme simples soldats, soit même à prévoir pour ceux ayant un nombre d'inscriptions déterminé une division du service, en homme de troupe, médecin auxiliaire et médecin aide-major.

LES ÉTUDIANTS DU P. C. N. DES CLASSES 1918-1919

M. Georges Mandel, député, expose à M. le ministre de l'Instruction publique le cas des étudiants en P. C. N. de Bordeaux, sursitaires des classes 1918 et 1919, auxquels des mesures réparatrices avaient été promises, ajoutant que la Faculté de Rennes a accordé, en janvier dernier, aux mêmes sursitaires un examen de P. C. N. avec programme restreint, que la Faculté de Bordeaux, faute d'instructions ministérielles les concernant, refuse d'accorder à ces étudiants les mêmes faveurs et demande les raisons spéciales qui justifieraient cette différence de traitement. (*Question du 24 février 1920.*)

Réponse. — La situation des sursitaires des classes 1918 et 1919, candidats au P. C. N., est réglée par l'instruction publiée au *Journal officiel* du 11 décembre dernier. Aux termes de cette circulaire, les étudiants dont la scolarité a été interrompue en cours d'année par leur appel sous les drapeaux et qui devaient normalement posséder, au moment de leur incorporation, trois inscriptions, ont été autorisés à prendre la quatrième au cours du mois de décembre 1919 et à subir, en janvier 1920, les épreuves du P. C. N. Par contre, les sursitaires qui n'ont commencé leurs études de P. C. N. qu'en novembre dernier doivent accomplir une scolarité normale et ne pourront se présenter à l'examen qu'en juillet prochain. Ces instructions ont été notifiées à toutes les académies, et les Facultés intéressées ont été invitées à s'y conformer strictement. En ce qui concerne la Faculté de Rennes, il résulte des renseignements fournis que seuls les sursitaires, titulaires avant leur incorporation de trois inscriptions, ont été admis à subir en janvier dernier les épreuves du P. C. N. Ceux qui ne remplissaient pas ces conditions ont été astreints, comme leurs camarades des autres Facultés des sciences, à poursuivre une scolarité régulière. (*J. O.*, 6 mars 1920.)

AVIS

En raison de l'élévation des frais d'affranchissement, pour éviter toute correspondance inutile, il ne sera répondu aux demandes de numéros que lorsqu'elles seront accompagnées du montant de ces numéros en timbres-poste ou mandat.

SOMMAIRE DES CHAPITRES DES ANALYSES

I. *Les médicaments et les médications.*

II. *Les traitements.*

NUMÉROS D'ANALYSES DÉJA PARUS

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

THÉRAPEUTIQUE

Par MM. les docteurs COURTOIS-SUFFIT et F. BOURGEOIS.

I. — LES MÉDICAMENTS ET LES MÉDICATIONS

Adrénaline.

Antagonisme entre l'adrénaline et la quinine. (A. CLERC et C. PEZZI. *C. r. Acad. des sc.*, 8 déc. 1919.) — Cet antagonisme a été mis en évidence par les recherches de ces auteurs : l'adrénaline excite et la quinine paralyse les cellules du centre bulbaire du pneumogastrique. Action analogue sur le cœur et sur la pression artérielle où l'une est hypertensive et l'autre hypotensive. Ces données sont donc intéressantes, car elles pourront devenir le point de départ d'applications thérapeutiques nouvelles.

Du mode d'action de l'adrénaline sur les toxines. (A. MARIE. *Ann. de l'Institut Pasteur de Paris*, n° 10, 1919.) — L'adrénaline a le pouvoir de neutraliser les toxines solubles. A. M. étudie ce mode d'action de l'adrénaline et se demande si l'action favorable de ce médicament dans certaines maladies infectieuses ne serait pas due au rôle favorisant que peut avoir cette substance dans l'activité des anticorps normaux du sérum.

Cf. — Les données récentes sur les propriétés biologiques de l'adrénaline (déductions médico-chirurgicales). (H. ROUTHIER. *Th. de Paris*, 1919.)

Arsenicaux.

La légende de l'arsenic. (CARLES. *Soc. de thérap.*, 10 déc. 1919.) — L'auteur estime que les succès remportés en thérapeutique dermatologique et attribués à la médication arsenicale sont dus surtout aux topiques employés concurremment ou même à des guérisons spontanées.

Emploi du cacodylate de soude en thérapeutique. Importance des traitements internes en dermatologie. (P. RAVAUT. *Presse méd.*, 1920, n° 8.) — L'auteur étudie l'emploi du cacodylate de soude à hautes doses et de l'hyposulfite de soude. Contrairement à Carles il attribue une réelle valeur à la médication arsenicale et montre la possibilité d'obtenir par des médicaments administrés par la voie interne des modifications de lésions sur lesquelles les traitements externes avaient antérieurement échoué.

Le cacodylate de soude à hautes doses en thérapeutique. (H. MARÉCHAL. *Th. de Paris*, 1919.) — *Technique* : Injections intraveineuses, tous les 4 à 5 jours. Pousser l'injection très lentement. On injecte au début 0,50, 0,75 et même 1 g. de cacodylate de soude et, en augmentant peu à peu, on atteint 4,5 et même 6 g. sans accidents. Employer solution à 25 p. 100 pour les doses moyennes et solution à 50 p. 100 pour les doses élevées afin de réduire la quantité de liquide à injecter. — *Accidents* : Rares; frissons, sueurs, sensation de chaleur, goût d'ail dans la bouche, nausées, salivation. — *Contre-indications* : Tolérance très diminuée chez les gens âgés et tarés. — *Indications et résultats* : Syphilis : ne donne pas de résultats décisifs, même associé à biiodure de Hg. — Psoriasis : quelques résultats remarquables dans des cas rebelles, dans l'érythème induré de Bazin; — Lèpre : action particulièrement remarquable avec doses élevées; syringomyélie (un seul cas); — Paludisme : action très favorable à dose de 6 g. en injection intraveineuse associée à quinine 0,50 matin et soir en cachets. — Chez tous les sujets : Appétit formidable. Bonnes digestions. Euphorie et augmentation de poids.

L'administration intraveineuse du cacodylate de soude dans la fièvre récurrente. (J.-L. PEYRE. *Presse méd.*, 1919, n° 61.) — Bien qu'inférieure à l'action des fortes doses de néosalvarsan, le traitement de la fièvre récurrente par les fortes doses de cacodylate de soude mérite d'être signalé, car il est nettement supérieur au traitement par l'énésol. — *Doses* : 4 cc. de solution à 5 cg. par centimètre cube. Une seule injection. — *Résultats* : Les accès ne se reproduisent plus dans 50 p. 100 des cas.

Cf. — Maladie de Parkinson et cacodylate de soude. (H. MARÉCHAL. *Gaz. des hôp.*, 1920, n° 9.)

Association de cacodylate de soude au mercure dans la syphilis. (MORIN. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 juillet 1919.)

Arsenicaux et gangrène pulmonaire.

Traitement de la gangrène pulmonaire par l'arsenothérapie. (M. PERRIN [de Nancy]. *Presse méd.*, 1919, n° 54.) — Perrin rapporte les observations de trois malades atteints de gangrène pulmonaire dont deux furent traités par le novarsenobenzol et le troisième par l'hectine. L'auteur estime que ce traitement est particulièrement indiqué dans les gangrènes pulmonaires à symbiose fusospirillaire. Une albuminurie légère, des hémoptysies modérées ne doivent pas contre-indiquer le traitement, car elles sont nettement améliorées par la médication arsenicale. — *Technique et doses* : Injection intraveineuse. Novarsenobenzol 0,15 à 0,45 cg. sans qu'il y ait de règle absolue. Selon les cas : doses massives ou fractionnées, injections uniques ou répétées. Dans les cas graves, Perrin conseille l'injection quotidienne de 0,15 de novarsenobenzol jusqu'à absorption de 10 à 20 g. En cas d'impossibilité d'utiliser le novarsenobenzol, on peut employer l'hectine ou le cacodylate de soude à doses massives.

Arsenicaux et tension artérielle.

La crise hypotensive dans le traitement arsenical de la syphilis. (A. TOURAINE. *La Médecine*, 1919, n° 2.) — L'auteur a suivi la tension artérielle au cours des injections intraveineuses de sels arsenicaux antisyphilitiques. Il a noté que, immédiatement après l'injection, il se produit une hypotension marquée, puis 6 à 10 minutes après, la tension se relève et c'est à cette période que peut se produire la crise nitritoïde. La tension baisse ensuite à nouveau, reste basse pendant 3 à 4 heures et remonte ensuite lentement : c'est le moment des séquelles cliniques de la crise nitritoïde. Enfin la tension redevient normale en fin de journée. Ce rapport entre la tension artérielle et la crise nitritoïde justifie l'indication des médicaments hypertenseurs dans le traitement de ces accidents. Leur dose doit être proportionnelle à la dose du médicament arsenical injecté.

Cf. — De la tension artérielle au cours des injections intraveineuses de novarsenobenzol en solution concentrée. (Léon DELL'AMORE. *Th. de Paris*, 1919.)

Arsenobenzols.

Les injections d'arsenobenzol sous le fascia lata. (TROSSARELLI. *Il Policlinico*, 3 août 1919.) — *Technique* : Injecter à la face externe de la cuisse, région trochantérienne, dans le fascia lata. S'assurer avant de pousser l'injection que l'aiguille est bien sous le fascia lata (elle doit être mobile et ne pas accrocher l'aponévrose). — *Doses* : Diluer l'arsenobenzol dans 2 cc. d'eau physiologique. Dans les cas favorables, l'auteur a injecté jusqu'à 75 cg. *Résultats* : Action aussi rapide que par les injections intraveineuses. Indolore dans 60 p. 100 des cas. Douleur très vive dans 15 p. 100 avec, pendant 10 jours,

induration et zone érythémateuse. — *Conclusions.* La voie intraveineuse reste le procédé de choix, mais cette méthode peut rendre service dans les cas où les injections intraveineuses sont impossibles.

Les injections intraventriculaires de sérum salvarsanisé dans 12 cas de syphilis nerveuses non paralytiques. (SKOOG et MENNINGER. *Journ. of nervous and ment. diseases,* 2 août 1919.) — *Technique :* Le jour qui précède l'injection intraventriculaire, faire une injection intraveineuse de 0,60 d'arsenobenzol. Une heure après, faire un prélèvement de 30 à 50 cc. de sang. Inactiver le sérum par chauffage à 56° pendant 40 minutes. Le lendemain : injection intraventriculaire, anesthésie locale, trépanation dans région temporo-pariétale, ponction du ventricule et extraction du liquide cérébro-spinal (20 à 30 cc.) que l'on remplace à quantité égale par le sérum préparé précédemment. — *Suites opératoires :* Réaction fébrile. Céphalée, nausées, vomissements. Réaction méningée aseptique vérifiée au bout de quelques jours par ponction lombaire. — *Résultats :* Peu encourageants : sur 12 cas : 2, nettement améliorés; 6, légèrement améliorés; 2, sans résultats; 2 cas mortels.

Accidents causés par les injections d'arsenobenzol.

Les accidents immédiats de l'arsenobenzol. (MELON. *Th. de Bordeaux,* 1919.) — Melon étudie dans ce travail : les accidents légers, graves ou mortels, immédiats, produits par l'arsenobenzol; — le traitement de ces accidents; leur prophylaxie, enfin les indications réelles du traitement par l'arsenobenzol.

Accidents consécutifs à l'injection de 0,10 cg. de 914. (FRANCK. *Soc. de dermat.,* 10 juillet 1919.) — Une malade qui avait déjà reçu de fortes doses de 914, sans accidents, présenta, à l'occasion de l'injection de 10 cg. de ce médicament une crise nitritoïde suivie d'apoplexie séreuse qui ne s'améliora qu'au bout de 48 heures et disparut progressivement ensuite.

La question des appareils de verre dans les accidents par le néosalvarsan. (J. GOLAY (de Genève). *Ann. de dermat. et de syphiligr.,* sept. 1919.) — Golay pense que certains accidents imputés au néosalvarsan peuvent résulter de ce fait que, après usage, il reste sur la paroi des seringues, même bien nettoyées, des traces de salvarsan qui s'oxydent et sont reprises par l'eau de l'injection suivante. On peut s'assurer que la seringue est indemne de traces de néosalvarsan en aspirant une solution d'azotate d'argent à 2 à 4 p. 100. S'il reste du néosalvarsan, il se produit un précipité brun violacé.

Cf. — Cas inédits de mort par les arsenobenzols. (BIZARD et MOSSEL. *Soc. de méd. de Paris,* 12 déc. 1919.)

Les indications et les accidents de l'arsenobenzol. (JAMBON et FRANCK. *Journ. de méd. et de chir. prat.,* 25 juillet 1919.)

Accidents des arsenobenzols et anaphylaxie. (EMERY et MORIN. *Paris Médical,* 1920, n° 4.)

Arsenobenzol et anémies graves.

Cf. — L'arsenic et l'arsenobenzol dans les anémies graves. (J. VAQUEZ et AUBERTIN. *Journ. de méd. et de chir. prat.,* 1920, n° 1.)

Atropine.

Contribution à l'étude des effets physiologiques et thérapeutiques des injections sous-cutanées de sulfate d'atropine à doses progressives au cours des états d'hypersthénie gastrique. (L. CERF. *Th. de Paris,* 1919.) — *Indications :* Tous les cas d'hypersthénie gastrique avec hypersécrétion, hyperkinésie. L'atropine est préférable à la belladone parce que plus rigoureusement dosable. — *Contre-indications :* Les affections cardiaques. Le glaucome. — *Posologie :* On commence par injecter 1/4 de mg. de sulfate neutre d'atropine, puis on augmente chaque jour de 1/4 de mg. jusqu'à la dose maximum de 2 mg. 5. On diminue ensuite progressivement de 1/4 de mg. par jour. Les injections sont parfaitement bien tolérées. — *Résultats :* Les douleurs sont rapidement calmées. Les vomissements et l'intolérance gastrique sont supprimés. Les rétrécissements pyloriques par spasme sont améliorés, tandis que les rétrécissements organiques ne sont pas influencés et cette notion qui peut se vérifier radioscopiquement est très intéressante, car elle permet de différencier ainsi les troubles fonctionnels des lésions organiques, fait capital au point de vue de l'indication de l'intervention chirurgicale.

Bile.

Les lavements de bile dans la constipation. (R. BENSAUDE et M. VICENTE. *Soc. méd. des hôp.,* 7 nov. 1919, et M. VICENTE. *Th. de Paris,* 1919.) — Etudiant à l'écran la motilité du gros intestin, Bensaude et Vicente ont été frappés par l'action excitomotrice de la bile donnée en lavements et ils ont pensé qu'il serait intéressant d'utiliser cette propriété au point de vue thérapeutique. — Après avoir essayé la bile de bœuf additionnée ou non de glycérine, l'extrait mou de bile et l'extrait sec, ils ont donné la préférence à l'extrait sec. — *Doses :* Extrait du codex : 4 à 5 g. d'extrait sec pour 1/4 de litre d'eau à 30 à 35°, en lavement avec un bock ordinaire. — *Résultat :* Au bout de 5 à 10 minutes, selle moulée, sans évacuation séreuse et sans coliques. Renouveler ce lavement tous les 2 à 3 jours. — *Indications :* Toutes les constipations, aussi bien les crises aiguës que la constipation habituelle. Agit là où le sené et le sulfate de soude avaient échoué. Peut être répété pendant plusieurs mois sans intolérance ni accoutumance.

Bromure de sodium.

Le bromure de sodium dans les affections du tube digestif et de l'appareil circulatoire. (BESSE et GONTZAIT. *Progrès méd.,* 1919, n° 48.) — Ces auteurs étudient une nouvelle préparation à base de bromure de sodium qui se présente sous forme de tablettes d'extrait de bouillon végétal concentré et déchloruré. Chaque tablette contient 1 g. de bromure. Elles sont absorbées après dissolution dans de l'eau bouillante, sous forme de potage ou de bouillon de légumes. Elles peuvent servir à assaisonner les aliments. — *Indications :* Maladies nerveuses et mentales et aussi toutes les affections, telles que gastropathies, cardiopathies, migraines, insomnies, etc.

Cf. — Une nouvelle médication bromurée : le sédobrol. (G. TOULAN. *Th. de Montpellier,* 1919.)

Action thérapeutique du bromure de sodium. (ULRICH. *Bull. de thérap.,* juillet 1919.)

Camphre.

Contribution à l'étude de la posologie du camphre. (E. CABANNES. *Répertoire de pharm.,* 1919, p. 340.) — Cabannes passe en revue les différents modes d'administration du camphre, et, à propos des injections d'huile camphrée, conclut que les doses ordinairement indiquées peuvent être largement dépassées, que la dose habituelle de 0g10 peut être portée à 0g50 à 1 g. pour les adultes et que la dose de 1 g. par jour peut être portée à 3, 4 et 5 g., la dose moyenne de 3 g. étant habituelle et normale.

Digitale.

La digitaline en injections intraveineuses. (GILBERT et KHOURY. *Paris méd.,* 1919, n° 37.) — *Technique :* Injection intraveineuse de solution glycéro-alcoolique de digitaline cristallisée du Codex. — *Doses :* v à xx gouttes dans 2 cc. d'eau, xx gouttes 3 jours de suite (Fiessinger). Solution du Codex sans dilution (Gilbert et Khoury), xxv gouttes 3 jours de suite. — *Indications :* Nécessité d'action rapide. Voie digestive inutilisable par suite de vomissements.

Injections intraveineuses d'huile digitalique Nativelle et digitaline saccharosée par voie intraveineuse. (G. ROSENTHAL. *Bull. de thérap.,* nov. 1919.) — Rosenthal emploie

solution de Nativelle diluée dans solution de Lo Monaco. — *Technique :* Aspirer, avec seringue de 5 cc., x à xxv gouttes de solution de digitaline au millième, compléter avec l'eau saccharosée. Injecter lentement. Il ne se produit pas de réaction de la paroi veineuse. — *Résultats :* Satisfaisants.

Cf. — Les injections intraveineuses de digitaline cristallisée. (N. Fiessinger. *Soc. méd. des hôpit.*, 31 juillet 1919.)

Émétine.

Un cas d'intolérance à l'émétine se traduisant par des poussées d'urticaire. (Roger Savignac et A. Alivisatos. *Paris méd.*, 1920, n° 2.) — Les auteurs rapportent l'observation d'un malade qui, à la suite d'injection d'émétine, présenta des poussées d'urticaire débutant au niveau du lieu de l'injection, respectant la face et le tronc et présentant une certaine symétrie sur les membres; mais le point le plus curieux c'est que cette éruption se produisit très longtemps après les piqûres d'émétine puisqu'elle durait encore 5 mois après la dernière injection.

Etain.

Variations de l'élimination des chlorures sous l'influence de l'ingestion ou des injections d'étain dans la furonculose. (G. Boye et R. Guyot. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 31 août 1919.) — Sous l'influence des sels d'étain, dans la furonculose, l'élimination chlorurée suit une marche ascensionnelle. Le traitement semble exagérer l'élimination minérale en général et l'élimination chlorurée en particulier. Sans préjuger de l'action propre des sels d'étain sur les staphylocoques, les auteurs se demandent si l'action thérapeutique de l'étain dans la furonculose n'est pas liée à cette déminéralisation, à cette décharge chlorurée. Il se pourrait que la furonculose fût plus fréquente chez les sujets hyperminéralisés, les staphylocoques trouvant là un terrain plus favorable à leur développement.

Iode.

L'iode en thérapeutique tropicale, spécialement contre le trypanosomiase. (G. Daniel. *Presse méd.*, 1919, n° 49.) — Daniel emploie l'iodosalyl (iode métallique, 2 g.; salol, 25 g.; huile d'olive, 100 g.) en injections intramusculaires dans la fesse. Il résulte de son expérience que l'iodosalyl apparaît comme le médicament de choix pour le traitement des affections du foie, de la rate, des organes hématopoïétiques et du système lymphatique. Il guérit la filariose, la fièvre récurrente et, associé à l'arsenic, paraît très efficace dans la maladie du sommeil.

Lait.

Cf. — Injections hypodermiques de lait chez le nourrisson contre les troubles digestifs. (Variot. *Soc. de péd.*, 18 nov. 1919.)

Etude clinique sur la valeur thérapeutique des injections de lait. (Para. *Th. de Paris*, 1919.)

Traitement de l'intolérance du nourrisson pour le lait par injections sous-cutanées de lait. [E. Weill (de Lyon). *Presse méd.*, 1919, n° 60.]

A propos des injections de lait. (Laumonier. Actualités médicales, *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 5.)

Mercure.

Benzoate. — **Cf.** — Sur la solution injectable de benzoate de mercure. (E. Léger. *Journ. de pharm. et de chimie*, 1er sept. 1919.)

Cyanure. — **Sur un incident dû au cyanure de mercure en injections intraveineuses.** (L. Renard. *Presse méd.*, 1919, n° 80.) — Renard a noté, en moyenne 1 fois sur 3 injections, que les malades percevaient à la fin de l'injection une odeur d'amandes amères. Dans un cas, cette perception fut particulièrement violente et s'accompagna de vertiges pendant une dizaine de secondes. Tout rentra, du reste, dans l'ordre au bout de quelques minutes.

Sublimé. — **Les injections intraveineuses de sublimé dans le traitement des infections et des suppurations.** (V. G. Vecki. *Journ. of the amer. Assoc.*, Chicago, 31 mai 1919.) — *Indications :* Rhumatisme blennorragique. Furoncles. Anthrax. Adénites aiguës. Erysipèle et même pneumonie grippale. — *Technique :* Injection intraveineuse de 3 à 5 cc. de solution de sublimé au millième. Une à 2 injections dans les cas aigus; 4 à 5 dans les cas subaigus. — *Accidents :* L'auteur a noté l'apparition d'intoxication mercurielle avec 0,02 de sublimé et même avec 0,003 chez une malade particulièrement sensible.

Morphine.

Cf. — Essai de chimiothérapie du morphinisme. (Brissemoret et Challamel. *Soc. de thérapeut.*, séance du 11 fév. 1920.)

Ouabaïne.

Utilisation de l'Ouabaïne Arnaud dans un cas d'ascite cirrhotique. Guérison. (H. Dufour et Semelaigne. *Soc. méd. des hôpit.*, 26 déc. 1919.) — *Indications :* Le strophantus d'où est tirée l'ouabaïne est un poison des éléments musculaires du cœur tandis que la digitale est un poison des nerfs du cœur. Cette différence d'action explique la différence des médications. L'ouabaïne est indiquée dans l'insuffisance cardiaque sans arythmie, dans l'angor pectoris, les accès de pseudoasthme et les crises d'œdème pulmonaire; dans l'insuffisance du cœur droit rebelle à l'action de la digitale, dans certaines arythmies, dans le collapsus cardiaque au cours de la pneumonie ou d'une infection grave. Dans tous ces cas, l'ouabaïne rétablit la tonicité et la contractilité du myocarde et prépare l'action de la digitale, les 2 médicaments se complétant efficacement. — *Posologie :* Ne jamais prescrire en même temps digitale et ouabaïne. Laisser intervalle de quelques jours. — *Voie buccale :* Comprimés d'ouabaïne Arnaud au 1/10 de milligramme, indiqués dans les petits accidents; 2 à 3 comprimés par jour, le malade étant au régime lacté depuis la veille. — *Injections intramusculaires :* A rejeter, trop douloureuses. — *Injections intraveineuses :* C'est le procédé de choix, dans les cas graves. Injecter avec précaution 1/4 de milligramme dans 1 cc. de sérum, puis, 24 heures après, 2e injection de 1/2 mg.; 3e injection, 24 heures après la 2e, si besoin est, de 1/2 mg. Ne pas refaire une série d'injections avant 15 jours au moins. — *Contre-indications :* Les troubles circulatoires avec hypertension. La cachexie cardiaque avec infiltration séreuse généralisée, épanchements multiples de la plèvre et du péritoine.

Cf. — L'ouabaïne cristallisée Arnaud en thérapeutique cardiaque. (A. Lenclos. *Th. de Lille*, 1919.)

Action de l'ouabaïne et de la strophantine sur la sécrétion salivaire. (A. Richaud. *Acad. des sc.*, 8 déc. 1919.)

Protéinothérapie.

Cf. — La protéinothérapie. Ses indications. Ses résultats. (E. Cassan. *Th. de Paris*, 1919, et Revue générale, in *Gaz. des hôpit.*, 1919, nos 68-70.)

Saccharose.

La Méthode de Lo Monaco. (De Medevielle. Un vol., 1919.) — *La solution :* 5 g. de saccharose par 5 cc. d'eau. Stérilisée par tyndallisation pendant 6 jours pour éviter le dédoublement du saccharose en glucose et lévulose. — *L'injection :* Intramusculaire. Aiguille de 30 mm. de long, de 8/10 de millimètre de diamètre. Injections quotidiennes, séries de 30 à 40. — *Résultats :* Assèchement des sécrétions bronchiques, diminution de la sudation. Action hémostatique. Antisepsie pulmonaire, et, accessoirement, propriétés antifébriles, diurétiques et antibéchiques. La méthode de Lo Monaco n'est pas un spécifique antibacillaire, mais, à titre de traitement symptomatique, elle semble avoir une valeur réelle dans la lutte contre la tuberculose.

Injections intraveineuses de médicaments en eau saccharosée. (G. ROSENTHAL. *Soc. de thérap.*, nov. 1919.) — La solution de Lo Monaco, employée comme véhicule courant des produits les plus variés, facilite l'emploi des injections intraveineuses. Elle évite, d'après Rosenthal, les réactions au niveau de la paroi veineuse, en particulier pour l'injection de cyanure de Hg. L'auteur emploie les dilutions suivantes : urotropine, 1 g.; solut. saccharose, 5 cc.; — cacodylate de soude, 0,20 à 0,50; eau saccharosée, 5 à 10 cc.; — cyanure de Hg, 1 cg.; eau saccharosée, 5 cc.; — morphine, 1 mmg. à 1 cg.; eau saccharosée, 2 à 5 cc. Pour ce dernier médicament, Rosenthal insiste sur l'action plus rapide et plus puissante sous cette forme et sur la possibilité de l'utiliser dans les cures de démorphinisation.

Salicaire.

Traitement des dysenteries bacillaires par la salicairine. (CAILLE. *Soc. de thérap.*, 14 mai 1919.) — La salicaire s'emploie dans tous les cas où l'on pourrait utiliser le tannin. — *Posologie* : Extrait fluide à la dose de 0gr50 à 1 g. par jour chez les nourrissons, dans potion sirupeuse; 3 à 4 g. par jour chez l'adulte et même jusqu'à 8 g. sans phénomènes d'intolérance. L'effet à obtenir est renforcé par adjonction, le 1er et 2e jour du traitement, d'une faible dose de laudanum ou d'élixir parégorique. — *Indications* : Toutes les diarrhées, sauf diarrhées microbiennes et les diarrhées de l'entérite tuberculeuse. En particulier : entérite aiguë ou chronique, entérocolite dysentériforme; chez les typhiques atteints de diarrhée profuse, la salicaire produit une diminution considérable de la diarrhée sans qu'il s'installe de constipation.

Cf. — La salicaire dans la diarrhée des nourrissons, l'entérite et certaines dysenteries des adultes. (H. DUBOIS. *Bull. Acad. de méd.*, 1919, p. 507.)

La salicaire en thérapeutique. (H. DUFOUR. *Soc. méd. des hôpit.*, oct. 1919.)

Septacrol.

Contribution à l'étude d'un antiseptique nouveau : le septacrol. (FORGUES. *Bull. de thérap.*, 1919, n° 16.) — Le septacrol possède des propriétés bactéricides et leucogènes. Il présente, d'autre part, comme les métaux colloïdaux, une action accélératrice sur les fonctions d'élimination avec cette supériorité qu'il ne provoquerait pas, d'après Jeansotte, de réaction après l'injection et qu'il agirait plus rapidement sur la température et l'état général. — *Mode d'emploi* : Injections intraveineuses. — *Indications* : Les septicémies. La grippe grave. Les complications cardiaques des septicémies.

Cf. — Contribution au traitement des maladies infectieuses par un dérivé argentique soluble : le nitrate double d'argent et de diméthyl diamino-méthyl acridine (septacrol). (M. JEANSOTTE. *Th. de Bordeaux*, 1919.)

Sérothérapie.

Accidents sérothérapiques à rechute. (MOURIQUAND et JUVIN. *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 13 janv. 1920.) — Mouriquand et Juvin publient des statistiques comparées concernant la fréquence des accidents sérothérapiques à rechute et insistent sur la gravité, souvent plus grande, de ces accidents lors de la 2e ou 3e journée. Néanmoins, ces accidents ne doivent pas faire perdre de vue les avantages de la sérothérapie. Il faut savoir que la guérison n'est pas définitive après la 1re journée, et il faut prévoir la possibilité de récidive dans les 2 semaines qui suivent.

Strychnine.

Incompatibilité entre le cacodylate de soude et la strychnine. (E. CABANNES. *Répertoire de pharm.*, 10 juillet 1919.) — L'association des deux produits détermine la formation de cacodylate de strychnine peu soluble dans l'eau. L'auteur indique une formule contenant, par centimètre cube, 0gr05 de cacodylate de soude et 0,002 mmg. de strychnine, dont l'injection est indolore et où cette incompatibilité est corrigée.

Transfusion du sang.

La transfusion du sang. (DONADEN. *Th. de Bordeaux*, 1919.) — Après description d'une technique personnelle, l'auteur passe en revue les indications et les résultats de la transfusion. Ces indications se ramènent à 4 groupes : hémorragies, anémie pernicieuse et leucémie, transfusion pré et postopératoire, septicémies. Laissant de côté, parmi ces indications, celles qui sont d'ordre chirurgical, nous n'analyserons que les indications d'ordre médical. — *Hémorragies* : Dans la 1re enfance, une seule transfusion peut arrêter définitivement la tendance hémophile. Résultats très frappants dans le melæna des nouveau-nés par injection de 100 cc. de sang de la mère. L'hémorragie cesse, en général, immédiatement après l'injection. — *Maladies du sang* : Peut améliorer temporairement l'anémie pernicieuse. N'a que peu d'effet sur les leucémies. — *Septicémies* : Inutile et dangereuse dans les septicémies aiguës. Elle peut, dans les formes subaiguës ou chroniques, donner des résultats remarquables.

Cf. — Pratique courante de transfusion sanguine. (ROSENTHAL. *Soc. de méd. de Paris*, 29 nov. 1919.)

La transfusion du sang citraté. (Richard LEWISHON. *Presse méd.*, 1919, n° 59.)

Vaccinothérapie.

La vaccination antifuronculeuse. Stock-vaccins ou autovaccins. (A. MAUTÉ. *Presse méd.*, 1920, n° 7.) — L'auteur emploie du vaccin phéniqué à 0,5 p. 100 sans chauffage. Le traitement comporte 2 phases : 1° Une *phase curative* destinée à hâter l'évolution du furoncle, à limiter l'extension des lésions et à diminuer la douleur. Elle est très importante dans l'anthrax. A cette période, employer le *stock-vaccin* en essayant de se rapprocher de la variété de staphylocoque en cause par stock-vaccins spécialisés. Injections intraveineuses : 10 millions de germes le 1er jour, 15 millions le 2e jour, 20 millions le 3e jour, 20 millions le 5e jour. Attendre 3 jours et commencer le traitement préventif. — 2° Une *phase préventive*, destinée à empêcher le retour des accidents ou de nouvelles localisations. Employer alors *autovaccin* contenant 500 millions de germes par centimètre cube. Faire 6 injections sous-cutanées à doses croissantes de 1/2, 1, 1 1/2, 2, 2, 2 cc. Un traitement médical adjuvant peut être nécessaire. Le traitement chirurgical est rarement indispensable.

Cf. — Ostéomyélite à staphylocoques et vaccinothérapie. (R. GRÉGOIRE. *Bull. méd.*, 17 janv. 1920.)

II. — LES TRAITEMENTS

Albuminuries.

Cf. — Le traitement hydrominéral des albuminuries. (J. SÉRANE (de Saint-Nectaire). Un vol., 1919, Paris, Maloine.)

Angine de poitrine.

Du traitement antisyphilitique de l'angine de poitrine. (O. JOSUÉ. *Paris méd.*, 5 juillet 1919.) — Josué a employé, dans 10 cas, les injections intraveineuses de cyanure de mercure à la dose de 1 cg. par injection, pratiquées tous les 2 jours par série de 15. Dans 8 cas, les crises ont disparu soit complètement, soit avec réapparition de crises atténuées, dans 1 cas, le traitement ne donna aucun résultat. Dans le dernier cas, on dut cesser les injections par suite de l'apparition de phénomènes d'intolérance (stomatite, troubles intestinaux).

Angine de Vincent.

Un traitement spécifique de l'angine de Vincent. (M. CAPITAN. *Acad. de méd.*, 9 déc. 1919.) — Capitan a utilisé l'arsenic colloïdal en injections intrafessières à dose de 6 cc. Deux cents malades ainsi traités ont guéri rapidement. Vingt-quatre heures après l'injection, l'ulcération change déjà

d'aspect et l'exsudat commence à s'éliminer. Au bout de 3 à 4 jours, elle est complètement cicatrisée.

Cf. — Un cas d'angine de Vincent guéri par le capsicum annuum. (J. C. DIANDERAS. *La Cronica medica*, juin 1919 ; analysé in *Presse méd.*, 1919, n° 75.)

Asystolie.

La médication digitalique prolongée et intensive dans l'asystolie. Le mode opportuniste. La saturation digitalique. (C. LIAN. *L'Hôpital*, 1920, n° 14.) — Aux trois modes classiques d'administration de la digitale : dose forte antiasystolique ; dose faible sédative ; dose très faible d'entretien ; l'auteur propose d'ajouter un nouveau mode d'administration : la médication digitalique intensive et prolongée. Elle peut être employée sans danger à condition de surveiller le pouls et permet de substituer l'appréciation clinique à une limite conventionnelle et arbitraire. Elle apporte, au cœur asystolique, par sa prolongation et son intensité proportionnée à chaque cas particulier, un soutien plus solide et plus durable que les modes classiques.

Azotémie.

L'azotémie médicamenteuse. (J. MANET. *Marseille méd.*, 15 oct. 1919.) — Manet estime que l'on emploie trop facilement l'acétate d'ammoniaque au cours des infections bronchopulmonaires et grippales. Après expérimentation sur 4 sujets jeunes et exempts cliniquement de toute infection, l'auteur a vu s'élever le taux de l'urée dans le sang d'une façon notable à la suite d'ingestion d'acétate d'ammoniaque. Cette notion est utile à connaître lorsqu'on recherche l'azotémie chez les malades soumis à un traitement comportant de l'acétate d'ammoniaque.

Injections intraveineuses hypertoniques de glycose chez les azotémiques. (F. RATHÉRY et BOUCHERON. *Soc. méd. des hôpit.*, 16 janvier 1920.) — Il résulte de l'expérience tentée par ces auteurs que ces injections doivent être nettement proscrites car, si dans les toxiinfections elles donnent de bons résultats, elles provoquent au contraire, ici, une augmentation de l'azotémie et une diminution de la quantité des urines.

Cancer.

Nouvelle thérapeutique des cancers récidivants. (P. CARNOT et A. GUILLAUME. *Paris méd.*, 1er nov. 1919.) — *Le médicament* : Les auteurs ont employé le bromure de mésothorium, non toxique et indolore lorsqu'il est bien manié. Ils ont utilisé une solution isotonique de 1 microgramme par centimètre cube. Injections intraveineuses quotidiennes par séries de 10 à 12, à répéter si besoin est, au bout de 2 à 3 semaines. Les injections sous-cutanées sont également possibles. — *Les résultats* : Dans la plupart des cas, diminution ou disparition des douleurs. Dans tous les cas : ramollissement de la tumeur et souvent diminution de volume. Même action sur les métastases. Amélioration de l'état général.

Les injections intraveineuses d'extrait pancréatique dans les cancers de l'estomac. (M. LOEPER. *Progrès méd.*, 30 août 1919.) — *La solution* : Solution de pancréatine dans l'eau à 5 ou 10 p. 100. — *Les injections* : Intraveineuses journalières de 1 à 2 cc., série de 30 à 35 injections. Bien supportées. — *Les résultats* : L'action de cette solution, nulle dans les autres cancers, paraît avoir ici une réelle efficacité caractérisée par : reprise de l'appétit, augmentation de poids, diminution ou disparition des vomissements.

Cf. — Quelques essais thérapeutiques du bromure de mésothorium. (A. GUILLAUME. *Th. de Paris*, 1919.)

Chorée.

Traitement autosérothérapique de la chorée. (GOODMANN et MOFFETT. *Medical Record* et *Bull. de thérapeut.*, déc. 1919.) — *Technique* : On prélève par ponction veineuse 5 cc. de sang que l'on centrifuge. On recueille le sérum dans un vase stérile, à la température du corps. On fait ensuite une ponction lombaire et on retire 20 cc. de liquide céphalo-rachidien. Injection du sérum recueilli précédemment. Répéter ces injections à 5 à 6 jours d'intervalle. — *Résultats* : Dans les cas favorables, amélioration immédiate surtout de l'incoordination ; quelquefois, accidents dus à l'augmentation de pression intracranienne. En général, récidive de la chorée dans 5 p. 100 des cas au bout d'une année.

Coqueluche.

Traitement par les injections intramusculaires d'éther. (AUDRAIN [de Caen]. *Progrès méd.*, 1919 ; — GLEYWOD. *Th. de Lyon*, janv. 1920 ; — DUFOURT. *L'Hôpital*, janv. 1920.) — C'est une méthode qui, quoique non infaillible, agit rapidement dans les cas favorables, quelquefois dès la première injection. Elle est inoffensive et indolore si l'on injecte profondément. — *Doses* : Chez le nourrisson au-dessous de 1 an : 1/2 à 2/3 de centimètre cube avec maximum de 1 cc. Au-dessus de 1 an : 2 cc. par injection. — *Durée du traitement* : 6 à 12 jours à une injection tous les 2 jours. Cesser dès que l'on constate une amélioration très nette. Aucune contre-indication.

Diarrhées.

Le traitement des diarrhées par l'oxyde de zinc. (G. DURAND et DEJUST. *Soc. de thérapeut.*, 14 janv. 1920.) — Les auteurs préfèrent l'oxyde de zinc aux astringents prescrits dans les diarrhées aiguës parce qu'il agit rapidement et progressivement tout en possédant, en outre, des propriétés antispasmodiques. Son action est également appréciable dans les colites muqueuses. Adjoindre de l'opium à l'oxyde de zinc dans les formes avec phénomènes douloureux.

Diphtérie.

Sérothérapie antidiphtérique intramusculaire. (M. WEILL-HALLÉ. *Soc. méd. des hôpit.*, 20 déc. 1919.) — Les injections intramusculaires de sérum donnent des résultats comparables à ceux des injections intraveineuses. Weill-Hallé estime qu'il y a avantage à utiliser de façon constante, dans la diphtérie, l'injection intramusculaire unique et massive aux doses suivantes : 2 cc. dans les cas bénins par kilogramme de poids, 4 cc. par kilogramme de poids dans les cas graves.

Dysenterie.

Recherches sur le traitement de l'amibiase intestinale chronique par la voie buccale. (P. RAVAUT et CHARPIN. *Paris méd.*, 1919, 16 août.) — Il est des cas où le traitement par les injections d'émétine ou de novarsenobenzol est inefficace. Les auteurs ont alors essayé le traitement par voie buccale au moyen de capsules d'iodure double de bismuth et d'émétine à la dose quotidienne de 0,15, puis de capsules glutinisées de novarsenobenzol, plus efficaces, surtout si l'on adjoint l'usage de ferments digestifs et de lavements d'arsenobenzol (0,15 à 0,30 par lavement).

Cf. — Emploi de l'émétine par la voie rectale dans le traitement de la dysenterie amibienne. (H. CARABIN. *Th. de Paris*, 1919.)

Sérothérapie de la dysenterie bacillaire. (KLEIN. *The Lancet*, 1er nov. 1919.) — *Technique* : Injections intramusculaires, intraveineuses ou sous-cutanées. — *Sérum* : polyvalent. — *Doses* : 60 à 100 cc. par 24 heures. — *Résultats* : Meilleurs si traitement précoce, c'est-à-dire avant le 6e jour de la maladie ; 50 p. 100 de guérison du 6e au 10e jour. Aucun effet à la période terminale. Séquelles exceptionnelles après traitement. Un seul cas d'anaphylaxie ; quelquefois arthrites dysentériques étrangères au sérum pour Klein, dues au sérum pour Waller qui écrit un article sur ce sujet dans le même numéro de *The Lancet*.

Grippe.

Traitement de la grippe par les injections intraveineuses de sérum camphré. (P. LAPEYRE. *Th. de Toulouse*, 1919.) — *Technique* : Injections intraveineuses de sérum artificiel con-

tenant 1g50 de camphre par litre. On injecte 10 cc. — *Résultats* : Remarquables dans les premières heures de l'invasion grippale, moins décisifs ensuite ; n'en est pas moins utile à connaître, car est capable de rendre des services dans les formes graves.

Traitement de la grippe par les injections de quinine. (F. Fabier. *Th. de Bordeaux*, 1919.) — *Technique* : Cas bénins : 0g50 en injections intramusculaires. Cas moyens : 1 g. à 1g20. Cas graves : associer les injections intramusculaires 1 g. par 24 heures aux injections intraveineuses : 0g50 par 24 heures. — *Indications* : Avant tout les grippes à formes pulmonaires. — *Contre-indications* : Nulles. Diminuer les doses chez cardiaques et femmes enceintes.

Cf. — Injections intratrachéales d'huile goménolée dans les broncho-pneumonies grippales. (Rathéry et Bonnard. *Soc. méd. des hôpit.*, 16 janv. 1920.)

Emploi de l'étain et de ses composés (le stannoxyl) dans le traitement de la grippe. (A. Briens. *Th. de Paris*, 1919.)

Hémophilie.

La cure de l'hémophilie par le traitement sérique. (P. E. Weill. *Acad. de méd.*, 25 nov. 1919.) — *Technique* : Tous les 2 mois, injections sous-cutanées de sérum sanguin à dose de 20 cc. *Durée du traitement* : 1 à 6 ans. — *Résultats* : Aucun accident anaphylactique. Amélioration considérable du pronostic qui, jadis fatal, est complètement transformé.

Oxyurose.

Traitement de l'oxyurose par les lavements d'eau sulfureuse. (M. Leven. *Soc. de thérapeut.*, 14 janv. 1920.) — *Technique* : Tous les soirs pendant 5 jours, après lavage du rectum, donner un lavement, à conserver, d'eau d'Enghien légèrement réchauffée. Aller lentement, sans pression. Une bouteille d'eau par lavement chez l'adulte ; 1/4 chez l'enfant. Arrêter pendant 4 à 5 jours et recommencer pendant une 2e, ou si besoin est, une 3e période. — *Résultats* : favorables.

Pneumonie.

Action du sérum antipneumococcique dans les pneumonies et dans les complications de la grippe. (L. Cruveilhier. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, n° 7, 1919.) — *Technique* : Sérum de Truche en injections sous-cutanées. Hautes doses 60 à 80 cc. et plus. Moyenne : 30 à 40 cc. par jour. Innocuité absolue des injections. Si cas graves : 20 cc. de sérum dilués dans 10 fois son volume d'eau. Injection intraveineuse, très lente, pour éviter anaphylaxie. — *Résultats* : Très favorables ; température et pouls reviennent à normale. Asthénie diminue. Urines augmentent de quantité.

Cf. — Injections intraveineuses de protéines étrangères dans la pneumonie grippale. (C. W. Wells. *Journ. of the Amer. Assoc.*, 21 juin 1919.)

Rhumatisme blennorragique.

Traitement du rhumatisme par les injections locales de sérum antigonococcique. (R. Debré et J. Paraf. *Soc. méd. des hôpit.*, 31 oct. 1919.) — *Technique* : Sérum préparé par Nicolle. Ponctionner l'articulation. Evacuer le liquide et le remplacer par le sérum. Répéter ces injections 2 à 3 fois. Faire concurremment des injections intraveineuses ou intramusculaires de sérum pour prévenir complications générales.

Une thérapeutique nouvelle du rhumatisme gonococcique. (P. Carnot et A. Guillaume. *Paris méd.*, 1er nov. 1919.) — *Le médicament* : Bromure de mésothorium en solution isotonique à 1 microgramme par centimètre cube. Séries de 10 à 12 injections intraveineuses quotidiennes. — *Les résultats* : Remarquables dans le rhumatisme blennorragique. La douleur disparait et rend possibles, massages et mobilisation. L'état général s'améliore. Les résultats sont beaucoup moins nets dans le rhumatisme chronique déformant.

Syphilis.

Voir **Arsenicaux. Arsenobenzols.**

Cf. — Traitement de la syphilis par le mercure associé au novarsenobenzol. (Vigne. *Th. de Lyon*, 1919.)

Les sels d'or dans le traitement de la syphilis. (Doulcet *C. R. Soc. de path. comp.*, 9 déc. 1919.)

Abortion de la syphilis par les arsenobenzols employés dès la période d'incubation. (Louis Fournier et L. Guénot. *Presse méd.* 1919, n° 55.)

Tuberculose pulmonaire.

Cent cinq cas de tuberculose traités par le vaccin S. P. E. S. de Cepède. (Lacombe. *C. R. Acad. des sc.*, 13 oct. 1919.) — *Technique* : Injections sous-cutanées dans la fosse sus-épineuse, renouvelées tous les 4 jours. A ce traitement, l'auteur associe les injections intratrachéales d'huile mentholée, gaïacolée ou eucalyptolée, ainsi qu'une médication à base d'arsenic et de strychnine. — *Résultats* : Disparition de la fièvre, des sueurs. Etat général s'améliore, cependant que les signes d'auscultation semblent s'aggraver, ce qui est dû à une congestion passagère bientôt suivie d'amélioration. — *Conclusions* : Sur 105 cas : 3 morts, 7 très graves, 20 sans résultats appréciables, 9 abandonnent le traitement en cours, 42 améliorés, 24 guéris.

Hétérosérothérapie de la tuberculose pulmonaire. (Perkins. *The Lancet*, 27 sept. 1919.) — *Préparation du sérum* : Liquide pleural de pleurésies aiguës (primitives ou compliquant une tuberculose pulmonaire) mélangé à raison de deux parties du liquide avec une partie de solution citratée à 2 p. 100. Ajouter pour stériliser 20 p. 100 de solution phéniquée à 5 p. 100. *Technique et doses* : Injections sous-cutanées, 1 à 2 cc. d'abord puis 10, 15, 25 cc. ; 2 à 3 injections par semaine au début, puis une toutes les semaines. Bien supportées. — *Résultats* : Nuls dans les cas graves, bons dans les cas moyens.

Cf. — La chimiothérapie de la tuberculose. (Notes thérapeutiques, *L'Hôpital*, n° 11, 1919.)

Essai du manganate calcico-potassique (bactioxyne) dans deux cas de tuberculose pulmonaire. (M. Astruc. *Gaz. des hôpit.*, 1919, n° 64.)

L'éther éthylcinnamique dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. (J. Jacobson. *Th. de Paris*, 1919.)

Utilisation alimentaire et thérapeutique des graines de Fénugrec dans la tuberculose. (L. Rénon. *Gaz. hôpit.*, 9 mars 1920.)

Tuberculose intestinale.

Le chlorure de calcium dans le traitement palliatif de la tuberculose intestinale. (M. Fishberg. *Journ. of the Amer. Assoc.*, n° 26, 1919.) — *Indications* : N'agit véritablement que dans les cas de tuberculose intestinale au début, alors que la diarrhée ne dure que depuis quelques semaines. — *Technique* : Une seule injection intraveineuse de 5 cc. de solution à 5 p. 100 suffit, pour arrêter la diarrhée et supprimer les douleurs.

Typhus exanthématique.

Cf. — Essais de vaccination préventive contre le typhus exanthématique. (Lebailly et Poisson. *Ann. de l'Inst. Pasteur de Tunis*, 1919.)

La pyothérapie aseptique dans le traitement du typhus exanthématique. (J. Bride et J. Sénelet. *Soc. de biol.*, 7 juin 1919.)

Urticaire.

Quelques cas d'urticaire traités par l'antianaphylaxie. (M. Joltrain. *Arch. de méd. des enf.*, 1919, p. 481.) — Pendant 20 jours par mois, donner avant chacun des deux principaux repas, un cachet de 0,50 de peptone. Chez 2 malades ainsi traités, les accidents n'ont pas reparu.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HÔPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 15 francs par an.
Étudiants étrangers, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 6 fr. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 11 mars. — MM. Tanon, 15; Tinel et Touraine, 16; Lemaire, 18.

— Concours de chirurgien des hopitaux. — Le jury est définitivement composé de MM. les Drs Walther, Lecène, Wiart, Rochard, Delbet, Gosset et Louste.

— Concours de l'internat. — *Lecture des copies.* — *Pathologie.* — Séance du 11 mars. — MM. Gayet, 11; Gaillard (H.), 14; Humbert, 13; Joanny et Solente, 12; Arfeux, 7; Moniot, 13; Bouthillier, 7; Bonnot, 12; Delgove, 8.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Angers. — Le concours pour une place de chirurgien adjoint des hôpitaux d'Angers s'est terminé par la nomination de M. Ch. Metzger, professeur suppléant d'anatomie à l'Ecole de médecine.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Nantes. — M. Dupond, docteur en droit, est nommé secrétaire de l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, en remplacement de M. Aubineau, décédé.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Commissions de prix chargés de juger les concours de 1920 :

Prix Montyon, Barbier, Bréant, Godard, Mège, Dusgate, Bellion, Larrey. — MM. F. Guyon, d'Arsonval, Laveran, Charles Richet, Quénu, F. Widal, Armand Gautier, Edmond Perrier, Guignard, Roux, Henneguy.

Prix Montyon, Lallemand, La Caze, Martin-Damourette, Philipeaux. — MM. Armand Gautier, Edmond Perrier, d'Arsonval, Roux, Laveran, Henneguy, Charles Richet.

Fonds Charles Bouchard. — MM. Armand Gautier, F. Guyon, Edmond Perrier, d'Arsonval, Guignard, Roux, Laveran, Henneguy, Charles Richet, Quénu, F. Widal.

Prix Lannelongue, Trémont. — MM. Deslandres, Lemoine, Emile Picard, A. Lacroix, Appell, Edmond Perrier.

Question à proposer pour le Grand prix des sciences physiques à décerner en 1923. — MM. Armand Gautier, Edmond Perrier, d'Arsonval, Guignard, A. Lacroix, Douvillé, Le Chatelier.

UNE NOUVELLE MATERNITÉ. — M. J.-L. Breton, ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociale, a visité l'asile du Vésinet, actuellement vacant et qui peut comprendre 490 lits.

Il a décidé d'affecter cet asile comme succursale des maternités de Paris.

Des dispositions ont été prises pour que, dès la semaine prochaine, une quarantaine de lits au moins soient disponibles. Le reste sera prêt très rapidement.

LE PAIN A PRIX RÉDUIT POUR LES FEMMES ENCEINTES ET LES INFIRMES. — Le pain à prix réduit avait déjà été accordé aux familles nombreuses. Un décret l'accorde maintenant à différentes catégories de consommateurs parmi lesquelles nous relevons les femmes enceintes ou allaitant au sein et les infirmes. En voici la liste complète :

Militaires titulaires d'une pension de réforme ou d'une gratification de réforme dont l'invalidité constatée est d'au moins 50 p. 100; ouvriers, victimes d'accidents du travail, dont l'incapacité permanente a été évaluée par le tribunal à 50 p. 100 au moins; personnes nécessiteuses secourues par les bureaux de bienfaisance, sans que leur nombre, dans une commune, puisse être supérieur à celui des personnes qui bénéficiaient de ce secours au 1er février 1920; personnes hospitalisées, en vertu de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite, dans un établissement public ou privé; personnes nécessiteuses classées, en vertu de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, dans les asiles publics ou privés; personnes nécessiteuses âgées, infirmes, aveugles ou incurables, recueillies dans des établissements privés; femmes en gestation, à partir du 5e mois, et femmes allaitant au sein; enfants, âgés de moins de treize ans, assistés en vertu de la loi du 21 juin 1904; orphelins et enfants recueillis, âgés de moins de treize ans, et placés dans des établissements publics ou privés, ou chez des particuliers.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le Dr Fauque, à Paris.

COURS D'ORTHOPÉDIE DE M. CALOT (de Berck), 10e année, du lundi 17 mai au 23 mai, en sa clinique de Paris, 69, quai d'Orsay. En 7 jours, de 2 h. à 7 h., enseignement de l'*orthopédie indispensable aux praticiens* (orthopédie, tuberculoses externes, fractures), avec exercices pratiques. Pour médecins et étudiants français et étrangers. Les explications peuvent

être données en espagnol et en anglais par M. Calot et ses assistants. Droit d'inscription : 100 francs.

Le nombre des places étant limité, écrire dès maintenant à M. Calot, 69, quai d'Orsay, Paris.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA SITUATION DES ÉLÈVES DE L'ÉCOLE DE BORDEAUX

M. Georges Le Bail, député, demande à M. le ministre de la Guerre s'il ne serait pas possible d'appliquer aux élèves de l'Ecole de Bordeaux, en service dans le corps de santé des troupes coloniales, les dispositions du décret du 25 août 1919, stipulant que les élèves du Service de santé militaire doivent être nommés médecins ou pharmaciens aides-majors de 1re classe, avec rappel d'ancienneté, dès qu'ils sont en possession de leur diplôme de docteur en médecine ou de pharmacie. (*Question du 11 février 1920.*)

2e réponse. — Un décret, actuellement soumis à l'examen du Conseil d'Etat, réglera la situation des élèves de l'Ecole de Bordeaux versés dans le corps de santé des troupes coloniales. Ce décret prévoit un rappel d'ancienneté. (*J. O.*, 10 mars 1920.)

LIVRES NOUVEAUX

Traité de médecine légale infantile (1), par le Dr André COLLIN, ancien chef de clinique à la Faculté, et Henri ROLLET, juge au Tribunal de la Seine, membre du Conseil supérieur de l'A. P. Préface du Dr Séglas, médecin de la Salpêtrière.

Il appartenait au Dr André Collin et à M. le juge Henri Rollet de doter la science médicale française de ce livre entièrement nouveau.

Grâce à la collaboration de ces deux auteurs, depuis 10 ans un grand nombre d'enfants délinquants ou simplement difficiles à éduquer ont été examinés médicalement, et c'est le résultat de ces 10 années d'études sur le développement du système nerveux de l'enfant et sur les causes des réactions antisociales des mineurs que nous trouvons ici.

Le Dr André Collin démontre que chaque délit, par la façon dont il est commis, caractérise l'état mental de son auteur, et qu'il est possible au médecin spécialisé, en s'appuyant sur l'examen physique et mental et sur l'évolution neurologique de l'enfant (établissement des grandes fonctions, marche, parole, etc.), de dire ce que deviendra cet enfant et ce que l'on peut faire dans chaque cas pour l'amender.

C'est la base logique de l'individualisation de la peine et du traitement.

Le Dr André Collin préconise un certain nombre de mesures propres à défendre la société contre le récidiviste et à lui faire récupérer un grand nombre de ces enfants guérissables ou utilisables.

C'est, comme le dit le Dr Séglas dans sa préface, un livre inspiré de la meilleure école française.

M. le juge Henri Rollet donne ensuite un exposé très complet avec commentaires personnels pratiques des lois relatives à l'enfance coupable et appuie de son autorité de magistrat spécialisé dans l'étude des questions de l'enfance les conclusions de son collaborateur en souhaitant que la justice et la médecine unissent plus souvent leurs efforts pour mener à bien une tâche difficile.

LE MÉE.

(1) In-8. — Paris, Delagrave.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 15 AU 20 MARS 1920

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 15 mars. — 1er (N. R.), *Faculté*, épreuve orale d'anatomie.

2e (N. R.), *Faculté*.

3e (N. R.), *Laboratoire de bactériologie*, épreuve de bactériologie (P. et O.).

1er (A. R.), *Ecole pratique*, épreuve pratique d'anatomie.

3e (2e partie), *Laboratoire d'anatomie pathologique*, épreuve pratique d'anatomie pathologique.

Examen récapitulatif, *Faculté*, clinique médicale.

Mardi 16 mars. — 1er (N. R.), *Faculté*, épreuve orale d'anatomie.

2e (N. R.), *Faculté*.

5e (N. R.), *Faculté*, épreuve de thérapeutique.

1er (A. R.), *Ecole pratique*, épreuve pratique d'anatomie.

2e (A. R.), *Faculté*.

3e (2e partie), *Laboratoire d'anatomie pathologique*, épreuve pratique d'anatomie pathologique.

5e (1re partie), *Hôtel-Dieu*, chirurgie. — (2e partie), *Hôtel-Dieu*. — (2e partie), *Charité*, clinique interne.

Examen récapitulatif, *Faculté*, clinique chirurgicale.

Mercredi 17 mars. — 1er (N. R.), *Faculté*, épreuve orale d'anatomie.

2e (N. R.), *Faculté*, épreuve orale d'anatomie.

1er (A. R.), *Ecole pratique*, épreuve pratique d'anatomie.

4e (A. R.), *Faculté*.

3e (2e partie), *Faculté*, épreuve orale.

Jeudi 18 mars. — 1er (N. R.), *Faculté*, épreuve orale d'anatomie.

2e (N. R.), *Faculté*, épreuve orale d'anatomie.

5e (N. R.), *Faculté*, épreuve orale de thérapeutique.

1er (A. R.), *Faculté*, épreuve orale d'anatomie. — 1er (A. R.), *Faculté*, épreuve orale d'anatomie.

4e (A. R.), *Faculté*.

3e (2e partie), *Faculté*, épreuve orale.

Vendredi 19 mars. — 1er (N. R.), *Faculté*, épreuve orale d'anatomie.

2e (N. R.), *Faculté*.

1er (A. R.), *Faculté*. — 1er (A. R.), *Faculté*.

3e (2e partie), *Faculté*, épreuve orale.

Samedi 20 mars. — 1er (N. R.), *Faculté*, épreuve orale d'anatomie.

2e (N. R.), *Faculté*.

5e (N. R.), *Faculté*, épreuve orale de thérapeutique.

1er (A. R.), *Faculté*, épreuve orale. — 1er (A. R.), *Faculté*, épreuve orale.

3e (2e partie), *Faculté*.

5e (1re partie), *Beaujon*, obstétrique. — 5e (2e partie), *Beaujon*, clinique interne.

THÈSES

Mercredi 17 mars. — Jury : MM. Richet, président; Roger, Letulle, Sébileau. — M. BOURGEOIS (Maurice). Epreuve du « Maximum d'apnée volontaire ». — M. PELLETIER (Antoine). Contribution à l'étude des rapports du psoriasis et de la tuberculose. — M. GUÉDON (Marcel). Etude comparée de la résistance aux poisons. — M. DELIVET (Henri). De la colpectomie totale.

AVIS

En raison de l'élévation des frais d'affranchissement, pour éviter toute correspondance inutile, il ne sera répondu aux demandes de numéros que lorsqu'elles seront accompagnées du montant de ces numéros en timbres-poste ou mandat.

REVUE GÉNÉRALE

L'ÉPENDYMITE MÉNINGOCOCCIQUE[1]

Par M. Ch. DOPTER,
Professeur au Val-de-Grâce.

II

SYMPTOMATOLOGIE

Si l'épendymite méningococcique doit être considérée, du moins au point de vue anatomo-pathologique, comme une complication fréquente de la méningite cérébro-spinale, en clinique cette fréquence paraît moindre : en effet, d'une part, quand les lésions épendymaires sont légères, les réactions auxquelles elles donnent lieu sont de minime importance et passent facilement inaperçues ; d'autre part, quand elles sont plus accusées et qu'elles évoluent en même temps que la méningite ou peu après son éclosion, ses symptômes se confondent souvent avec ceux de la méningite ; comme Merle l'a justement formulé, elle ne constitue souvent « qu'un épiphénomène au cours de la méningite aiguë », et il devient difficile parfois de reconnaître au milieu de tout le complexus symptomatique la part qui lui revient en propre.

Malgré les difficultés auxquelles on s'est heurté pour arriver à définir le syndrome épendymaire, on peut actuellement aborder sa description. On a été aidé dans cette tâche, un peu par les travaux expérimentaux, beaucoup par l'observation clinique de faits bien choisis, tels que : les atteintes d'épendymite primitive, sans lésion méningée antécédente (un seul cas de Birnbaum), puis les cas d'épendymite cloisonnée, où, la méningite ayant rétrocédé et les orifices de Magendie et de Luschka étant oblitérés, l'épendymite évoluait alors, en cavité close, à l'état pour ainsi dire isolé, indépendamment de toute lésion étrangère pouvant fausser l'ensemble symptomatique.

On est arrivé ainsi à concevoir le *syndrome épendymaire* comme constitué en réalité par la superposition de deux syndromes :

1° Le *syndrome d'inflammation ventriculaire*, dû aux altérations de l'épendyme mais aussi aux perturbations cérébrales produites par ces dernières. Il donne lieu aux symptômes suivants : raideur excessive, troubles intellectuels, somnolence, cachexie progressive. Ce syndrome subit des variantes suivant la localisation de l'épendymite et son intensité. Nous verrons qu'en certain cas il peut être absent.

2° Le *syndrome d'hypertension intracranienne* qui se révèle par la céphalée intense, l'hyperesthésie, les vomissements, cet ensemble se complétant, si l'affection se prolonge, par des troubles sphinctériens, respiratoires et cardiaques et souvent la stase papillaire.

Cette hypertension intracranienne est due, dans le cas particulier, à l'exagération de la quantité de liquide céphalo-rachidien, qu'elle reconnaisse pour cause une *hyperproduction* de liquide, liée à la suractivité de l'épithélium épendymaire et choroïdien, ou un *défaut de résorption* par oblitération des veines sous-épendymaires ou par des modifications de la pression intracérébrale. Elle est éminemment favorisée par l'enkystement des ventricules qui contribue à la réaliser au maximum.

On conçoit dès lors que des variations puissent survenir dans les caractères et l'intensité du syndrome suivant l'état anatomo-pathologique de l'épendyme, des plexus choroïdes (1) et des voies de résorption, et suivant aussi les facilités d'évacuation du liquide par les orifices de communication intra et extracranienne.

Aussi ne doit-on pas être surpris de constater des différences importantes dans l'intensité de ses signes révélateurs, suivant les conditions essentielles dont dépend leur apparition. De tels faits expliquent d'ailleurs que les deux syndromes ne marchent pas toujours de pair et que, suivant la forme anatomo-clinique qui se présente, l'un ou l'autre puisse prendre le pas sur son congénère. C'est ce qui ressortira de l'exposé clinique (2).

L'étude des observations d'épendymite montre qu'il est possible de ramener à deux types essentiels les aspects cliniques par lesquels elle se manifeste :

Dans l'un on se trouve en présence d'un processus aigu ou subaigu, se traduisant par une *épendymite suppurée*, compliquant une méningite en évolution et l'accompagnant ou bien lui survivant.

Dans l'autre, l'épendymite complique encore la méningite, mais le processus inflammatoire dont l'épendymite est le siège est beaucoup plus atténué, et revêt une forme habituellement plus torpide, marquée surtout par le syndrome d'hypertension intracranienne, et se traduisant par un processus non plus suppuré, mais *séreux*. Cette épendymite peut être séreuse d'emblée ou être la manifestation résiduelle d'une épendymite suppurée (Hallez).

Ependymite aiguë ou subaiguë suppurée. — L'épendymite aiguë suppurée peut se manifester, au point de vue clinique, sous trois formes différentes :

Dans l'une, la lésion épendymaire, née toujours par propagation du processus méningé aux plexus choroïdes puis à l'épendyme, évolue en même temps que la méningite et l'accompagne. Il s'agit d'une *méningo-épendymite libre ;* l'évolution des deux lésions est parallèle parce que, en raison de la persistance des trous de Magendie et de Luschka (parfois rétrécis cependant, mais non obstrués), les

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 23, p. 357.

(1) C'est ainsi qu'en certains cas, l'épendymite restant légère, mais la choroïdite s'étant montrée intense, les plexus choroïdes se trouvent englobés dans une gangue fibrino-purulente ; leur épithélium n'est plus capable d'assurer, en ce qui le concerne, la production du liquide céphalo-rachidien. La quantité de ce dernier n'en est donc que diminuée. Le syndrome d'hypertension intracranienne s'efface donc relativement en pareil cas, et ne se manifeste plus au complet. Comme l'a dit L. Caussade (p. 124), l'épendymite et l'hypertension ne sont pas fatalement une équation.

(2) On consultera à ce sujet avec fruit les excellentes thèses de L. Caussade, Les ventricules latéraux dans la méningite cérébro-spinale de l'adulte, *Thèse de Nancy*, 1916, et de G. Hallez, Les formes cloisonnées et les localisations ventriculaires de la méningite cérébro-spinale à méningocoques, *Thèse de Paris*, 1917.

voies de communication du liquide céphalo-rachidien sont libres.

Dans la seconde, qu'on peut dénommer *méningo-épendymite cloisonnée*, la méningite et l'épendymite évoluent encore de concert, mais les orifices précédents s'obturent, un cloisonnement se produit qui rend indépendantes les deux lésions. Celles-ci continuent donc à évoluer mais pour leur propre compte.

Dans la troisième, la plus fréquente actuellement, la méningite qui s'est propagée tout d'abord à l'épendyme, alors que les orifices précédents étaient encore libres, entre en régression sous l'influence du traitement. Elle peut même guérir au moins dans sa ponction rachidienne. Néanmoins les plaques purulentes de la base ont obstrué lesdits orifices. Il en résulte que les ventricules sont séparés de la cavité arachnoïdienne et que l'épendymite continue à évoluer, mais isolément, en cavité close, réalisant ainsi la *pyocéphalie* (Chiray) ou encore un véritable *empyème cérébral*.

Méningo-épendymite libre. — Dans cette forme, le syndrome épendymaire ne saurait se trouver aussi au complet que dans la pyocéphalie, où il se montre, pour ainsi dire, à l'état de presque pureté, et au maximum d'intensité. La rapidité de l'évolution, la superposition des signes de méningite et d'épendymite ne lui permettent de se manifester qu'à l'état d'ébauche.

On trouve dans l'observation suivante de L. Caussade (1) l'aspect général de cette forme, assez peu commune.

Observation (résumée). — Un artilleur, malade depuis la veille, entre le 14 janvier à l'hôpital; il présente tous les signes classiques de la méningite cérébro-spinale, il reçoit le même jour une injection de sérum spécifique.

Le 15 et 16 janvier, les phénomènes sont plus atténués; la température reste néanmoins élevée (autour de 39°).

Le 17, la céphalée a disparu. T. 38°3.

Le 18. La température remonte : 39°3. Cependant l'allure générale des symptômes ne présente rien d'inquiétant : le liquide céphalo-rachidien s'écoule abondamment et sans pression; il s'éclaircit et redevient presque limpide.

Le 19. Mêmes symptômes.

Le 20. T. 38°4. Mais le malade paraît *très fatigué*. De plus le liquide céphalo-rachidien est *plus trouble*. Néanmoins l'état est satisfaisant, du moins jusqu'à midi. Mais dans la 2e moitié de la journée, ce tableau clinique change. Prostration entrecoupée par une grande agitation. La céphalée devient violente et fait pousser des cris au malade. Il tient constamment les yeux fermés, fuit la lumière, pas de vomissements. La raideur s'est subitement beaucoup accentuée : toutefois ni secousses, ni convulsions. Pas de modification des réflexes.

21 janvier. Nuit très mauvaise. Cris, gémissements. T. 40 : pouls incomptable. Le malade crie constamment et a perdu connaissance; agitation coupée d'abattement extrême. Cheyne-Stokes. La raideur est extrême, atteignant les membres inférieurs. Mort à 23 heures.

L'autopsie révéla l'existence d'une méningite spinale, puis basale, émettant de courts prolongements sur les scissures de Sylvius, tapissant les faces latérales du bulbe, le toit du 4e ventricule, les pédoncules cérébraux, etc.

Les ventricules ne sont pas dilatés, mais contiennent une sérosité louche avec des grumeaux fibrino-purulents; une véritable fausse membrane purulente englobe les plexus choroïdes. L'épendyme ventriculaire est congestionnée.

Le trou de Monro n'est pas obstrué, mais rétréci.

Dans cette observation où l'issue fatale fut si rapide, les symptômes de « ventriculite » se sont trouvés masqués en grande partie par les symptômes de la méningite concomitante; néanmoins, la prostration subite, les cris du malade, et, d'autre part, la reprise inaccoutumée des contractures, de même que leur extension, sont des signes relevant du syndrome ventriculaire.

En d'autres cas, sans être au complet, le syndrome épendymaire est plus accusé; on voit alors apparaître l'abattement, la torpeur, ainsi que des raideurs tétaniformes des membres.

De plus, *le liquide céphalo-rachidien conserve son aspect louche et purulent*, montrant ainsi la persistance de l'inflammation méningée; de plus la facilité de son écoulement prouve la perméabilité des trous de Magendie et de Luschka.

Ce syndrome ébauché se montre dans sa totalité dans les cas de méningo-épendymite cloisonnée et surtout de pyocéphalie.

Méningo-épendymite cloisonnée. — Depuis la sérothérapie, cette forme est assez exceptionnelle, car le sérum introduit par voie rachidienne, et agissant directement sur les lésions de la méningite spinale, a facilement raison de ces dernières. On ne la voit plus survenir que dans les atteintes insuffisamment traitées, ou qui s'améliorent lentement, ou quand la méninge spinale étant elle-même cloisonnée, le sérum n'a pu atteindre toute l'étendue des altérations.

Dans cette forme où le cloisonnement ventriculo-arachnoïdien survient d'une façon précoce *au cours de l'évolution simultanée de la méningite et de l'épendymite*, le syndrome épendymaire est fatalement mêlé aux symptômes méningés, et le départ entre les deux est peu aisé à déterminer, mais le syndrome d'hypertension, sans avoir toute la netteté qu'on lui verra dans la pyocéphalie pure, dénuée de tout élément méningé à proprement parler, est plus apparent que dans la méningo-épendymite libre en raison de l'obstacle opposé à l'évacuation du liquide ventriculaire par le bloquage des ventricules.

Ce type de méningo-épendymite cloisonnée où l'épendymite et la méningite, confondues au début, ont dans la suite une évolution indépendante, est réalisé dans plusieurs faits publiés, dont ceux de Marfan (1), de Cazamian (2), de N. Fiessinger et Leroy (3).

Observation de Cazamian (résumée). — Un malade, âgé de 18 ans présentant tous les symptômes d'une méningite cérébro-spinale sévère, est traité par une sérothérapie intensive; il reçoit quotidiennement des injections de sérum sans qu'une amélioration se dessine; le liquide céphalo-rachidien reste

(1) L. Caussade. Les ventricules latéraux dans la méningite cérébro-spinale de l'adulte, *Thèse de Nancy*, 1916.

(1) Marfan. Forme cloisonnée et ventriculaire de la méningite cérébro-spinale, *Bull. méd.*, 5 fév. 1916.

(2) Cazamian. Méningito-épendymite cloisonnée à méningocoques de Weichselbaum, *Soc. méd. des hôpit.*, 24 mars 1916.

(3) N. Fiessinger et Leroy. Méningite à méningocoques. Évolution ventriculaire à l'état isolé, *Journ. des prat.*, 27 mai 1916.

trouble avec une polynucléose immuable. Au bout de 12 jours, les symptômes classiques ne présentant aucun changement et n'étant l'objet d'aucune rétrocession, d'autres viennent se surajouter : le malade commence à délirer puis à présenter une *émaciation rapide* et qui restera *progressive* jusqu'à la terminaison fatale, la *céphalée*, les *contractures s'accroissent* durant les jours suivants; et la formule du liquide céphalo-rachidien recueilli par ponction lombaire ne se modifie pas.

Au 17e jour, la *ponction ramène avec difficulté un liquide xanthochromique, de teinte ambrée, semblant constitué par du sérum non résorbé;* il est toujours trouble et contient des polynucléaires accompagnés de rares lymphocytes. En même temps on note de l'*incontinence des sphincters*, et des *contractures* telles que le malade est figé tout d'une pièce.

La ponction ventriculaire montre alors un liquide trouble riche en polynucléaires, mais différant néanmoins par sa teinte du liquide rachidien, et par sa teneur élevée en méningocoques. Malgré les injections ventriculaires, le malade succombe le 25e jour.

L'autopsie montre au niveau de la région médullaire une congestion intense des méninges, sans suppuration toutefois, mais au niveau de la base un exsudat fibrino-purulent très dense; les trous de Magendie et de Luschka sont obturés, et les ventricules dilatés.

Dans ce cas, le syndrome d'hypertension ne s'est révélé que par la raideur exagérée et la cachexie, à l'exclusion des troubles intellectuels qu'on y rencontre si fréquemment. L'épendymite n'était guère représentée que par l'exacerbation de la céphalée.

Le syndrome est parfois moins net encore, mais du côté du liquide céphalo-rachidien, se montrent certains signes qu'il importe de mettre de suite en valeur; ce sont sa difficulté d'écoulement, son aspect ambré (sérum non résorbé), et sa formule cellulaire et microbienne différente de celle qu'on observe dans le liquide ventriculaire; la *différence de constitution de ces deux liquides* témoigne donc de l'indépendance de leurs cavités, et est déjà le symptôme le plus évident du cloisonnement qui s'est opéré. Ces signes seront retrouvés et décrits plus au complet lors de l'étude de la pyocéphalie.

Dans les atteintes précédentes, la méningite et l'épendymite évoluent simultanément, mais indépendamment l'une de l'autre en raison de l'établissement d'une barrière qui empêche les cavités sous-arachnoïdiennes et ventriculaires de communiquer.

Mais parfois le cloisonnement, tout en opérant le bloquage anatomique décrit, permet néanmoins aux méningocoques des ventricules de filtrer à travers des fissures microscopiques, et d'infecter les espaces sous-arachnoïdiens. Il s'agit alors, suivant l'expression de Ramond (1) qui a fait connaître cette modalité spéciale, d'une *épendymite infectante* qui contribue à entretenir l'infection spécifique des méninges; il en résulte que, là encore, on se trouve en présence d'une évolution concomitante d'épendymite et de méningite, cette dernière relevant alors de la première.

Pyocéphalie pure. — Ici, la méningite est terminée, elle est guérie; elle a été certainement compliquée, au cours de son évolution, d'une épendymite, assez atténuée pour être passée inaperçue. Puis les orifices de communication ventriculo-arachnoïdienne se sont obstrués. Mais l'épendymite continue à se développer, indépendamment de toute autre lésion; elle évolue isolément, en cavité close, et d'une façon pour ainsi dire autonome. Le syndrome épendymaire (ventriculaire et hypertension) se révèle dès lors dans toute sa pureté.

Le processus anatomo-clinique de cette forme s'effectue donc en *deux étapes successives*: l'une purement *arachnoïdienne*, l'autre *ventriculaire*.

Dans la plupart des cas, voici comment cette variété se présente :

Un malade est atteint de méningite cérébro-spinale classique dont il présente tous les symptômes habituels. Sous l'influence du traitement, ces symptômes s'apaisent progressivement, le liquide céphalo-rachidien, de trouble qu'il était, devient plus clair, la formule polynucléaire fait place progressivement à une formule lymphocytaire, la température baisse. La guérison peut être envisagée dans un délai assez rapproché ; on croit la partie gagnée.

Cependant la détente n'est pas franche; malgré la continuation du traitement la guérison espérée tarde à se prononcer; l'amélioration déjà bien dessinée ne progresse pas, la fièvre bien qu'atténuée ne revient pas à la normale. Les contractures, bien qu'atténuées, ne se résolvent pas, l'état général ne se relève pas, bien au contraire il décline. Quelques jours se passent ainsi, parfois une à deux semaines; puis brusquement éclatent à nouveau des accidents aigus ; la température s'élève à 39° ou 40°; la céphalée devient violente, les raideurs s'accentuent et deviennent très marquées ; le délire réapparaît.

Pensant à une rechute, on pratique la ponction lombaire, et l'on s'attend à trouver un liquide céphalo-rachidien louche ou même trouble, signature de la rechute méningée. Il n'en est cependant rien, car la ponction lombaire ramène encore un liquide clair avec une formule de guérison, comme avant le retour des accidents. Malgré cette constatation on reprend les injections de sérum, on les réitère journellement, mais l'état du malade, loin de s'améliorer, ne fait qu'empirer, et le syndrome épendymaire se constitue progressivement.

En effet, le malade accuse une sensation de *fatigue* profonde, il présente de l'*accablement* et de la *prostration*; il reste indifférent à tout ce qui l'entoure, aux questions qu'on lui pose. Bientôt cette indifférence se change en une véritable *somnolence* qui constitue un des signes cardinaux de la complication en cours ; le malade est couché sur un côté, le plus souvent tourné du côté opposé au jour, les paupières fermées.

La somnolence s'accroît et devient continue. Le malade ne répond aux questions qu'on lui pose que s'il y est invité par des appels répétés ; et encore répond-il mal, par monosyllabes et souvent d'une façon incohérente. Ce sommeil continuel n'est interrompu que par des crises d'agitation et de délire qui surviennent de temps à autre, ou des crises de céphalée atroce, paroxystique (le plus souvent occipitale) déterminant des cris et de véritables hurlements de douleur.

(1) F. Ramond. Méningite cérébro-spinale prolongée et méningo-épendymite nécessitant la trépano-ponction, *Soc. méd. des hôpit.*, 5 mai 1916.

Chez d'autres, les troubles psychiques se révèlent autrement : les malades suivent du regard les personnes faisant partie de leur entourage, mais avec une indifférence absolue, sans prononcer la moindre parole et sans la moindre expression de leur visage, sauf quand on leur apporte leurs aliments que certains prennent encore avec avidité.

Les vomissements réapparaissent et se renouvellent; ils deviennent incoercibles et s'effectuent sans effort.

Les *contractures* s'exagèrent et *prennent alors un caractère spécial :* la raideur de la nuque devient très accentuée, la flexion des membres inférieurs est très marquée, parfois ils se placent en extension forcée; les membres supérieurs se placent en flexion. Enfin, il n'est pas rare d'observer, au niveau de ces membres contracturés, des secousses, du tremblement, parfois même des crises toniques, à l'exclusion de crises cloniques.

Ces phénomènes peuvent s'accompagner d'un certain état parétique des membres et d'un certain degré d'ataxie. Lévy, Hallez ont même signalé la paralysie des muscles de la nuque.

Les réflexes tendineux ne sont pas toujours faciles à observer en raison de cet état de contracture ; ils n'apportent d'ailleurs, en raison de leur grande variabilité, aucune donnée précise pour le diagnostic : on constate leur diminution ou leur abolition, parfois une exagération passagère. Il en est de même des réflexes cutanés.

A ces symptômes s'ajoute l'*incontinence des sphincters.*

L'état général souffre profondément; on observe un *amaigrissement rapide et progressif*, une fonte musculaire et graisseuse qui s'annonce d'ailleurs dès l'entrée en scène de l'épendymite et doivent lui être rattachés directement. Les membres se réduisent petit à petit à un état d'émaciation considérable; l'abdomen se creuse, les côtes font saillies. Il résulte de cet état d'hypotrophie, qui s'installe en quelques jours, un *état squelettique* impressionnant; pour peu que l'affection se prolonge, il aboutit à la *cachexie* avec ses symptômes habituels : peau sèche, écailleuse, se couvrant de squames, enfin production d'*escarres* aux points de décubitus (occiput, sacrum, trochanter, talon).

Pendant toute la durée de cette infection pyocéphalique, la fièvre est extrêmement variable : malgré la suppuration ventriculaire, la température peut rester normale ou presque normale, ne présentant que des irrégularités insignifiantes. En général elle subit une allure analogue à celle de la méningite et prend parfois le type de la fièvre intermittente avec les oscillations d'aspect septicémique.

Un certain nombre de ces malades présentent des troubles sensoriels importants, atteignant l'audition, mais de préférence la vision. Les troubles visuels se manifestent par de la *stase papillaire*, symptôme connu dans les observations d'hypertension intracranienne, quelle qu'en soit l'origine.

Les progrès de la cachexie, qui finit par être l'élément dominant de toute cette symptomatologie spéciale, s'accusent de jour en jour au fur et à mesure de l'évolution de l'affection. Cette évolution est entre-coupée parfois d'alternatives d'amélioration et d'aggravation, au cours desquelles les symptômes s'exagèrent puis s'atténuent. Mais plus le temps passe, plus les symptômes de déchéance organique s'accusent, et en 10, 15, 20 jours, quelquefois davantage, le malade succombe dans un état de complet épuisement, dans le coma souvent, dans une syncope parfois, survenant à l'occasion d'un effort, de la position assise, d'une ponction lombaire, etc.

J'insiste, pour terminer, sur un élément cardinal auquel il a déjà été fait allusion et qui se manifeste dès l'entrée en scène du syndrome épendymaire : l'*état du liquide céphalo-rachidien* :

Pendant toute la durée de la pyocéphalie, en effet, le liquide céphalo-rachidien retiré par ponction lombaire donne des renseignements d'apparence paradoxale, car ils ne sont pas en rapport avec la gravité de l'état du malade; ils prennent une importance capitale au point de vue du diagnostic :

1° Tout d'abord, en raison du bloquage des ventricules, la *quantité de liquide céphalo-rachidien est fortement diminuée ;* il ne s'écoule que goutte à goutte, péniblement, lentement, et c'est à peine, s'il est possible d'en extraire quelques centimètres cubes. Parfois même la ponction reste blanche à chaque tentative.

2° D'autre part, il est remarquable de constater que, malgré l'aggravation des phénomènes, l'examen cytologique et bactériologique du liquide recueilli par ponction lombaire révèle une formule, sinon toujours de guérison, du moins de convalescence; liquide opalescent ou même clair et limpide, *lymphocytose prédominante*, *absence de méningocoques*, cette formule prouvant de la façon la plus nette que l'inflammation méningée spinale est en régression ou même totalement guérie.

3° Puis, le *sérum introduit par voie rachidienne n'est pas résorbé.* En effet, le liquide céphalo-rachidien obtenu 24 à 48 heures après une injection de sérum, présente une teinte ambrée (*xanthochromie*), montrant à l'évidence qu'il est resté sur place et n'a diffusé ni dans la circulation ni vers les centres nerveux, vraisemblablement en raison de l'obstacle qui s'est dressé devant lui.

4° Enfin, il existe un *contraste saisissant* entre l'aspect macroscopique et microscopique du liquide céphalo-rachidien obtenu par ponction lombaire et celui que revêt le liquide ventriculaire obtenu par trépano-ponction ; ce dernier se montre habituellement trouble, voire même purulent, riche en polynucléaires et en germes spécifiques ; dénué parfois de cellules, il ressemble alors à une culture pure de méningocoques très abondants (1).

Les trois premiers de ces caractères (diminution de quantité, formule cellulaire et microbienne de guérison, défaut de résorption du sérum introduit par voie rachidienne), constituent un ensemble symptomatique qui équivaut à un véritable syndrome : *syndrome de cloisonnement*, qui s'ajoute aux

(1) Aucune recherche ne semble avoir été poursuivie sur la pression de ce liquide ; il est vraisemblable que les résultats seraient analogues à ceux qu'on observe en cas d'hydrocéphalie (voir plus loin).

syndromes ventriculaires et d'hypertension pour caractériser la pyocéphalie (1).

Tel est le tableau symptomatique habituel de cette complication redoutable ; mais il peut présenter des variantes :

Tout d'abord l'intervalle qui sépare la disparition des accidents méningés des premiers symptômes d'épendymite se présente avec une durée variable ; en certains cas, il se réduit à quelques jours, en d'autres, il atteint quelques semaines. Il a pu atteindre 2 et même 4 mois (2) pendant lesquels la guérison paraissait complète.

Quant à la durée de l'évolution de cet empyème cérébral, elle varie, elle aussi, dans des proportions importantes. Dans les cas aigus, il aboutit à la mort en quelques jours, parfois quelques semaines. Mais on connaît des formes chroniques qui peuvent se prolonger pendant 4, 6, 8 et même 10 mois. La marche de l'affection est alors plus rapide, plus insidieuse, et les réactions si violentes de la pyocéphalie aiguë prennent une allure plus atténuée. Quand le syndrome pyocéphalique s'est installé, il se manifeste sous l'aspect de crises successives, au cours desquelles la température s'élève à 38°5 ou 39°, les contractures sont plus accentuées ; il en est de même de la céphalée, des douleurs, de l'hyperesthésie, des vomissements. Ces poussées, qui se reproduisent à intervalles de 2 à 3 semaines, cessent petit à petit ; la fièvre tombe aux environs de 37°, les malades s'alimentent sans présenter de troubles digestifs, mais chacune d'elles « laisse le sujet encore plus amaigri, plus raide, et plus cachectique qu'il n'était auparavant (Netter et Debré) ».

La mort est l'aboutissant pour ainsi dire fatal ; il est exceptionnel cependant de la voir survenir au cours d'une poussée aiguë ; elle se produit de préférence à la suite de l'état marasmatique progressif auquel on assiste, à moins qu'on n'intervienne à temps par les moyens sérothérapiques appropriés.

Cependant, même sans ce traitement spécial, on peut observer la guérison : les poussées fébriles s'espacent et s'atténuent de plus en plus, les contractures, les douleurs diminuent progressivement ; les troubles intellectuels, les troubles sphinctériens, les escarres régressent, mais si cette guérison s'établit, c'est au prix d'infirmités irrémédiables : la paralysie des membres, sans oublier la surdité et souvent la cécité complète qui sont particulièrement fréquentes.

La symptomatologie de l'épendymite est encore en rapport avec la *localisation anatomique* du processus épendymaire. Quand l'épendymite atteint notamment la *région bulbo-protubérantielle,* on observe, en plus des manifestations propres à cette lésion et des accidents de bloquage des ventricules, des symptômes relevant de l'atteinte presque fatale des centres qui siègent à proximité et des nerfs craniens qui en émanent. C'est ainsi que l'épendymite du plancher du 4e ventricule s'accompagne de troubles du pouls et des mouvements respiratoires, de parésie ou de paralysie du nerf facial, de la 6e paire, du nerf auditif, etc. On constate encore de la polydipsie, de la polyurie, et en certains cas un véritable diabète insipide, parfois encore de la glycosurie, de l'albuminurie sans lésions rénales. De tels phénomènes sont des symptômes régionaux venant se greffer sur les signes habituels de l'épendymite proprement dite.

Enfin, si dans les cas qui ont fait l'objet des descriptions précédentes le syndrome est engendré par des lésions bilatérales, il est des atteintes, rares à la vérité, où les lésions sont unilatérales ou prédominantes d'un côté, à tel point que l'épendymite peut revêtir un caractère aigu dans le ventricule droit, par exemple, avec liquide louche, alors que du côté gauche on n'observe qu'une hydrocéphalie résiduelle.

On observe alors des symptômes à prédominance unilatérale. C'est ainsi que chez un malade de Dawies (1), la céphalée se manifestait sous forme d'hémicrânie, les phénomènes convulsifs et la stase papillaire s'observaient du même côté.

De tels cas sont difficiles à diagnostiquer, car ils peuvent donner le change avec un abcès cérébral, et, s'il s'agit d'hydrocéphalie simple, avec une tumeur cérébrale.

Chez le nourrisson, la pyocéphalie est plus fréquente que chez l'adulte en raison de l'étroitesse naturelle des trous de Magendie et de Luschka.

D'une façon générale, le tableau clinique ne diffère pas de celui qu'on observe chez l'adulte. Toutefois, on observe du côté de la fontanelle, un symptôme, important surtout par sa précocité, car il permet d'orienter de bonne heure vers le diagnostic de la lésion ventriculaire. En effet, le crâne du nourrisson étant susceptible d'extension, la fontanelle se développe dans tous ses diamètres, et d'une façon plus exagérée que dans la méningite cérébro-spinale simple ; les diamètres du crâne peuvent de même être augmentés. Notons avec Marfan que la saillie de la fontanelle ne diminue pas, ou à peine, après la ponction lombaire. Bref se développe le syndrome classique de l'hydrocéphalie. Ces troubles peuvent même être les premiers en date et constituer la première manifestation de la pyocéphalie, ou tout au moins de l'hypertension intracranienne.

---

(1) *Nota.* — Quelle importance faut-il attacher, pour diagnostiquer la pyocéphalie, au signe que Chiray a décrit sous le nom de « signe réflexe de la pyocéphalie » ? Pour ma part, j'estime qu'il n'est en aucune façon, révélateur de cette complication.

Voici, en quelques mots, en quoi consiste ce signe :

Quand, chez un malade atteint de pyocéphalie, on pratique une injection intraveineuse de sérum antiméningococcique (1/2 à 1 cc.), on déclanche une crise congestive débutant de 10 à 30 secondes après l'injection et se traduisant par une rougeur très vive de la face, une teinte violacée des lèvres et des oreilles. On observe, en outre, de l'injection des conjonctives, du larmoiement et de la perte de connaissance, la respiration devient irrégulière et le pouls filant, incomptable. Après 4 à 5 minutes tous ces troubles se calment petit à petit et rentrent dans l'ordre.

Or, ces phénomènes s'observent aussi bien à la suite d'injections intrarachidiennes, même en l'absence de pyocéphalie. Ils ne sont en réalité que l'expression symptomatique du choc anaphylactique qu'on observe chez les méningitiques à la suite d'injections répétées de sérum, surtout quand celles-ci ont été interrompues pendant quelque temps.

(2) Cushing et Sladen. *Journ. of med. experim.*, 8 juillet 1908, p. 548.

(1) T. B. Dawies. *British med. Journ.*, 24 fév. 1912.

Ependymite séreuse. — A côté de l'épendymite suppurée qui vient d'être décrite, il y a place pour une épendymite se traduisant par des symptômes analogues à ceux de cette dernière, avec cette différence toutefois que le *liquide céphalo-rachidien reste clair et limpide.* C'est, comme il est convenu de l'appeler, l'*épendymite séreuse*, qui semble d'ailleurs se confondre avec certains faits de *méningite séreuse*, telle que Quincke l'avait décrite, donnant lieu à un ensemble symptomatique pouvant parfois donner le change avec des tumeurs cérébrales et se traduisant par un symptôme primordial, d'où découlent la plupart des autres qu'on est habitué à observer en pareil cas : l'*hydropisie ventriculaire*.

Cette hydropisie ventriculaire, acquise, peut prendre naissance dans deux conditions différentes, bien que, à la base de toutes deux se trouve l'épendymite légère, aiguë ou chronique, associée le plus souvent à la choroïdite.

On connaît en effet, comme l'ont bien spécifié Harvier et Schreiber (1), une hydropisie survenant par suite de l'*hypersécrétion* pure et simple du liquide céphalo-rachidien, les voies de communication céphalo-rachidienne étant restées libres.

Une autre survient à la suite de la *rétention* du même liquide, cette dernière pouvant être due à un bloquage ventriculaire comme dans les cas de pyocéphalie, ou à l'oblitération des espaces périvasculaires de la couche sous-épendymaire, gênant sa résorption.

Mais la rétention n'exclut en aucune façon la possibilité d'une hypersécrétion concomitante.

A la première catégorie se rattachent des cas où l'hydropisie souvent définitive peut toutefois n'être que *passagère* et guérit sous l'influence de ponctions lombaires répétées. Dans la seconde se rangent les cas d'*hydropisie permanente et progressive*. Toutes deux se manifestent par des symptômes de distension ventriculaire et d'hypertension intracranienne; les symptômes d'épendymite se trouvent le plus souvent réduits au minimum, la lésion inflammatoire étant trop peu marquée pour se manifester nettement aux yeux du clinicien.

Au point de vue clinique, cette épendymite séreuse peut se révéler sous deux formes, l'une aiguë, l'autre subaiguë ou chronique, la plus fréquente; leurs manifestations symptomatiques n'apparaissent en général qu'après la guérison de la méningite dont cette épendymite reste une complication ou une séquelle. Donc, ici encore, deux stades nettement tranchés : l'un arachnoïdien, l'autre ventriculaire.

Forme chronique ou subaiguë. — Les phénomènes infectieux en moins, on retrouve dans cette forme un tableau clinique sensiblement analogue à celui de l'épendymite suppurée.

Une méningite cérébro-spinale se déclare, qui, grâce à la sérothérapie, rétrocède après un délai plus ou moins long. Le liquide céphalo-rachidien est redevenu normal, clair, limpide, acellulaire et amicrobien. La guérison de la méningite arachnoïdienne semble acquise.

(1) Harvier et Schreiber. *Soc. de pédiatr.*, 15 nov. 1910.

Au bout de plusieurs semaines, parfois de plusieurs mois (5 mois dans l'observation de Rieux) (1), des symptômes d'hypertension intracranienne commencent à éclore.

Ils débutent par une *céphalée intense*, se montrant le plus souvent sous forme de crises paroxystiques, exaspérées par le moindre mouvement. Elle s'accompagne de *vomissements* habituellement répétés, survenant sans efforts. On constate parfois un retour de la *raideur de la nuque;* mais son absence est plutôt la règle; le signe de Kernig est inconstant.

Bientôt se manifeste l'*hypotrophie* marquée et progressive, décrite dans la pyocéphalie; malgré une alimentation suffisante et même relativement abondante, l'amaigrissement se prononce, entraînant le malade vers la cachexie, avec production d'escarres sacrées et même trochantériennes.

En même temps, ou un peu plus tardivement, les *troubles intellectuels*, inhérents au syndrome d'hypertension, commencent à se dessiner, sous la forme d'un état d'indifférence, de torpeur, d'hébétude, entrecoupé parfois du délire de l'agitation, de cris ou de convulsions. Il en est de même des *contractures* qui peuvent se manifester d'une façon intense. Les *troubles sphinctériens* sont fréquents. Les *réflexes* sont soit abolis, soit exagérés. Les troubles de sensibilité, l'*hyperesthésie* notamment, s'observent de temps à autre.

Tous ces phénomènes poursuivent leur évolution *sans fièvre*, celle-ci est même parfois remplacée par de l'hypothermie; il est exceptionnel de constater quelques élévations thermiques passagères.

Au fur et à mesure que l'affection progresse, des troubles bulbaires se révèlent; le pouls est irrégulier, la respiration est dyspnéique *sine materia*, le rythme de Cheyne-Stokes s'installe par intermittences; syncopes et vertiges de temps à autre; les troubles vaso-moteurs (rougeur et pâleur alternatives de la face) ne sont pas rares.

Cette forme chronique ou subaiguë s'accompagne en outre de troubles sensoriels dont les plus importants sont les *troubles oculaires*.

Sans parler de l'inégalité pupillaire, du strabisme, relevant d'une localisation bulbo-protubérantielle, de l'exophtalmie qui se rencontre parfois, on observe couramment de la *stase papillaire*, dont la présence rapproche le syndrome à l'étude du syndrome des tumeurs cérébrales avec lequel on peut facilement le confondre; cette stase papillaire se caractérise, comme dans ces dernières, par de l'hyperémie, de l'œdème de la papille, la dilatation des veines qui deviennent tortueuses, quelques hémorragies punctiformes, phénomènes relevant le plus souvent (Dupuy-Dutemps) de l'hypertension intracranienne : ils sont dus à la distension de la gaine du nerf optique par le liquide sous pression qui comprime la veine centrale de la rétine. En d'autres cas, on constate une amaurose sans lésions du fond de l'œil; pour Rochon-Duvigneaud, ce symptôme est dû à la compression des bandelettes optiques; il disparaît

(1) Rieux. Un cas d'épendymite subaiguë latente, séquelle de méningite cérébro-spinale aiguë à méningocoques, *Soc. méd. des hôpit.*, 26 déc. 1913.

par la ponction lombaire, peut se renouveler, mais disparaît à nouveau après chaque intervention semblable, amenant une décompression. Souvent aussi la neurorétinite est en cause, reconnaissant alors pour cause une véritable méningite optique (Terrien et Bourdier). La cécité en est souvent l'aboutissant.

Enfin parmi les symptômes relevant de l'hypertension, il faut compter encore des troubles du nerf olfactif, du nerf auditif, des troubles labyrinthiques.

Pendant toute la durée de l'hydrocéphalie, les caractères du *liquide céphalo-rachidien* restent identiques à eux-mêmes :

Le liquide de ponction lombaire est clair, limpide, dénué d'éléments microbiens. La plupart du temps, la formule cellulaire est normale. En certains cas cependant on observe une lymphocytose discrète (Krönig), Brasch a constaté la présence de rares polynucléaires au milieu des lymphocytes. Ces réactions cellulaires sont évidemment le reflet de l'irritation épendymaire que révèle l'anatomie pathologique.

C'est pour cette raison également qu'on peut être appelé à constater une exagération du taux de l'albumine.

La quantité du liquide céphalo-rachidien obtenu chez de tels malades, et sa pression, sont différentes suivant la perméabilité des orifices de communication cérébro-rachidienne :

Dans les atteintes où l'hydropisie ventriculaire est due à la seule hypersécrétion du liquide, où la perméabilité orificielle existe par conséquent, l'écoulement s'effectue librement et en abondance ; la pression, mesurée à l'aide de l'appareil de Claude, dépasse nettement le chiffre normal (15 à 20 cm.) pour atteindre 30, 50 cm. et même davantage.

Mais quand le syndrome relève d'une rétention par bloquage des ventricules, la quantité qu'on peut obtenir est minime, l'écoulement se fait péniblement, et s'arrête souvent après l'issue de quelques gouttes. Dans ces cas, la tension est faible et nettement au-dessous de la normale.

La recherche et la mensuration de cette tension sont donc importantes à rechercher au point de vue du diagnostic de l'emmurage des ventricules.

Quant au *liquide ventriculaire*, sa composition chimique et cytologique est semblable à celle du liquide lombaire, quand la perméabilité orificielle persiste. Quand l'occlusion s'est opérée, le liquide lombaire a sa composition normale, alors que le liquide ventriculaire subit des modifications cellulaires et chimiques attestant la présence de l'épendymite sous-jacente. Enfin au point de vue microbien, ce liquide ventriculaire, habituellement stérile, peut néanmoins même après une longue échéance contenir du méningocoque, alors que le liquide lombaire est amicrobien. Toutes ces indications sont à retenir pour diagnostiquer les conditions anatomiques dans lesquelles se présente l'hydropisie ventriculaire, et instituer un traitement rationnel.

L'évolution de cette épendymite est assez variable. Le plus souvent, la cachexie progressant, les symptômes nerveux, la torpeur notamment, s'accroissent de jour en jour pour se transformer en véritable coma, au cours duquel l'issue fatale se produit, après quelques semaines ou quelques mois de maladie. Mais parfois la mort survient plus rapidement, souvent dans une syncope provoquée par un mouvement un peu brusque, ou simplement le fait du passage de la position couchée à la position assise.

En d'autres cas, comme il a été dit plus haut, la guérison peut s'obtenir après des ponctions lombaires répétées, mais dans les cas seulement où les ventricules communiquent librement avec la cavité sous-arachnoïdienne.

Chez le nourrisson, on observe en général la même forme évolutive que chez l'adulte, l'épendymite séreuse se révèle toutefois avec les symptômes, spéciaux à la première enfance, qui ont été décrits lors de l'étude de la pyocéphalie. Il s'agit notamment de l'augmentation du volume de la tête (souvent le premier symptôme en date, comme dans la pyocéphalie). On observe en effet l'augmentation progressive des différents diamètres de la boîte cranienne. Les fontanelles s'élargissent, les pariétaux s'écartent ; les veines du crâne sont saillantes.

Les autres symptômes sont superposables à ceux de l'adulte ; comme chez ce dernier, l'absence de fièvre est la règle.

Enfin, cette épendymite séreuse peut être, comme l'épendymite suppurée, marquée par des symptômes spéciaux, en rapport avec les localisations des lésions. Le syndrome unilatéral peut se rencontrer, simulant alors une tumeur cérébrale. Il en est de même des troubles provenant de l'atteinte des nerfs craniens, quand la région bulbo-protubérantielle est en cause. Toutefois, l'inflammation étant moins marquée dans cette forme à évolution rapide, ces symptômes sont plus rares que dans la pyocéphalie.

Forme aiguë. — A côté de cette forme à évolution torpide et traînante, durant des semaines et des mois, apparaissant longtemps après la guérison de la méningite antécédente, il existe une forme séreuse aiguë où les accidents ventriculaires prennent naissance quelques jours après la fin des troubles méningés et peuvent entraîner rapidement la mort. A la vérité, de tels faits semblent peu fréquents, mais ils méritent d'être retenus, témoin celui de Lagane (1).

Il s'agissait d'un malade qui, cliniquement guéri, présenta, 15 jours après sa méningite, un syndrome d'hypertension intracranienne, sans signes méningés ; l'épendymite séreuse, révélée par l'autopsie ne se traduisit que par ce seul syndrome ; elle ne donna lieu à aucune des manifestations qui lui sont habituelles (ni raideur, ni troubles intellectuels, ni cachexie précoce), tant elle était peu marquée. Ce furent donc les phénomènes d'hydropisie ventriculaire, d'hydrocéphalie qui ont dominé la scène morbide.

Il est assez curieux de constater qu'une épendymite seulement séreuse et amicrobienne ait pu se développer sous cette forme si peu de temps après la fin d'une méningite cérébro-spinale suppurée. Peut-on supposer que le sérum ayant pu pénétrer

(1) Lagane. Ependymite séreuse, séquelle de méningite cérébro-spinale. Syndrome d'hydrocéphalie aiguë ; absence de modifications papillaires, *Soc. méd. des hôpit.*, 19 déc. 1913.

dans les ventricules, a transformé une épendymite suppurée en une épendymite séreuse, l'a stérilisée, et n'a laissé, après guérison, qu'une séquelle inflammatoire banale et légère, ayant pu se développer d'une façon autonome et sous le même mode, après l'occlusion des orifices de communication ventriculo-arachnoïdienne ?

Telles sont les données essentielles qu'il appartient au clinicien de bien connaître pour lui permettre de soupçonner et même de déterminer l'existence de l'épendymite méningococcique ; les ponctions ventriculaire et lombaire, en révélant les différences morphologiques, cytologiques et bactériologiques du liquide contenu dans les ventricules et dans le canal rachidien achèveront d'affirmer le diagnostic. L'importance de ce dernier n'est pas à souligner en raison de la nécessité absolue d'intervenir au plus tôt par la sérothérapie intraventriculaire, dont les succès seront d'autant plus nombreux que cette méthode sera appliquée d'une façon plus précoce.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 1er MARS 1920)

Sur un champignon nouveau du genre « aspergillus » isolé dans un cas d'oxychomycose. — M. A. SARTORY, poursuivant ses recherches sur les affections des ongles (onychomycoses et onychogryphoses), a pu découvrir sur un Chinois travaillant en France, un champignon nouveau du genre *Aspergillus Micheli*.

De la variation de l'énergie liminaire, en fonction de la durée d'excitation pour la vision fovéale. — M. Henri PIÉRON.

De l'action de certains précipités sur la dissolution des globules rouges. — MM. Arthur VERNES et Roger DOURIS. Dans un système destiné à dissoudre des globules rouges, il suffit d'introduire un précipité d'une certaine nature pour empêcher ultérieurement l'hématolyse. Une expérience de l'auteur montre nettement comment le sérum du porc qui pouvait dissoudre des globules rouges de mouton ne peut plus le faire quand on lui a fait dissoudre d'abord un précipité de sulfocyanate ferrique et de sérum humain.

Elle rend manifeste le mécanisme de certaines expériences où le degré d'hématolyse peut être utilisé pour apprécier, d'une manière indirecte et très sensible, l'intensité des plus petites floculations produites par le sérum humain (mesure calorimétrique du pouvoir floculant du sérum humain).

Complexes colloïdaux et sérums. — M. G. RIQUOIR. L'injection de complexes colloïdaux appropriés à des cas déterminés est capable d'augmenter l'action des sérums qui, dans les mêmes cas, n'ont donné aucun résultat thérapeutique.

Influence de la variation de la pression atmosphérique sur les gouttelettes microbiennes en suspension dans l'atmosphère. — M. A. TRILLAT. Le jeu de la pression et de la dépression barométrique en agissant à la fois sur la vitalité des germes en suspension dans l'atmosphère, sur leur rassemblement dans les couches inférieures et leur précipitation sur le sol, est un facteur important de la variation de la composition bactériologique de l'air.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 9 MARS 1920)

Ligature de l'axillaire sous la clavicule. — M. LE DENTU communique une observation de fracture de la partie supérieure de l'humérus, compliquée d'hémorragie grave, ayant nécessité la ligature de l'axillaire sous la clavicule. Cette ligature a dû être pratiquée de la main gauche, l'index de cette main parvenant seul sur le vaisseau.

Traitement des infections tuberculeuses chroniques par les sulfates de terres rares. — M. ACHARD fait un rapport sur un travail de MM. H. Grenet et H. Drouin. MM. H. Grenet et H. Drouin ont expérimenté les injections intraveineuses de sulfates de samarium, néodyme et praséodyme dans le traitement de diverses infections tuberculeuses chroniques, estimant qu'on pouvait mettre à profit l'action (étudiée par M. A. Frouin) de ces sels sur la leucocytose, d'une part, et sur le bacille, d'autre part. Ils ont obtenu une amélioration en général rapide, puis la guérison des tuberculoses ganglionnaire ou cutanée ; et, chez les tuberculeux pulmonaires confirmés, mais non encore trop profondément atteints, un relèvement de l'état général, un assèchement des lésions, des altérations nettes et parfois la disparition des bacilles, une évolution manifeste vers la sclérose et par suite vers la guérison. Ces résultats ont été obtenus par les injections seules, avec une rapidité et une constance que ne semblent pas donner, à l'heure actuelle, les autres méthodes thérapeutiques.

Traitement de la grippe par l'arsenic et l'argent colloïdaux. — M. CAPITAN rapporte de nouveaux cas de grippes graves suivis par le Dr Tertois et guéris au moyen de colloïdes d'arsenic et d'argent préparés par son ancien collaborateur Fouard.

Il a recommandé, dans ces cas, l'injection dans les muscles de la fesse, aux doses de 2 à 4 cc. d'arsenic colloïdal auxquels on peut mélanger même dose d'argent colloïdal, soit injectés en une seule fois chaque jour, soit, ce qui paraît préférable au début, moitié le matin et moitié le soir. Suivant l'état on diminue les doses au bout de 3 à 4 jours et l'on continue encore pendant quelques jours à la dose de 1 ou 2 cc. par jour.

Les résultats sont en général surprenants et extrêmement rapides, le mode d'emploi des plus simples et les inconvénients nuls, ces produits étant complètement dépourvus de toxicité.

Complication du rétrécissement mitral. — MM. VAQUEZ et MAGNIEL présentent à l'Académie une étude sur une complication peu connue du rétrécissement mitral : l'insuffisance fonctionnelle de l'orifice pulmonaire.

Cette variété d'insuffisance est loin d'être exceptionnelle, elle survient surtout dans le cas de sténose mitrale très serrée, soit à la suite de l'augmentation de pression dans la petite circulation provoquée par la cardiopathie valvulaire, soit au cours d'une endartérite infectieuse secondaire. Elle est caractérisée par l'apparition d'un souffle diastolique, doux, siégeant dans le 2e espace gauche et se propageant le long du sternum. Comme ce souffle coïncide alors avec un roulement présystolique de la pointe, on le prend d'ordinaire pour le soi-disant souffle diastolique du rétrécissement mitral ; ou bien on pense à une insuffisance aortique et on confond le roulement avec celui que Flint a signalé dans cette affection.

L'insuffisance pulmonaire peut être transitoire ou définitive. Elle ne semble pas être un nouvel élément de gravité, peut-être même apporte-t-elle, comme la plupart des insuffisances fonctionnelles d'ailleurs, un soulagement plus ou moins long aux troubles éprouvés par les malades.

Les origines de la psychopathologie historique, Littré et ses devanciers. — M. CABANÈS. (Sera publié.)

Elections de cinq membres correspondants nationaux. — MM. Weil (de Lyon), Devé (de Rouen), Girard (de la marine), Miraillé (de Nantes) et Crespin (d'Alger) sont élus.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 24 FÉVRIER 1920)

Sur la coxa vara congénitale. — M. SAVARIAUD, à propos d'une observation présentée à la séance précédente par M. Lance, fait remarquer que l'on a souvent décrit comme congénitales des coxa vara rachitiques, en particulier les caractères de bifurcation du cartilage de conjugaison avec délimitation d'îlots osseux. Chez deux malades qu'il a pu suivre longtemps il a vu que cet aspect radiographique ne présentait qu'un stade de l'évolution du rachitisme du col.

M. MOUCHET est du même avis mais rappelle qu'il existe des cas où la coxa vara s'accompagnait d'insuffisance de développement, non seulement de la tête mais de toute la partie supérieure du fémur et manifestement d'origine congénitale.

M. LANCE présente une nouvelle observation : enfant né avant terme, albuminurie de la mère pendant la grossesse, nourri au sein, aucune trace de rachitisme, retard de la marche, boiterie dès les premiers pas. Il y a une double coxa vara sans rotation du membre en dehors, intégrité de la rotation interne. La radiographie montre à gauche un col à angle droit avec îlots osseux multiples dans le cartilage de conjugaison, à droite un col à angle aigu. De ce côté il y a une aphasie considérable du sourcil cotyloïdien comme dans la luxation congénitale. Tous ces caractères réunis font penser à l'origine congénitale de l'affection.

Bruits pulmonaires rythmés par le cœur. — M. APERT montre une enfant qui, comme une malade de M. Variot et une malade déjà observée par lui, présente à l'auscultation du thorax gauche en arrière, surtout quand on la penche en arrière, des bruits caverneux qui suivent le rythme cardiaque. De même que dans les cas antérieurs la radiographie montre que le cœur et les gros vaisseaux sont attirés à gauche très près de la paroi, la base du poumon est sclérosée. Au-dessus, au contraire, est une zone très claire au niveau de laquelle on perçoit les bruits de toux caverneux. Il s'agit sans doute de bacillose ancienne de la base avec rétraction fibreuse amenant le déplacement du cœur.

M. VARIOT fait remarquer que dans son cas le bruit de réveil-matin que faisait le poumon était entendu à distance et gênait les voisines.

M. BARBIER rappelle que dans le livre de Sabourin plusieurs observations analogues sont rapportées.

Epidémie de pneumococcie dans une crèche. — M. VARIOT, dans une crèche bien installée pour l'isolement sauf la communauté du service de veille, a observé sur les 6 nourrissons qui s'y trouvaient une épidémie de pneumococcie qui, en un mois, emporta les 6 enfants. Sauf un malade, aucun ne présenta de signes pulmonaires nets, le seul symptôme étant l'hyperthermie. L'autopsie montre de très petits foyers congestifs disséminés dans les poumons. On trouve dans les vaisseaux de tous les organes de petits foyers de diplocoques encapsulés, embolies microbiennes. Il conclut en montrant combien pour avoir un isolement effectif la question du personnel est capitale.

M. NOBÉCOURT montre l'importance du pneumocoque dans la pathologie de la première enfance malgré avis de certains auteurs américains. Avec M. Paraf, il a recherché le pneumocoque dans les rhino-pharyngites, broncho-pneumonies, pleurésies de la maternité. Alors que le pneumocoque est rare dans le milieu hospitalier en été, la maternité a été infectée par lui tout l'hiver, avec des décès nombreux. La nécessité de l'isolement pour les pneumococcies est certaine.

M. APERT, pour éviter ces épidémies, a injecté préventivement à chaque enfant entrant au service de la rougeole ou de la coqueluche 5 cc. de sérum antipneumococcique et 5 cc. de sérum antistreptococcique. Ces sérums semblent avoir peu d'action curative, mais l'action préventive est certaine : la broncho-pneumonie à la rougeole est tombée de 21 p. 100 à 16 p. 100 et à la coqueluche de 17 p. 100 à 6 p. 100. Pendant 2 mois ces injections ayant été suspendues, la broncho-pneumonie a aussitôt augmenté.

M. BARBIER emploie chez les nourrissons atteints de grippe, coqueluche, broncho-pneumonie, un mélange de sérum antipneumococcique et streptococcique, dans un but curatif. Le résultat de ces injections est certain, car la fièvre tombe très rapidement dans certains cas.

MM. NOBÉCOURT et PARAF ont aussi injecté du sérum antipneumococcique chez les nourrissons et ont vu des pleurésies à pneumocoques et des broncho-pneumonies très améliorées.

Syndrome d'invagination intestinale simulé par une fissure anale chez un nourrisson de 9 mois. — M. CRESPIN (d'Alger).

M. GUINON, à ce propos, rappelle combien les médecins font en général tardivement le diagnostic d'invagination. C'est dans les premières heures qu'il faut opérer si on veut espérer pouvoir désinvaginer le boudin intestinal. Dans 1 cas, cependant, au 5e jour d'invagination certaine la désinvagination spontanée s'est produite.

M. VEAU rappelle qu'il y a des cas foudroyants ; dans un cas où il a opéré à la 3e heure la désinvagination était déjà impossible.

Service de gymnastique médicale. — Mme NAGEOTTE-WILBOUCHEVITCH fait l'historique du service de gymnastique médical de l'hôpital des Enfants-Malades. Elle montre les travaux importants qu'elle a pu y faire en 25 ans sur 3.000 enfants. Elle montre l'importance qu'il y aurait à créer dans chaque hôpital d'enfants un centre kinésithérapeutique où serait pratiquée, non seulement la gymnastique chirurgicale, mais aussi la gymnastique médicale, si importante.

Anomalie de développement du scaphoïde tarsien. — M. RŒDERER, sous ce nom, présente un cas de maladie de Köhler. Chez une enfant de 5 ans, à la suite d'un traumatisme, il se produit une attitude vicieuse du pied (marche sur le bord externe) et une douleur à la pression sur le scaphoïde. Ces symptômes disparaissent quelques semaines. La radiographie montre un noyau osseux plus mince, plus petit, de contours irréguliers, dense. Il faut éviter de confondre cette affection avec la tuberculose du scaphoïde.

M. MOUCHET fait remarquer qu'on ne sait rien sur la pathogénie de cette affection. Y a-t-il eu fracture par tassement? Apophysite?

Un cas de free-martinisme. — MM. APERT et CAMBESSÉDÈS. Dans la race bovine, dans le cas de grossesse gémellaire avec animaux de sexe différent, il est de règle d'observer des anomalies de développement dues à des adhérences entre les 2 placentas. Dans la race humaine on peut trouver des cas analogues. Chez une fillette jumelle d'un garçon il y avait une malformation vulvaire.

NOTES DE PRATIQUE

LA MÉDICATION IODO-MERCURIELLE PAR LE LIPOGYRE

De nombreux travaux, au cours de ces dernières années, ont attiré l'attention du monde médical sur un éther gras iodé, le diiodobrassidate d'éthyle ou lipoiodine. Ribollet, en 1912, puis Leroy, Gerbay, Faivre, et plus récemment J. Laborderie, ont insisté sur les services que peut rendre ce composé iodo-organique, comme succédané des iodures alcalins, dans le traitement de la syphilis. Mieux toléré que les iodures, il est aussi plus actif, parce qu'il se fixe davantage sur les tissus, particularité qui prend toute sa valeur à mesure que l'on

s'éloigne du début de l'invasion tréponémique, alors que le spirochète tend à envahir les organes nobles, de même que chez les hérédos, dont le foie et la rate, très réfractaires à la fixation des iodiques salins, fourmillent de spirilles.

Toutefois, dans la plupart des cas, l'iode seul est insuffisant, et il convient de lui associer le mercure, pour réaliser ce traitement mixte qui fit la fortune du sirop de Gibert, en dépit de son intolérable saveur, de ses méfaits gastriques, et de son insuffisante teneur en iodure.

Le lipogyre (lipoiodine Hg) participe des avantages de la lipoiodine, et, de plus, par ses 6,30 p. 100 d'Hg, il constitue en même temps un médicament mercuriel intensif. Des observations déjà nombreuses établissent sa bonne tolérance et sa remarquable activité à toutes les périodes de l'infection syphilitique, activité due en grande partie à sa nature d'*éther gras iodé mercuriel*.

On sait que les leucocytes, ces *honnêtes courtiers* (Gley), vecteurs des matériaux absorbés, se chargent d'autant mieux que les matières grasses sont éthérifiées (lipase de Hanriot, expériences de Arthus, Doyon et Morel); et A. Fournier, dans son ouvrage sur les *Matières grasses du sang*, a établi que les lipoïdes, une fois rempli leur rôle antihémolytique, sont véhiculés jusqu'aux lieux d'utilisation pour être répartis dans tous les organes. Il se fait sans doute dans l'organisme des synthèses de lipoïdes à partir des éléments minéraux, mais ces synthèses lipoïdo-minérales sont en fait exceptionnelles.

Cette donnée de bio-chimie énergétique laisse entrevoir le mécanisme intime de l'action médicamenteuse d'un éther gras iodé mercuriel tel que le réalise le lipogyre. Sans vouloir affirmer qu'il introduit dans l'économie une synthèse lipoïdo-mercurielle toute faite, il est permis de dire que cette forme médicamenteuse est beaucoup plus physiologique et rationnelle que l'administration brutale de composés minéraux qui, pour parvenir jusqu'aux repaires où se retranchent les spirochètes à certaines phases de la syphilis, doivent être administrés à des doses qui ne deviennent réellement thérapeutiques que lorsqu'elles confinent à l'intoxication.

0g60 à 1g80 de lipogyre *pro die*, telle est la posologie de ce nouveau médicament; elle correspond à 0g25 et 0g75 d'iode et 0g04 à 0g12 de Hg.

STATISTIQUE MUNICIPALE DE LA VILLE DE PARIS. — On a enregistré, du 1er au 10 février 1920, 1.540 décès au lieu de 1.890 pendant la décade précédente et au lieu de 1.587, moyenne ordinaire de la saison.

La scarlatine a causé 7 décès (moyenne 2), cas nouveaux signalés 200 (moyenne 69).

La coqueluche a causé 16 décès (moyenne 8).

La diphtérie a causé 9 décès (moyenne 4). Cas signalés 149 (moyenne 48).

On a attribué 113 décès à la grippe.

Il y a eu 2 décès par méningite cérébro-spinale épidémique.

Les décès causés par les autres maladies sont en nombre inférieur à la moyenne.

On a enregistré la naissance de 1.579 enfants vivants.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 27. — MARDI 16 & JEUDI 18 MARS 1920. 93e ANNÉE. MARDI 16 & JEUDI 18 MARS 1920. — N° 27.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 15 francs par an.
Étudiants étrangers, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 6 fr. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — M. Paul Deschanel, président de la République, a visité, mercredi matin, l'hôpital de la Pitié.

— CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 13 mars. — MM. Joltrain, 19 1/2; Lévy (F.), 15; Milhit et Salomon, 18.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Lecture des copies.* — *Anatomie.* — Séance du 12 mars. — MM. Walser, 12; Bernard, Cayla, Labesse, Rousseau et Ducuing, 11; Rivalier, 13; Largeau, 11.

Séance du 13 mars. — MM. Arbeit, Phelippes de la Marnierre et de Brun du Bois-Noir (R.), 12; Foucault, 10; Bayle, Isch-Wall, de Brun du Bois-Noir (P.) et Kermorgant, 12.

CONCOURS DE L'ADJUVAT DES ASILES. — ADMISSIBILITÉ. — Epreuve écrite : Anatomie et physiologie de la zone rolandique. — Législation : Administration des biens des aliénés.

Sont déclarés admissibles :

MM. Abély, 51 1/2; Baudouin, 45 1/4; Beaurain, 42 3/4; Bonhomme, 43 1/2; Borel, 41 1/2; Mlle Bouderlique, 42; MM. Carlot, 30 1/2; Chaumier, 45 1/4 (série B); Courjon, 44 1/2 (série B); Eissen, 39 1/2; Gilles, 56 1/2; Gourion, 54 1/2; Jourdran, 42; Lautier, 42 1/2; Livet, 41, Malespine, 36; Martin, 28; Mirc, 49; Montibert, 38 1/4 (série B); Morel, 39; Morel-Kahn, 37 1/2; Mourgue, 43 1/2; de Mourgues, 36 1/2 (série B); Pignède, 48; Piquemal, 50 3/4; Pruvost, 48 3/4; Quercy, 57; Raynier, 45 1/2; Renaux, 47 1/2; Saquet, 40 3/4; Sengès, 48 1/2; Seringes, 46 1/2; Teulière, 37; Viant, 44 3/4 (série B).

Ces notes sont le total des notes de l'épreuve d'anatomie et de physiologie du système nerveux, de l'épreuve de législation, de l'épreuve sur titres scientifiques et de l'épreuve sur titres militaires. Les notes détaillées n'ont pas été communiquées.

HOPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — *Concours pour la nomination de pharmaciens adjoints dans les hospices civils de Lyon.* — Ce concours, ouvert le 9 février 1920 à l'Hôtel-Dieu de Lyon, s'est terminé par la nomination de MM. Mazure, Peillod, Tournier, Chambon, Maury, Chautard, Lahaye, Serbource, Chalandon, Escalier, Prade et Jouffray. M. Mazure a reçu le prix de la Société des anciens pharmaciens adjoints.

MÉDAILLES DE LA RECONNAISSANCE FRANÇAISE. — *Médailles d'argent.* — MM. les Drs Paul Bisch (de Grenoble); Gross, doyen de la Faculté de Nancy; Charles Monod, chirurgien honoraire des hôpitaux de Paris; de la Nièce (de Paris); Mlle Vasseur, docteur en médecine à Paris; M. Welling (de Rouen).

Médailles de bronze. — MM. les Drs Charroppin (de Toulon); Dessevre (de Saint-Laurent-les-Mâcon); Gamel (de Marseille); Gallois (de Lille); Gonnet (de Lyon); Guidon (de Ligny-en-Barrois); Ladmiral (d'Etiolles); Laversin (de Lillers); Loison (de Lyon); Masbrenier (Adolphe-Lucien) (de Melun); Mme Nageotte-Wilbouchewitch, docteur en médecine (de Paris); MM. les Drs Ozanon (de Rougeon); Tourtelot (de Royan); Yver (de Flers).

Ve CONGRÈS DE L'UNION FÉDÉRATIVE DE MÉDECINS DE RÉSERVE ET DE TERRITORIALE. — Le congrès aura lieu le 29 mars 1920 à 21 heures au cercle militaire.

Ordre du jour. — Allocution de M. le Dr Walther, membre de l'Académie de médecine, président de la Société;

Compte rendu moral, par le secrétaire général Dr Louis Tollemer;

Compte rendu financier, par le trésorier Dr de Pradel;

Proposition soumise à l'Assemblée générale : « Modification du taux de la cotisation », et du paragraphe « Cotisations », des statuts;

Organisation des conférences mensuelles et des réunions de l'Ecole d'instruction annexe du Service de santé;

Nomination d'un vice-président, d'un secrétaire général adjoint et de deux secrétaires des séances;

Nomination de 11 membres du Conseil, en remplacement de MM. Barlerin, Bienvenot, Christen, Patay, Monthus, Sen-

dral et Yvon, élus en 1911 et rééligibles, de M. Fayol, démissionnaire, et de MM. Peradon, Ravarit et Sapelier, morts pour la France.

Les candidatures et les questions à soumettre à l'Assemblée générale doivent être envoyées au secrétaire général avant le 20 mars, pour être examinées à l'avance par le Conseil d'administration.

UNION DES MÉDECINS MOBILISÉS AUX ARMÉES. — Les membres de l'Union sont prévenus qu'un déjeuner les réunira le dimanche 21 mars, à midi, brasserie des Archers, 12, rue des Archers, à Lyon (15 fr. 50, vin et café compris).

Ils sont priés d'envoyer leur acceptation avant le 19 mars au Dr Rivière, 7, rue du Plat, Lyon.

A 14 heures, réunion : Compte rendu par le président.

SOCIÉTÉ DE PSYCHOTHÉRAPIE. — La prochaine séance mensuelle aura lieu le mardi 16 mars 1920, de 4 h. 1/2 à 6 h. 1/2, 49, rue Saint-André-des-Arts (au premier étage).

Question à l'ordre du jour. — Psychologie des races : MM. André Chéradame, Laumonier, Petrowitch, Bérillon, etc. — M. Laumonier : Les mariages franco-alliés. Les petits indésirables de la guerre. — M. Guépin : Le sommeil dans quelques cas de traumatisme pénétrant du cerveau. — M. Bérillon : Action hypogénique de la lumière bleue. — M. Artault de Vevey : Le somnambulisme animal. — M. Gosset : Rééducation psycho-motrice des hémiplégiques. — M. Guelpa : Le sommeil.

LES VACANCES DU MÉDECIN. — S'il est une profession fatigante, exténuante c'est bien celle du médecin. Et ces derniers mois, marqués d'épidémies grippales, l'ont rendue plus pénible encore qu'à l'ordinaire. Visites de jour et de nuit précédant et suivant les consultations à domicile, repas irréguliers, sommeil non moins irrégulier et toujours trop court, telle est l'existence quotidienne de ceux dont c'est la tâche de soigner et guérir. Et il faut convenir que si la santé des malades en tire profit celle des médecins n'en tire que dommage.

Conclusion. — Nécessité plus que jamais pour le médecin d'un repos annuel, et d'un repos qui soit un vrai repos. Mais où? Beaucoup ont leurs habitudes et sont fidèles à telle ou telle campagne. Aux autres, et à ceux-là aussi d'ailleurs, nous sommes heureux de signaler que la Société des eaux d'Evian, d'accord avec la Société des hôtels d'Evian, se fera un grand plaisir de les recevoir avec leur famille et de leur assurer la plus cordiale des hospitalités pendant le mois de mai, pour le temps dont ils disposeront, et à des conditions tout à fait amicales, dans le gai confort du splendide hôtel, établissement de tout premier ordre, placé sous le contrôle des hôtels Ritz et Carlton de Londres.

Et le mois de mai à Evian, au bord du Léman, est bien l'une des plus belles et des meilleures choses qui soient.

Nota. — Le nombre de places est limité. Les intéressés sont invités à écrire le plus tôt possible à l'administrateur délégué des eaux d'Evian, 21, rue de Londres, à Paris.

COURS D'HYGIÈNE. (Profr M. Léon BERNARD.) — M. le profr Léon Bernard fera sa leçon inaugurable le vendredi 19 mars 1920, à 4 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté, et continuera le cours d'hygiène les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure, au petit amphithéâtre.

Les démonstrations pratiques, dirigées par M. Debré, chef des travaux, auront lieu au laboratoire d'hygiène, le mercredi. Quelques leçons seront remplacées par la visite d'institutions ou d'installations relatives à l'hygiène.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. (M. Pierre SEBILEAU, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie de l'appareil oto-rhino-laryngologique), en 10 leçons, par MM. les Drs Halphen, Rouget, Dufourmentel, Miégeville, Fl. Bonnet, commencera le lundi 12 avril 1920, à 2 heures, et continuera les lundis, mercredis et vendredis à la même heure.

Droit d'inscription : 100 fr.

Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin.

LIVRES NOUVEAUX

La Dyscytogenèse hypocytopoïétique dysentrophique ou cancer (1), par le Dr NAAMÉ (de Tunis).

Le cancer est une dyscytogenèse par hypocytopoïèse locale et dysentrophie glandulaire. Telle est la définition que l'auteur place en tête de son volume et qui pourrait lui servir de conclusion.

L'expérience du Dr Naamé porte surtout sur le cancer du sein, mais il pense que l'on arrivera à la solution complète du problème en étudiant la symptomatologie glandulaire des autres cancers comme il l'a fait pour le cancer du sein.

L'opothérapie lui apparaît comme un moyen prophylactique efficace, mais il faut veiller, en outre, au maintien de l'harmonie glandulaire en s'aidant du régime fruito-lacto-végétarien.

L'opothérapie serait aussi la médication de choix contre le cancer en évolution.

Livre intéressant à lire et à méditer. L. G.

Les Curiosités médico-artistiques (2), par le Dr Lucien NASS; 3e série, 242 gravures, d'après Breughel, Rubens, Brouver, Rembrandt, Raphaël, G. Doré, Gavarni, Daumier, etc.

Notre excellent confrère et ami Lucien Nass n'est pas seulement un poète, un chercheur et un érudit, il est encore un charmant conteur. Aussi sa 3e série des « Curiosités médico-artistiques » sera-t-elle accueillie avec une grande faveur par tous ceux qui s'intéressent à la critique médico-historique.

Parmi les chapitres les plus curieux de cet ouvrage, où tout serait à citer, nous nous bornerons à indiquer les types médicaux, le féminisme, l'obésité, chez les truands, la torture en Chine, véritable iconographie du jardin des supplices, la faim et la soif, les paradis artificiels, l'humanité dolente, le choléra, les aveugles, l'accouchement dans l'art, etc.

Pour illustrer son livre, Nass a réuni la plus belle collection de dessins, d'estampes, de toiles qu'on puisse imaginer.

Il est inutile de souhaiter à cette série autant de succès qu'aux séries précédentes, ce succès est assuré d'avance.

F. L. S.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Agenda médical pour 1920 *(89e année)*, contenant : 1° *Mémorial thérapeutique du praticien*, par le Dr H. BARTH, médecin de l'hôpital Necker. — 2° *Mémorial obstétrical* du Profr PAJOT revu par le Profr P. BAR. — 3° *Formulaire magistral*, revisé conformément au Codex de 1908, par M. Paul ROBIN, pharmacien de première classe, ancien interne des hôpitaux. — 4° *Notice sur les stations hivernales de la France et de l'étranger*, par le Dr DE VALCOURT. — 5° *Notice sur les stations thermales de la France et de l'étranger*, par le Dr MACREZ, ancien interne des hôpitaux, médecin aux eaux de Saint-Sauveur.

Plus, un calendrier à un ou deux jours par page, sur lequel on peut inscrire ses visites et prendre des notes; la liste des médecins, pharmaciens et vétérinaires du département de la Seine; les médecins des hôpitaux civils et militaires de Paris; les médecins des bureaux de bienfaisance; les médecins inspecteurs des eaux minérales; maisons de santé de Paris et des environs; la liste des divers journaux scientifiques; les Facultés et les Ecoles préparatoires de médecine de France; les Ecoles de médecine militaire et navale, avec le nom des professeurs; l'Académie de médecine et les diverses Sociétés médicales; le nouveau tableau des rues de Paris, etc. 1 vol. in-32 de 644 pages. — Prix : cartonné, 3 fr. 50; relié (divisé en 5 cahiers), 5 fr. — Paris, Asselin et Houzeau.

(1) In-8. — Paris, Maloine.
(2) In-12 carré. — Prix : provisoirement 4 fr. 50. — Paris, Le François, 9 et 10, rue Casimir-Delavigne.

LES GREFFES DE PEAU & DES ANNEXES DE LA PEAU

(POILS, DENTS)

CHEZ L'HOMME ET CHEZ LES ANIMAUX

Par M. MAUCLAIRE (1),
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de la Pitié.

La greffe cutanée par autoplastie est bien ancienne puisqu'elle était pratiquée dans l'Inde cinq mille ans avant le début de notre ère ! Dès cette époque, les Koomas faisaient la greffe cutanée totale pédiculisée d'origine frontale ou la greffe cutanée totale libre empruntée à la peau de la fesse flagellée. Ces deux variétés de technique étaient utilisées pour refaire le nez qui avait été coupé. Les autoplasties par glissement suivant la méthode de Celse ne sont pas en réalité des greffes cutanées.

Vers le XVe siècle apparaît la greffe pédiculée avec lambeau d'origine brachiale ou antibrachiale, méthode italienne de Branca, Tagliacozzi, etc.

Puis au siècle dernier naissent les greffes pédiculées siamoises de Paul Bert (1862), les greffes épidermiques de J. Reverdin (1869), les greffes dermo-épidermiques de Ollier (1872), Thiersch (1874).

Alors la greffe libre totale réapparaît avec Frank Hamilton, Watson, Le Fort, Wolfe, Krause, etc. Enfin les chirurgiens font des tentatives d'homogreffes et d'hétérogreffes cutanées, celles-ci étant encore appelées zoogreffes.

Je vais vous présenter cette étude des greffes cutanées en tenant compte surtout des recherches biologiques modernes. J'envisagerai successivement : I. *Les Autogreffes*. II. *Les Homogreffes*. III. *Les Hétérogreffes* et cela comparativement, d'abord chez les animaux, puis chez l'homme.

I. Autogreffes. — *A*. AUTOGREFFES CHEZ LES ANIMAUX. — Dans la période préantiseptique des greffes nous voyons que La Faye n'a pas réussi la réimplantation d'un fragment total de peau excisée et remise en place. Wiesmann dit avoir réussi une fois, mais son observation, rapportée par G. Martin, est loin d'être probante. Jaenck, cité par de Graefe, a toujours échoué de même que Philipeaux ; Dieffenbach n'a eu que trois succès chez le lapin. Baronio dit avoir rarement échoué, mais ses expériences réussissaient toujours ! Gohier, cité par Percy, a toujours échoué.

P. Bert fit avec succès chez le rat des greffes cutanées totales autoplastiques.

G. Martin aurait eu quelques succès, même avec des fragments de peau séparés depuis cent huit heures. Armaignac a eu des résultats douteux.

Tous ces résultats contradictoires s'expliquent facilement maintenant. Faites sans asepsie, toutes ces greffes étaient le plus souvent vouées à un échec certain. Et même encore maintenant, tous les expérimentateurs savent que dans les opérations chez les animaux l'asepsie parfaite est souvent difficile.

M. Carnot et Mlle Deflandre (1896) ont réussi des greffes épidermiques autoplastiques chez des cobayes et des lapins.

Pour Périer (1902) les autogreffes cutanées chez les animaux réussissent dans 88 p. 100 des cas. C'est beaucoup comme proportion de succès.

Schœne a réussi l'autoplastie cutanée chez les souris quel que soit le sens dans lequel on met le lambeau. Dans son remarquable travail sur les greffes, il en représente plusieurs exemples. Les poils conservent leur direction primitive et leur forme initiale ; ainsi les poils follets ne s'hypertrophient pas s'ils sont transplantés dans une région riche en gros poils.

Sur un lapin j'ai refait l'expérience de Wiesmann, j'ai excisé un fragment de peau large de 4×4 centimètres, je l'ai réappliqué aussitôt et il a parfaitement repris.

Sur le même lapin qui avait des taches cutanées blanches et noires, j'ai greffé un fragment de peau blanche à la place d'un fragment de peau noire et vice versa. Les deux greffes ont réussi. Toutefois il est à signaler que l'épiderme devient corné, une croûte se forme et tombe. Mais au-dessous, là où j'avais mis un greffon blanc à la place d'une région à peau noire, ce sont des poils blancs qui ont poussé ; la greffe a donc réussi.

Chez un autre lapin, j'ai greffé une oreille sur l'autre, et enfin, chez un quatrième lapin, j'ai passé toute une oreille sous un pont cutané de l'autre oreille.

En somme, on peut dire maintenant que les autoplasties cutanées réussissent bien chez les animaux quand elles ont pu être faites aseptiquement, ce qui est loin d'être toujours facile.

B. AUTOGREFFES CHEZ L'HOMME. — a. *Greffes de peau totales*. — Comme pour toutes les greffes, il faut distinguer : 1° La *greffe pédiculée* ; 2° la *greffe libre*.

1° La *greffe pédiculée de peau totale* peut être prise, comme je vous l'ai déjà dit, tout contre la plaie comme dans l'autoplastie avec pédicule tordu, méthode indienne ; ou bien le greffon pédiculé est pris à distance, c'est la méthode italienne, greffon brachial, antibrachial, abdominal, thoracique, cervical, etc.

Le pédicule peut parfois être très long. En 1904, j'ai recommandé la greffe pédiculée à très long pédicule pour réparer la lèvre inférieure ou le pavillon de l'oreille après ablation en masse d'un épithélioma et de tout le territoire lymphatique tributaire de la tumeur.

Syndecker (1905) a pratiqué la même technique pour la réparation de la paupière avec un lambeau cervical.

Il est difficile de dire quel est le maximum de longueur possible du pédicule pour éviter le sphacèle de son extrémité. Le pédicule peut être très long, mais il ne faut pas que le lambeau soit tiraillé et allongé fortement par la suture, car alors sa vascularisation est très altérée.

La base du pédicule du lambeau peut aussi être très large. Vous avez vu que pour réparer une longue plaie du bras, du pli du coude et de l'avant-

(1) Leçon faite à la Charité.

bras après excision d'une cicatrice palmée énorme, j'ai pris un lambeau partant du tronc et de l'abdomen sur une hauteur de 30 centimètres.

En 1908, dans un cas de brides cicatricielles multiples du pli de l'aine, j'ai excisé les brides et sur la partie cruentée j'ai ramené une série de petits lambeaux cutanés latéraux pédiculés, véritable « greffe en mosaïque ».

Morestin, en 1917, a repris cette technique et il l'appela la greffe en « jeu de patience ».

2° La *greffe cutanée totale libre*, qui, comme vous le savez, date des Indiens, a été pratiquée ensuite par Wiesmann, Baronio, etc. Sa vitalité est évidemment bien moins grande que celle de la greffe pédiculée et la nécrose du greffon est très fréquente; de Graefe, Dzondi, Diffenbach, etc., n'avaient eu que des insuccès.

Bunger, en 1820, refit un nez à l'instar des Brahmes, avec un fragment de peau emprunté à la cuisse. Il est vrai qu'une partie du greffon se sphacéla.

En 1854, Frank Hamilton fit, sur un ulcère de jambe, des greffes de peau totale, ce que Watson avait fait également. Cette greffe cutanée totale libre fut reprise plus tard par Le Fort, Laugier, Ceci, Jacenko, Sichel, Wolfe (de Glascow), de Wecker, Paci, Meyer, Krause, Benoît, Dubreuil, Dayot, Jahnu, Villar, Dautrelle, etc. Dans presque tous ces cas, il s'agissait de greffe cutanée pour remédier à un ectropien cicatriciel.

Pour que le greffon s'adapte mieux, de Wecker le coupait en plusieurs morceaux. C'est la greffe libre « en mosaïque » qui resta peu utilisée.

Le grand nombre de petits vaisseaux capillaires favorise la greffe. C'est pourquoi dans les greffes de peau, il faut enlever toute la graisse sous-jacente, disent la plupart des chirurgiens (P. Berger).

Cependant Wolfe et Krause prennent toute l'épaisseur de la peau et même un peu de tissu graisseux sous-cutané. Krause dit n'avoir eu que quatre insuccès sur cent cas. C'est bien beau !

Iselin recommande aussi la greffe totale avec graisse adhérente, car ainsi le lambeau reste large; si on ne laisse pas la graisse sous-cutanée, le greffon se plisse et se rétracte. Lexer conseille aussi la même technique pour les greffes cutanées de la face.

Morestin, qui avait une grande expérience des autoplasties, ne me paraît pas avoir souvent utilisé la greffe cutanée totale libre. Davis en a récemment rapporté de nombreuses observations pour traiter les rétractions cicatricielles de la main. C'est un peu une question d'espèce; il est des régions dans lesquelles la greffe pédiculée est difficile.

J'ai réussi la greffe cutanée totale libre dans le cas suivant. Il s'agissait d'une malade ayant des cicatrices multiples de la face. Le sourcil n'existait plus. J'ai excisé le tissu cicatriciel du sourcil, puis greffé, à la place, un fragment du cuir chevelu avec ses poils. Or, au bout de deux ans, la moitié des poils ainsi greffés persistaient encore, ce qui réparait bien la difformité.

Les cas de pulpe de doigts, de fragments de peau mentonnière ou jugale recollés sont de véritables greffes libres; les observations en sont nombreuses maintenant. Je vous en reparlerai avec les greffes de segments de membres.

Qu'elles soient pédiculées ou qu'elles soient libres, ces greffes cutanées totales ont été utilisées dans bien des cas: rhinoplastie, myringoplastie, blépharoplasties, ophrioplasties, chéiloplasties, cervicoplasties, axilloplasties, chéiroplasties, thoracoplasties, autoplasties des membres, comblement des maux perforants (obs. pers.), des cavités osseuses, des fistules pleurales, réfection du vagin, fermeture de fistules salivaires, trachéales, bronchiques, intestinales, vésicales, rectales, urétrales, etc. En préparant bien le malade au préalable, en l'immobilisant avec des capelines, des corsets, des appareils plâtrés, en faisant des lambeaux très larges s'appliquant bien « sans tiraillement », les succès sont fréquents.

Après la greffe cutanée totale, libre ou pédiculée, le retour de la sensibilité dans le greffon est variable, un mois (Jobert, de Lamballe) ou plus (Blandin, Dieffenbach). Elle procède de la périphérie vers le centre.

Dans une greffe italienne que j'ai faite à la main pour une maladie de Dupuytren l'anesthésie resta complète très longtemps et l'opéré, qui était cuisinier, se brûlait sans s'en apercevoir en touchant le manche des casseroles. Volontiers il en profitait souvent pour ne pas travailler. Dans un cas paradoxal de Chevrier, la sensibilité revint très vite; il y avait même de l'hyperesthésie.

b. *Greffes épidermiques.* — Depuis longtemps quelques médecins, Lasègue entre autres, donnaient aux vésicatoires la forme annulaire, parce que la peau ainsi conservée était le point de départ d'une cicatrisation plus rapide de la plaie. Bilroth faisait remarquer que, dans les plaies, les îlots cutanés persistants étaient le point de départ d'une rapide cicatrisation épidermique.

C'est en 1869 que Jacques Reverdin préconisa les greffes épidermiques. Vous en connaissez la technique pour l'avoir souvent vu pratiquer devant vous. La peau du malade ayant été bien savonnée, avec un rasoir on taille de petits fragments de la couche épidermique en empiétant en réalité sur la surface de la couche dermique, c'est-à-dire dans l'épaisseur des papilles, car la greffe doit saigner un peu. J. Reverdin conseille de placer les greffons assez près du bord de la plaie, car ils sont plus fertiles que si on les place au centre.

Ces greffes épidermiques doivent être très petites, de 3 à 4 millimètres. Elles comprennent la couche profonde de l'épiderme, c'est-à-dire la couche de Malpighi qui forme des saillies et des dépressions se moulant sur les papilles du derme qu'elles enveloppent. « Si j'ai conservé le titre de greffe épidermique, dit J. Reverdin, dénomination qui n'est pas parfaitement exacte puisque les papilles du derme sont entamées, c'est que tout démontre que dans le lambeau transplanté, composé de tout l'épiderme et d'un peu de derme, ce n'est pas ce dernier qui est actif, c'est l'épiderme seul; c'est l'épiderme qui se soude, c'est lui qui détermine la formation d'îlots

cicatriciels et dans ces îlots on ne voit se produire qu'une seule chose, de l'épiderme. » C'est la couche profonde de l'épiderme qui est la couche fertile.

Pollock faisait des incisions dans les bourgeons charnus et il y déposait les greffons épidermiques. Durham taillait les greffons épidermiques à la périphérie de la plaie et il les rabattait sur la plaie.

D'où viennent les cellules épidermiques ?

Quelques auteurs avaient admis qu'elles provenaient des cellules superficielles des bourgeons charnus.

Cadiat pensait qu'en réalité on greffe de l'épiderme sur des bourgeons charnus possédant déjà une pellicule épidermique et que, là où il n'y a pas d'épiderme préexistant, la greffe ne prend pas.

J. Reverdin, en 1872, pensait que les nouvelles cellules épithéliales qui se développent autour du greffon résultent de la transformation des cellules embryonnaires superficielles des bourgeons charnus. Au nom de l'embryologie, Cadiat réfuta cette hypothèse.

Les nouvelles cellules épidermiques proviennent de la multiplication des cellules épidermiques greffées.

Le processus qui doit terminer la greffe par sa présence est le même que celui qui se passe à la périphérie de la plaie dans la cicatrisation et l'épidermisation spontanée.

Au bout de vingt-quatre heures, la greffe épidermique est déjà adhérente, elle pâlit, puis la couche cornée tombe. Au bout de quarante-huit heures, la greffe est déjà bordée d'une petite zone d'un gris pâle très étroite. Au quatrième jour, cette zone est d'un rouge plus foncé que les bourgeons, puis cette zone devient pâle et une nouvelle auréole lisse et rouge se forme tout autour. Les phénomènes qui se passent tout autour d'une greffe sont donc semblables à ceux qui se passent sur le bord d'une plaie en voie de cicatrisation.

Si la greffe a été placée assez près du bord de la plaie, elle s'accroît surtout du côté du bord de la plaie. Celui-ci aussi végète plus rapidement et une jetée d'épiderme les réunit rapidement. Le même phénomène se produit entre deux greffes rapprochées.

J. Reverdin a fait remarquer qu'une greffe épidermique, si elle est placée près des bords de la plaie, se développe plutôt du côté du bord que de la partie centrale. Les greffes faites au centre de la plaie réussissent mal. Il faut donc faire une série de greffes périphériques puis une autre encore périphérique et un peu plus concentrique.

Ces îlots de greffes ne peuvent s'accroître indéfiniment, aussi il faut multiplier les greffons. La solidité de la cicatrice finale est plus grande là où étaient les greffons.

Il ne faut pas que la plaie saigne notablement, car le sang épanché constitue pour la greffe épidermique une couche réparatrice s'opposant à la réunion.

Le nombre des greffes peut être énorme, 2.600 pour une plaie du crâne et de la face (cas de Lacrey) ; 4.500 pour un scalpage (cas de Schœffer). C'est un record ! La lumière du jour, celle du soleil, l'air chaud, l'électricité, augmenteraient la vitalité des greffes.

Chez quelques malades, Fiddes, Hodgen, Bribach, Studer ont raclé l'épiderme et ils le sèment sur la plaie.

Mangoldt (1895), Noeske (1906), Pispoli (1898) ont recommandé aussi un simple semis d'épiderme sur la plaie à recouvrir ; mais est-ce suffisant ? Schweninger a obtenu de l'épidermisation en greffant des poils avec leur gaine épithéliale externe.

c. *Greffes dermo-épidermiques.* — Déjà en 1870, Staele, Pollock, Holmes, Lee firent des greffes épidermiques un peu plus larges et plus profondes dans le but d'obtenir des cicatrices plus solides et plus élastiques.

En 1872, Ollier fit franchement de grandes greffes dermo-épidermiques.

En 1874, Thiersch recommande également les greffes dermo-épidermiques, mais au préalable, il gratte la surface bourgeonnante de la plaie à recouvrir, c'est sur la partie cruentée, et de ce fait un peu désinfectée, que l'on applique les greffons dermo-épidermiques. Thiersch recommandait une hémostase très soignée de la surface cruentée, car le sang épanché gêne la présence du greffon ; il imbriquait souvent les greffons.

Alglave conseille de placer les greffons dermo-épidermiques dans des nids creusés dans les bourgeons charnus pour qu'ils restent bien en place.

Pour bien faire tenir les greffes d'Ollier-Thiersch, je fais, la veille, un appareil plâtré avec une grande ouverture avec bords éversés encadrant la plaie et de gros tampons comprimant les greffes sur les tissus sous-jacents ; de cette façon les greffons ne glissent pas à côté de la plaie pendant le premier pansement. Avec les greffes dermo-épidermiques, la cicatrice est plus solide, plus souple qu'avec les greffes purement épidermiques.

Les examens histologiques ont montré que, dans la période exsudative après la greffe, la couche cornée du greffon se ramollit, se soulève et il ne reste que la couche superficielle du derme recouverte de quelques cellules de la couche malpighienne. Puis rapidement des vaisseaux pénètrent dans le greffon et vont aux papilles de celui-ci ; c'est la période de vascularisation qui commence le quatrième jour ; l'épithélium se reforme alors rapidement.

Ces greffes d'Ollier-Thiersch ont eu de très nombreuses applications pour les plaies ulcéreuses, le scalpage plus ou moins total, la réfection du vagin (Tuffier, Juvara, Grégoire), etc.

Des greffes dermo-épidermiques ont été également tentées sur les muqueuses. Bryant en a placé sur la muqueuse vésicale. René Marie a étudié histologiquement les greffes cutanéo-muqueuses sur la vessie. Moscovitz les utilise sur la face interne des joues.

En résumé, vous voyez que les trois variétés d'autogreffes cutanées, totales, épidermiques ou dermo-épidermiques, sont d'une application fréquente et donnent de très bons résultats.

(*A suivre.*)

LES ORIGINES DE LA PSYCHOPATHOLOGIE HISTORIQUE

LITTRÉ ET SES DEVANCIERS

Par le docteur CABANÈS (1).

Selon une des plus heureuses formules de Littré, « la science est fille du temps, et nos connaissances actuelles deviendraient une grande île déserte, si on ne recherchait pas leur rapport avec les productions antérieures, en renouant la tradition ».

Eclairer la médecine ancienne avec le flambeau de la médecine moderne, telle est la méthode inaugurée par Littré et qui l'a conduit aux découvertes les plus inattendues.

La science d'aujourd'hui étant tributaire de la science d'hier, pour trouver le fil conducteur entre le passé et le présent, il faut lire les anciens. « Rien ne fortifie plus le jugement que cette comparaison. L'impartialité de l'esprit s'y développe, l'incertitude des systèmes s'y manifeste, l'autorité des faits s'y confirme, et l'on découvre dans l'ensemble un enchaînement philosophique qui est une loi, une leçon (2). » On se fait de la sorte contemporain de tous les âges, mais on reste un moderne, pour la compréhension générale et la critique des faits : grâce à quoi, l'érudition devient extraordinairement féconde et ne se réduit plus à un assemblage de documents, elle vise avant tout à leur interprétation raisonnée.

Mais pour une pareille tâche, il ne suffit pas d'être un historien, voire un psychologue, il faut être ou avoir été médecin. Or, Littré avait passé par les hôpitaux : il fut un des internes les plus distingués de son temps ; il avait fréquenté l'amphithéâtre, il avait pu apprendre ainsi comment « la maladie se produit dans le corps vivant, quels troubles elle y cause et comment elle vient à la guérison ou à la mort (3) ». Sainte-Beuve a nettement marqué sa dominante, sa « faculté maîtresse » : « Littré était médecin par la vocation, par le dévouement, *la méthode en tout.* » Voilà ce qu'il ne faut pas perdre de vue, si l'on veut juger de la révolution opérée dans la critique historique par cet admirable savant.

Notons, en outre, que Littré s'est, toute sa vie, occupé d'histoire, ou d'histoire de la médecine. Victor Cousin avait voulu créer pour lui une chaire d'histoire de la médecine, qu'il eut la modestie de refuser (4).

En 1871, le gouvernement, retiré alors à Bordeaux, le nomma professeur d'histoire à l'Ecole polytechnique. Il ne fit qu'une leçon (le 1er février) : les élèves ayant demandé à être incorporés dans l'armée, le gouvernement fit droit à leur demande et tous les cours théoriques furent suspendus (5). « Que n'ai-je pas roulé dans mon esprit? disait Littré quelques jours avant sa mort ; si ma vieillesse avait été forte, que la maladie ne l'eût pas accablée, j'aurais mis la main, avec quelques collaborateurs, à une histoire universelle, dont j'avais tout le plan (1). »

(1) Communication à l'Académie de médecine, séance du 9 mars 1920.

(2) *Traduction d'Hippocrate*, t. I, p. 477.

(3) *Médecine et médecins*, Préface.

(4) Littré proposa de nommer à sa place le Dr Dezeimeris, un érudit bibliothécaire, mais son candidat ne fut pas agréé et la chaire resta sans titulaire.

(5) Discours de réception de M. Pasteur, en remplacement de Littré, à l'Académie française.

« La méthode de M. Littré, disait Renan, dans le discours de réception de Pasteur à l'Académie, reste excellente dans l'ordre des faits auxquels il l'applique d'ordinaire. Les faits où l'on croit voir des interventions de volontés particulières, supérieures à l'homme et à la nature, disparaissent à mesure qu'on les serre de plus près... La critique historique a des bonnes parties. L'esprit humain ne serait pas ce qu'il est sans elle, et les sciences n'existeraient pas, s'il n'y avait, à côté d'elles, une gardienne vigilante pour empêcher le monde d'être dévoré par la superstition et livré sans défense à toutes les assertions de la crédulité. » Littré s'est, en effet, attaché à montrer, et il y a réussi pleinement, que certains faits merveilleux dont l'antiquité s'est ébahie, la science moderne est parvenue à en donner la clé. La plupart des visions ou apparitions sont aujourd'hui expliquées, mais il fut un temps où elles étaient en harmonie parfaite avec l'état mental de ceux qui y ajoutaient foi. Grâce aux connaissances acquises et dues au progrès scientifique, l'histoire moderne peut autrement interpréter l'histoire ancienne.

Littré a projeté également quelques rayons des lumières de la science sur d'autres phénomènes qui ont passé jadis pour étranges et que nous expliquons sans peine : telles ces épidémies de choréomanie, dont des « bandes d'hommes et de femmes, formant des cercles en se tenant par la main et dansant avec fureur jusqu'à ce qu'ils tombent épuisés », ont donné pendant tant de siècles l'affligeant spectacle. Ces épidémies nerveuses sont soumises, tout comme les épidémies miasmatiques, à certaines lois de développement, que les recherches de Littré nous ont fait connaître.

Il n'est pas contestable, en dépit des objections de quelques détracteurs ou des sceptiques qui nient toute évidence, il n'est plus contestable que la médecine actuelle ait une supériorité réelle sur la médecine de nos pères. Celle-ci n'avait à sa disposition, pour juger des maladies, que les symptômes, tandis que nous savons reconnaître les lésions qui les produisent. Ce n'est pas que nous n'ayons bénéficié des acquisitions de nos devanciers, mais nous y avons ajouté, et ceux qui viendront après nous, accroîtront encore le domaine des connaissances. Cela explique comment ont pu être résolus des problèmes dont la solution ne pouvait être obtenue, que grâce à des notions ignorées de nos ancêtres.

Ces recherches rétrospectives ne relèvent pas, comme le croient certains, d'une vaine curiosité (2). Elles opèrent le redressement d'erreurs qui ont eu

(1) Cette leçon a été recueillie dans l'ouvrage de Littré qui porte pour titre : *La Science au point de vue philosophique*, Paris 1884, pp. 410 et suiv.

(2) « L'historien se rappellera que son œuvre a une portée plus noble que de satisfaire à une vaine curiosité, écrit avec raison M. Camille Jullian ; mais la curiosité est légitime, quand elle traduit le besoin scientifique d'apprendre et de comprendre. »

cours durant des siècles, la réhabilitation de personnages injustement accusés.

Il y a bien d'autres bénéfices à retirer de ces disquisitions. En assimilant les maladies démoniaques à de vulgaires affections des nerfs, quantité d'infortunés qu'on aurait autrefois punis d'une mort ignominieuse sont reconnus aujourd'hui pour des hystériques ou des hystéro-épileptiques, qu'on soigne et dont on calme les accès, si on ne parvient à les toujours guérir. Au lieu de livrer ces malheureux au bras séculier, on les recueille à l'hôpital : la science a tout de même du bon!

Nous voudrions encore montrer quelle portée a eue une découverte dont le mérite revient également à Littré, et, par la même occasion, il sera prouvé quel secours l'histoire peut retirer de l'histoire de la médecine, quand celle-ci est interprétée avec sagacité.

A chaque instant, les auteurs hippocratiques parlent de l'existence, en Grèce, de fièvres rémittentes ou pseudocontinues. Littré avait d'abord pensé qu'il s'agissait de fièvres typhoïdes méconnues. Il devait changer d'avis plus tard. De ce changement d'opinion les causes sont intéressantes à connaître.

En 1828, avait lieu l'expédition de Morée. Là nos officiers de santé eurent à soigner des fiévreux : ceux-ci furent considérés tantôt comme des typhiques, tantôt comme des entérités. Quant à la thérapeutique, elle était uniforme : tous les malades étaient saignés à blanc, selon les principes alors régnants, de Broussais. Vinrent les guerres d'Afrique : ces mêmes médecins, en présence de nouveaux cas semblables aux précédents, saignèrent plus que jamais, et l'hécatombe fut terrible. C'est alors que, en 1836, un médecin militaire, mieux avisé, reconnut dans ces fièvres d'Afrique le caractère intermittent. Le mémoire de ce médecin fut, pour Littré, une révélation; reprenant son texte d'Hippocrate, il n'eut pas de peine à reconnaître, dans la description de son auteur favori, les symptômes de ces fièvres des pays chauds qu'on nomme fièvres paludéennes et dont triomphent la quinine et ses sels, bien administrés. Le Dr Maillot, s'inspirant de la découverte de Littré, traitait à son tour les soldats d'Afrique par cette panacée et réussissait à sauver le plus grand nombre de ceux qui, ayant réchappé de trop copieuses saignées, avaient été victimes des émanations telluriques. « Voilà, certes, une conquête de la science au profit de la civilisation que l'histoire de la médecine peut bien revendiquer (1). »

Nous en avons assez dit pour prouver combien a été féconde cette méthode, instaurée par Littré, qui consiste à reprendre l'étude de faits anciennement observés, à la lumière de nos connaissances modernes en anatomie, en physiologie et en pathologie. Littré est arrivé, par ce moyen, à rectifier nombre d'assertions fausses acceptées par les historiens, à détruire des légendes, à donner la clef de phénomènes qui ont longtemps passé pour extraordinaires. S'il lui a été permis de prononcer un jugement décisif dans tant de questions controversées, c'est qu'il possédait une science approfondie, aussi

(1) Ch. Daremberg, loc. cit.

bien en médecine qu'en philologie, et que l'histoire lui était aussi familière que la clinique.

Dans une de ces prévisions de l'avenir qui lui étaient coutumières, Littré déclarait un jour que la pathologie historique, science encore embryonnaire de son temps, n'irait qu'en se développant et serait « l'un des offices intellectuels du xxe siècle ». Il ajoutait que seraient, de la sorte, résolus bien des problèmes dont la solution est restée inaccessible aux historiens ; bien des changements de caractère, bien des résolutions prises sous l'influence des névroses ou des psychoses seraient ainsi expliquées. Il entrevoyait seulement que cette science aurait beaucoup de peine à se fonder, parce que les historiens ne sont pas suffisamment médecins et que les médecins sont dépourvus des connaissances historiques qui leur seraient nécessaires. Soit pour ce motif, soit pour tout autre, il est certain qu'il n'y a eu, jusqu'à ces dernières années, que quelques tentatives d'application de la médecine à l'histoire, et qu'on devra peut-être, longtemps encore, s'attacher à l'observation des faits avant de risquer une généralisation hâtive.

N'oublions pas que l'origine de la psycho-pathologie historique ne remonte à guère plus de trois quarts de siècle : dès 1836, un aliéniste, qui était aussi un philosophe, publiait une étude de psychologie morbide ayant trait à un personnage qui a joué dans l'histoire de l'humanité un rôle prépondérant. Socrate, « le père de toute philosophie », le maître de Platon, et que son disciple Aristote considérait déjà comme un mélancolique et un extatique, était par la science moderne rangé parmi les grands visionnaires. Le *Démon de Socrate*, du Dr Lélut, souleva des controverses passionnées, dont l'écho se retrouve dans les journaux de l'époque. Des objections analogues accueillirent, à son apparition, l'*Amulette de Pascal* du même auteur.

Sans insister davantage sur ces polémiques d'un autre âge, retenons-en seulement que, avant l'intervention de la médecine, on pensait que l'histoire du démon de Socrate n'était qu'une supercherie du philosophe, un artifice inventé par lui de toutes pièces pour accroître son prestige et son crédit. Les aliénistes sont venus, qui ont apporté une interprétation plus conforme à la réalité physiologique. Sans s'arrêter aux protestations dictées par une indignation de commande, plus que par le souci de préserver de toute souillure le renom immortel de gloires incontestées, des savants, abordant un sujet des plus délicats, dont l'histoire, la philosophie et la psychologie ordinaires avaient dédaigné de s'occuper, n'ont pas hésité à le soumettre à l'analyse, dans l'unique dessein de rechercher la vérité, quelque désagrément que cette recherche dût leur procurer. Littré, rendant compte du livre de Lélut sur le *Démon de Socrate*, ne s'est pas mépris sur la portée de ces recherches alors dans leur nouveauté : « Cette application de la médecine à l'histoire, disait-il, jette de la lumière sur beaucoup de mobiles obscurs qui ont poussé en divers sens le genre humain (1). »

(1) *Le National*, 1er août 1836.

Lélut doit donc être considéré comme le créateur de la psychologie morbide appliquée à l'histoire. Il en a nettement formulé les règles, dans un travail mémorable qu'on a trop oublié (1), et que nous tenons pour notre charte constitutive. Laissez-nous vous en soumettre les passages essentiels.

« Il est une espèce d'histoire, la plus intime dans ses sources, la plus élevée dans ses résultats, qui, loin de se borner à rassembler les faits de la vie des peuples et à les enchaîner dans leurs rapports extérieurs, recherche dans les profondeurs de l'âme leurs plus secrètes origines. Elle saisit à leur naissance, et dès les temps les plus reculés, les instincts et la raison de l'homme; elle en suit le développement à travers le cours des nations et le mélange des races qui les constituent, *elle en signale, enfin, les variations, les écarts, les folies...* Si, dans l'accomplissement de cette tâche, la *psychologie de l'histoire* porte naturellement ses regards sur les masses, en interroge les mouvements, cherche à en pénétrer la pensée, elle ne donne pas une moindre attention à l'étude des hommes supérieurs qui les dominent et les conduisent. » Psychologie individuelle, psychologie collective sont ici clairement indiquées et en termes des plus expressifs.

Là où l'antiquité ne voyait que « des coupables tourmentés par les Euménides », les savants modernes voient des malheureux atteints, pour la plupart, de folie sensoriale ou de manie furieuse. Grâce à la prédominance graduelle de la raison sur l'instinct, qui a « marqué la fin des temps sauvages et la naissance des temps civilisés », l'homme ayant réfléchi, ayant raisonné, a donné une appréciation plus exacte des causes naturelles, substituées de plus en plus aux idées superstitieuses; mais les inspirations d'un Svedenborg, les terreurs d'un Pascal, les défiances d'un Rousseau n'ont pu être véritablement comprises et expliquées que par une science de plus en plus éclairée.

En 1845, le Dr A. Brierre de Boismont publiait la première édition de son ouvrage (2), qui fit tant de bruit, sur les *Hallucinations*. Bien que protestant contre cette théorie désespérante, que « les idées les plus sublimes, les plans les plus admirables, les entreprises les plus grandes, les actions les plus belles » auraient été « médités ou accomplis par des fous hallucinés », il n'en reconnaissait pas moins la nécessité de l'alliance de la philosophie avec la médecine, surtout la médecine mentale; et, quoique différant d'opinion avec lui sur bien des points, il considérait le Dr Lélut « comme le chef de l'école qui a proclamé l'avènement de la physiologie dans l'histoire (3) ».

Leuret, dans ses *Fragments psychologiques*, L.-F. Calmeil, qui a décrit « les grandes épidémies de délire, simple ou compliqué, qui ont atteint les populations d'autrefois » (4), ont suivi la voie ouverte par leur éminent devancier.

(1) Il a paru originairement dans la *Gazette médicale de Paris*, numéro du 15 sept. 1838.

(2) La troisième, entièrement refondue et considérablement augmentée, n'a paru qu'en 1862.

(3) *Op. cit.*, 3e édition, p. 475.

(4) Cf. *De la Folie considérée sous le point de vue pathologique, philosophique, historique et judiciaire.* 2 vol. in-8, 1845.

On a pu dire, du livre fondamental de Calmeil sur les psychoses religieuses du XVe au XVIIIe siècle, qu' « il a jeté plus de lumière sur la mentalité de certaines classes sociales de ces époques, que les plus gros livres de nombreux historiens (1) ».

Le travail de Calmeil s'arrête au mesmérisme, c'est-à-dire à la veille de la Révolution française.

Contemporains de Calmeil, Baillarger (2) et Alfred Maury ont professé, comme leur savant collègue, qu' « il faut tenir compte (de l'influence) du tempérament, de l'état maladif des individus sur la constitution des sociétés ». Suivant Alfred Maury, « les événements sont presque toujours accomplis par des volontés isolées et des actes individuels, et par conséquent les faits historiques peuvent souvent, par ce côté, retomber sous l'empire des lois physiologiques (3) ».

En manière de préambule (4) à la thèse qu'il devait si éloquemment soutenir, Moreau (de Tours) affirme que « l'état de maladie peut seul donner la clef de plusieurs phénomènes de l'ordre moral, affectif et intellectuel; que, seul, il nous en dévoile la véritable nature ». C'est parce qu'ils n'ont pu embrasser qu'une des faces de leur sujet, étrangers qu'ils étaient aux connaissances de psychologie morbide, que « les biographes des principaux illuminés se sont trouvés si embarrassés, pour expliquer les prodigieux contrastes, l'inconcevable mélange de sublime et de grotesque, de lumière et d'obscurité... le ton superbe et autocratique avec lequel les mystiques de toute secte parlent au monde... tous les mystères de l'intelligence, en un mot, que la psychologie morbide a seule le pouvoir de pénétrer (5) ».

C'est à Moreau (de Tours), on ne l'ignore pas, qu'on doit la définition fameuse : *Le génie n'est qu'une névrose.* En réalité, il n'a pas formulé son opinion sous une forme aussi axiomatique. Voici son texte : « Le *génie*, c'est-à-dire la plus haute expression, le *nec plus ultra* de l'activité intellectuelle (ne serait-il) qu'une *névrose?* Pourquoi non? On peut très bien, ce nous semble, accepter cette définition, en n'attachant pas au mot névrose un sens aussi absolu que lorsqu'il s'agit de modalités différentes des organes nerveux, en en faisant simplement le synonyme d'exaltation *(nous ne dirons pas trouble, perturbation)* des facultés intellectuelles. Le mot *névrose* indiquerait alors une disposition particulière de ces facultés, disposition participant toujours de l'état physiologique, mais en dépassant déjà les limites et touchant à l'état opposé, ce qui d'ailleurs s'explique si bien par la nature morbide de son origine... En d'autres termes, le génie, comme toute disposition quelconque du dynamisme

(1) *Traité international de psychologie pathologique*, t. III, ch. II, p. 383.

(2) *Mémoires de l'Acad. royale de méd.*, t. XII, pp. 273, 426 et suiv.

(3) Alfred MAURY. De l'hallucination envisagée au point de vue philosophique et historique, *Ann. méd.-psych*, 1845, t. V, p. 317; — De la folie considérée sous le point de vue pathologique, philosophique, historique, etc., *Ann. méd.-psych.*, 1846, t. VII, p. 110.

(4) Avant-propos de son ouvrage : *La Psychologie morbide dans ses rapports avec la philosophie de l'histoire.* Paris, 1859.

(5) MOREAU, *Op. cit.*, 410.

intellectuel, a nécessairement son *substratum* matériel : ce *substratum*, c'est un état semi-morbide du cerveau, véritable *éréthisme nerveux*, dont la source nous est désormais bien connue (1). » Lamartine a traduit la même idée sous une forme autrement élégante : « Le génie porte en lui un principe de destruction, de mort, de *folie*, comme le fruit porte le ver. » Mais Pascal, avant tous, avait écrit : « L'extrême esprit est voisin de l'extrême folie. »

A l'appui de sa démonstration, Moreau a cité un certain nombre de personnages, appartenant à ce qu'il appelle l'aristocratie de l'intelligence, ou qui ont occupé le rang suprême, ou qui ont commandé aux masses, après s'être emparés du pouvoir par des moyens ressemblant plus ou moins à une usurpation. Si, dans le nombre, il en est qui ont été marqués de tares névropathiques indéniables, tels que Charles-Quint, Pierre le Grand, Paul Ier, pour d'autres, le diagnostic est plus contestable.

Si des erreurs ont été mises au compte de cette manière nouvelle d'envisager l'histoire ; si des jugements téméraires ont été portés, c'est, le plus souvent, qu'on a fait état de textes apocryphes, de témoignages d'une authenticité discutable ; ou qu'on a obéi à un système préconçu, en vue d'une synthèse prématurée.

Maniée prudemment, et avec la seule ambition de ne poursuivre qu'une vérité relative, en concordance avec l'état actuel des sciences, la méthode inaugurée par Lélut, développée par Littré et ses disciples ou successeurs, est susceptible d'ouvrir aux investigations historiques un champ déjà fécond, et où ceux qui viendront après eux trouveront encore à glaner.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 3 MARS 1920)

La vaccinothérapie. — Dans la dernière séance, M. DELBET avait fait remarquer que son vaccin s'adressait surtout aux infections staphylococciques.

M. VEAU, avec M. Grégoire, envisage surtout la vaccinothérapie dans le traitement de l'ostéomyélite. La vaccinothérapie, dit-il, est une méthode nouvelle qui a déjà fait ses preuves et que nous devons tous employer. Elle peut être considérée, dans une certaine mesure, comme le traitement spécifique de la staphylococcie osseuse. Elle est donc indiquée dans l'ostéomyélite et peut rendre moins fréquente l'intervention chirurgicale. Toutefois dans les cas aigus, le vaccin ne réussit pas toujours, ce n'est pas une panacée.

M. Veau cite l'exemple d'une petite fille qui, malgré une vaccination précoce, malgré une seconde injection d'autovaccin, a fini par atteindre une température de 40° et par mourir. On continue donc à mourir dans les cas aigus, malgré la vaccination. M. Veau insiste sur ce point qu'il faut distinguer les cas aigus, des cas subaigus et des cas chroniques. La vaccination ne saurait supprimer l'intervention chirurgicale. Il faut encore s'en tenir aux règles adoptées par Lannelongue et Quénu. L'opération reste indiquée dans la grande majorité des cas. La direction du traitement doit rester au chirurgien. La vaccinothérapie n'en est pas moins une méthode nouvelle, intéressante, efficace dans une certaine mesure et à laquelle il faut avoir recours ; sans que pour cela l'intervention chirurgicale soit abandonnée.

M. CHEVRIER résume la discussion, fait connaître les résultats de son expérience personnelle sur l'emploi de la vaccinothérapie, à laquelle il a eu recours dans des infections staphylococciques, dans un cas de pleurésie purulente et aussi dans l'ostéomyélite.

Telle est, en résumé, la partie de la discussion qui a eu lieu dans la dernière séance.

Sur l'emploi des vaccins dans les infections à bacilles pyogènes. — M. AUVRAY fait une communication sur ce sujet (voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 24, p. 375).

M. FAURE a assisté à l'évolution de la maladie de M. Auvray et rend hommage au courage avec lequel il a supporté cette maladie et son traitement qui a surtout consisté en incisions et en débridements extrêmement douloureux et pratiqués sans anesthésie. On peut donc accorder une certaine influence au traitement chirurgical sur la guérison. Mais, ce qui est non moins incontestable, c'est qu'on n'a jamais vu un érysipèle de cette gravité guérir en si peu de jours. Il faut donc admettre que tout au moins au point de vue de la rapidité de cette guérison les injections du vaccin ont eu une très heureuse influence.

M. LENORMANT apporte deux faits : dans le premier il s'agissait d'une lymphangite du membre supérieur, suite de piqûre. La température était de 39° ; il y avait des ganglions axillaires. Après des bains et des pansements humides, il y eut une amélioration et la température tomba à 37°8. Mais brusquement, elle remonta à 40° et 41°, il y eut plusieurs frissons ; la poussée de lymphangite s'étendit jusqu'à l'aisselle ; l'état général devint mauvais. M. Delbet voulut bien donner du vaccin, une injection de 3 cc. fut faite. Il y eut une réaction formidable : température à 41°, frissons, abattement, malaise général ; dans la soirée, les accidents s'atténuèrent, il y eut une chute brusque de la température à 37°7. La lymphangite avait pâli ; amélioration notable. Trois jours après, nouvelle injection, nouvelle réaction, avec 40°, puis chute définitive et guérison en quelques jours.

Dans le second cas, il s'agissait d'une lymphangite de l'avant-bras avec phlegmon. Injection de vaccin et incision en même temps, température à 39°, réaction beaucoup moins violente que dans le premier cas, de 38°9 la température monta seulement à 39°3. Les accidents locaux s'amendèrent. Seconde injection, légère réaction. Le malade est en bonne voie de guérison.

M. GRÉGOIRE revient sur la vaccinothérapie dans l'ostéomyélite. M. Ombrédanne a vu des ostéomyélites guérir avec des pansements humides. Quant à la vaccinothérapie elle a donné des succès et des insuccès, mais plus de succès que d'insuccès. Il faut distinguer la forme aiguë de l'ostéomyélite de la forme chronique : dans la forme suraiguë, septique, l'organisme est incapable de se défendre et la vaccinothérapie échoue dans ces cas. Dans les formes subaiguës, au contraire, le vaccin est efficace. Dans la forme chronique, il y a une contre-indication, c'est la présence d'un séquestre. Chez les enfants qui n'ont pas de séquestres, la vaccinothérapie amène la guérison. Mais il faut savoir que la maladie peut n'avoir été qu'atténuée et qu'elle peut récidiver. En cas de rechute, il faut pratiquer une nouvelle vaccination et on a vu, dans ces cas, se produire de bons résultats, mais que deviendront plus tard ces os qui ont été atteints ? C'est là une partie du problème qui n'est pas encore résolue.

M. MAUCLAIRE a obtenu un très bon résultat de deux injections dans un cas d'anthrax de la nuque.

M. ROBINEAU reconnaît également les bons effets de la vaccinothérapie dans le traitement de l'anthrax et de la furoncu-

(1) MOREAU, p. 464-465.

lose. Pour cette dernière, il n'y a généralement pas de récidive après la vaccinothérapie. Quant à l'excision des anthrax, elle n'est pas indifférente, on a constaté un cas de mort. Il vaut mieux recourir à la vaccinothérapie.

Tuberculose du pied. — M. DELBET fait un rapport sur 3 observations de tuberculose du pied adressées par M. Ravel traitée avec succès par la désarticulation temporaire médio-tarsienne. Dans bon nombre de cas, cette simple désarticulation temporaire permet d'éviter les amputations.

Emphysème sous-cutané produit par les gaz de l'intestin. — M. MOCQUOT rapporte l'observation d'une femme de 42 ans qui était atteinte d'une fistule stercorale consécutive à une hystérectomie totale. Une seconde laparotomie fut pratiquée en vue d'une anastomose. Puis le ventre se ballonna considérablement, une ponction montre qu'il s'agissait d'un emphysème en train de se généraliser. Les gaz provenaient d'une petite fistulette de l'intestin, fermeture, guérison.

Quelle était ici la cause de cet emphysème? M. Mocquot cite une observation de Reclus et un travail de Demarquay qui attribuent ces emphysèmes à un traumatisme, à une perforation intestinale ou à une piqûre de l'intestin au cours d'une intervention chirurgicale.

MM. TUFFIER, PROUST et ROBINEAU apportent des observations analogues.

La radiothérapie dans les fibromes. — M. WALTHER estime qu'avant de recourir à la radiothérapie, il faut faire un diagnostic chirurgical bien précis. Au cours de cette discussion, M. Faure a prétendu que la mortalité, après l'hystérectomie, était d'environ 5 p. 100. Sur 116 hystérectomies, M. Walther n'a eu que trois décès, soit 2,53 p. 100. La statistique de la ville donne 2 morts sur 92 opérations, soit 2,22 p. 100. M. Walther pratique l'hystérectomie totale. Quant à la radiothérapie, il a vu survenir des accidents tardifs, deux cas de radiodermites. La radiothérapie aurait donné de mauvais résultats dans des cas de fibromes compliqués d'épithélioma de la trompe, de cancer du corps, etc. Dans ces cas, la radiothérapie est nettement contre-indiquée.

A l'emploi des rayons X, M. Walther préfère le radium introduit dans l'utérus.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 6 MARS 1920)

Lésions nerveuses dans l'encéphalite léthargique. — MM. HARVIER et LEVADITI décrivent les lésions histologiques des centres nerveux constatées chez un sujet de 44 ans ayant présenté d'abord des douleurs vives dans les cuisses, puis des secousses myocloniques des membres inférieurs de l'abdomen et du diaphragme et des mouvements choréiques des membres supérieurs; enfin 2 jours avant la mort qui survint au 30e jour de la maladie des symptômes méningés avec lymphocytose et hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien. Ces lésions sont caractérisées, à l'exclusion de toute lésion cellulaire, par des foyers d'infiltration périvasculaire ou diffus constitués par des mononucléaires disséminés dans les noyaux gris centraux, les pédoncules, la protubérance, le bulbe et aussi dans les substances blanche et grise de la moelle à différents niveaux. Bien que la malade n'ait pas présenté de somnolence, le locus niger est le siège de lésions de neuronophagie très prononcées exclusivement localisées dans cette région. Les auteurs décrivent cette neuronophagie à ses différentes phases et montrent qu'elle diffère de celle observée dans la poliomyélite.

Type paraplégique de l'encéphalite épidémique. — M. SICARD étudie la forme paraplégique de l'encéphalite épidémique en présentant une malade ayant été atteinte de paraplégie flaccide des membres inférieurs avec rétention sphinctérienne, troubles passagers oculaires accommodatifs et liquide céphalo-rachidien normal et chez laquelle on note au cours de la convalescence, alors que la paralysie a rétrocédé et que la marche est devenue possible, des secousses musculaires et du tremblement rythmique des membres inférieurs. Les phénomènes moteurs déjà signalés par M. P. Marie et Mlle Lévy comme reliquats encéphalitiques permettent le diagnostic rétrospectif d'encéphalite léthargique. Il est intéressant de discuter, à propos de ces formes paralytiques des membres inférieurs, si la région mésocéphalique est responsable à elle seule de la paraplégie ou s'il faut incriminer la moelle ou les racines lombaires.

Encéphalite aiguë à type myoclonique. — MM. BROUARDEL, LEVADITI et J. FORESTIER rapportent l'observation d'un cas d'encéphalite aiguë à type myoclonique sans troubles oculaires mais avec secousses électriques abdomino-diaphragmatiques observées à la radiographie et terminé par la mort au 25e jour. L'examen histologique montra au niveau de la moelle allongée du bulbe et de la protubérance, discrètes mais caractéristiques, les lésions observées dans l'encéphalite léthargique, manchons périvasculaires formés de mononucléaires, lymphocytes, plasmazellen. Ils pensent que le virus de l'encéphalite léthargique ne se localise pas toujours au système nerveux et qu'entre des formes purement septicémiques de l'infection et les cas typiques il existe des cas de transition tels que celui qu'ils rapportent et dont l'existence assure la transmission de la maladie.

Hémorragie méningée à type léthargique. — MM. RATHERY et BONNARD. Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans qui fut prise un soir en rentrant chez elle de maux de tête puis d'un sommeil profond incoercible. Cet état léthargique persista pendant une quinzaine de jours; le glucose céphalo-rachidien atteignait plus de 5 grammes, il existait de la glycosurie. Enfin on constatait une leucocytose marquée (plus de 50.000 globules blancs). Le liquide céphalo-rachidien très hypertendu renfermait du sang; au cours des multiples ponctions qui ont été pratiquées on assista à la diminution progressive de la coloration du liquide céphalo-rachidien.

L'influence du sexe en médecine infantile en particulier dans la grippe et la coqueluche. — MM. APERT, CAMBASSEDES et FLEPE. A part la luxation congénitale de la hanche (7 filles pour 1 garçon) et la chorée (3 filles pour 1 garçon) l'influence du sexe en médecine infantile n'est guère signalée. Pourtant quand on la recherche on la constate même en ce qui touche les maladies infectieuses. La grippe et la coqueluche sont plus fréquentes et plus graves chez les filles. Les autres maladies donnent au contraire presque toutes un excès de mortalité mâle. Ces différences sont déjà accusées avant tout début de fonctionnement des glandes génitales et tiennent à la constitution nucléaire des cellules, toute cellule mâle ayant un ou deux chromosomes nucléaires de moins que la cellule femelle correspondante. De même qu'au point de vue éducation et instruction une absolue assimilation des deux sexes est une erreur grossière, de même en ce qui concerne la pathologie, l'hygiène et la thérapeutique.

Considérations sur quelques cas d'encéphalite aiguë avec prédominance de manifestations convulsives observées à Alger, augmentation du taux du sucre dans le liquide céphalo-rachidien. — MM. DUMOLARD et AUBRY (d'Alger).

AVIS

En raison de l'élévation des frais d'affranchissement, pour éviter toute correspondance inutile, il ne sera répondu aux demandes de numéros que lorsqu'elles seront accompagnées du montant de ces numéros en timbres-poste ou mandat.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC DE LA COLIQUE HÉPATIQUE

DÉFINITION. — Syndrome douloureux lié à la migration de calculs dans les voies biliaires. Exceptionnellement, l'évacuation de caillots, de lombrics ou d'hydatides dans les conduits biliaires a pu s'accompagner d'un pareil syndrome.

SYMPTOMES. — I. **Début.** — Très souvent, il s'agit d'une jeune femme, entre 20 et 35 ans, chez laquelle surviennent les accidents douloureux, précédés ou non de prodromes :

1° Avec prodromes : douleurs sourdes dans la région hépatique, teinte subictérique, troubles digestifs, anorexie, nausées, sensation de pesanteur hépatique.

2° Mais, le plus souvent, début brusque : 3 ou 4 heures après le repas du soir, en plein sommeil, il survient une douleur extrêmement vive dans l'hypocondre droit avec irradiations dorsales et dans l'épaule droite. Hoquets, nausées, vomissements.

II. **Etat.** — 1° La DOULEUR est le symptôme principal : douleur aiguë, spontanée, paroxystique, avec maximum siégeant au niveau de la région du point cystique, s'exagérant à la moindre palpation, calmée seulement par l'opium, la morphine, les applications locales chaudes et laudanisées. Irradiations vers l'épigastre, l'hypocondre droit, le flanc droit, l'épaule droite, l'omoplate droite, rarement douleur lombaire ou sacrée.

2° Le FACIES est grippé, anxieux; le malade se place en chien de fusil, relâchant la paroi abdominale.

3° TROUBLES DIGESTIFS. — Les vomissements, d'abord alimentaires, puis muqueux, parfois bilieux et verdâtres, avec intolérance gastrique, anorexie, constipation.

4° SIGNES GÉNÉRAUX. — Le pouls est calme en général et la température normale. Parfois, cependant, poussée fébrile courte avec frisson, 40°, sueurs (fièvre hépatalgique de Charcot) traduisant un certain degré d'infection ou de résorption virulente transitoire par les voies biliaires.

Les urines sont claires, abondantes. Parfois oligurie, anurie, avec crise polyurique ensuite.

5° TROUBLES RÉFLEXES. — Dans les cas graves et intenses on a pu voir des phénomènes d'excitation : crises convulsives du type hystérique ou du type épileptique, des vertiges, du délire passager, ou bien des troubles de dépression : paraplégie, hémiplégie droite avec aphasie passagère, lipothymie, syncope, shock. Mort par excitation du pneumogastrique.

Les troubles circulatoires : palpitations, arythmie, accentuation du 2e bruit pulmonaire, dilatation du cœur droit, asystolie aiguë peut survenir.

Troubles respiratoires : toux sèche, quinteuse, fatigante (toux hépatique). Congestion de la base droite avec râles sous-crépitants.

ÉVOLUTION. — La colique hépatique cesse en général brusquement, quand le calcul est expulsé dans l'intestin ou revient dans la vésicule. L'accès douloureux a été constitué en général par une série de crises paroxystiques coupées d'intervalle de calme.

La durée totale varie entre 6 et 12 heures. Exceptionnellement elle a pu se prolonger 1 ou 2 jours. Sensation de bien-être, calme, polyurie. Le calcul peut être retrouvé dans les fèces.

L'*ictère* peut survenir. Dans 50 p. 100 des cas, survient le 2e ou 3e jour, lorsque la crise se prolonge. Dû à l'infection ou à l'arrêt du calcul dans les voies biliaires. Plus ou moins intense, avec coloration des muqueuses et des téguments. Les urines contiennent des pigments biliaires. Constipation, matières décolorées. S'il se prolonge, apparaissent du prurit, de la bradycardie, l'ictère s'accentue. La décoloration est lente et progressive.

FORMES CLINIQUES. — A côté du type franc, classique, on peut décrire de nombreuses formes cliniques.

Selon l'intensité de la douleur : formes légères, moyennes et intenses.

Selon la durée : formes courtes ou abortives, moyennes, prolongées et chroniques.

Selon l'aspect clinique : formes franches et formes frustes.

Les formes frustes se voient surtout chez les vieillards ou chez les vieux lithiasiques : simple malaise avec vertige, douleur vague.

La forme fébrile, dans laquelle la fièvre hépatique domine la scène.

La forme gastralgique, très fréquente, qui se caractérise par des crises épigastriques avec crampes plus ou moins intenses.

COMPLICATIONS. — A côté des phénomènes réflexes à distance que nous avons signalés plus haut et qui peuvent parfois être très graves (mort subite par syncope, asystolie aiguë par dilatation du cœur droit), nous citerons encore :

1° LES ACCIDENTS MÉCANIQUES. — Arrêt du calcul dans le cystique, dans le cholédoque (ictère chronique avec petite vésicule) ; rupture des voies biliaires avec péritonite généralisée ou localisée. Occlusion intestinale, perforation intestinale avec fistule.

2° LES ACCIDENTS INFECTIEUX. — La lithiase est conséquence et cause d'appel pour l'infection biliaire, d'où : angiocholécystite calculeuse, cholécystite suppurée, cirrhose biliaire, abcès du foie, péritonite biliaire partielle (abcès sous-phréniques), infection pleuro-pulmonaire, pyléphlébite calculeuse, fistules biliaires avec perforation à la paroi ou dans un organe voisin : estomac, duodénum, grêle. Enfin, signes infectieux généraux : septico-pyohémie avec fièvre bilio-septique et complications multiples secondaires.

Mais, à vrai dire, tous ces accidents sont plus des complications de la lithiase biliaire proprement dite dont la colique hépatique n'est qu'un accident.

DIAGNOSTIC. — 1° IL N'Y A PAS D'ICTÈRE. — Le diagnostic se pose alors avec tous les syndromes douloureux abdominaux et en particulier ceux qui prédominent dans la partie droite de l'abdomen. On ne fera que poser le diagnostic, sans le discuter, le temps manquant pour cette discussion dans une question d'oral :

Appendicite (surtout dans la forme haute) : mais point douloureux de Mac Burney, pas d'irradiations scapulaires, fièvre élevée, signes généraux graves, plastron.

Colique néphrétique droite : douleur surtout lombaire et lombo-abdominale, irradiations testiculaires, hématurie avec oligurie.

Colique saturnine : constipation absolue, douleur soulagée seulement par la pression large et profonde, stigmates de saturnisme.

Coliques intestinales.
Entéro-côlite aiguë : modifications des selles.
Occlusion intestinale aiguë.
Etranglement interne.
Hernie étranglée.
Gastro-entérite par empoisonnement.
Crises gastriques du tabes.
Hydronéphrose avec rein mobile.
Pancréatite aiguë.
Péritonite par perforation d'un ulcus gastrique ou duodénal.

2° IL Y A ICTÈRE. — Le diagnostic d'une affection hépatique s'impose. Encore faut-il rechercher s'il s'agit d'un ictère catarrhal : début progressif et plus lent, avec embarras gastrique, troubles intestinaux, diarrhée, ou d'un ictère par compression des voies biliaires (cancer du pancréas, péritonite de voisinage) ou d'un cancer des voies biliaires.

3° On se demandera s'il s'agit de la migration dans les voies biliaires d'un calcul, de caillots, de vésicules hydatiques (rupture d'un kyste hydatique) ou de la migration d'ascaris lombricoïdes.

4° COLIQUE HÉPATIQUE ET GROSSESSE. — On sait la fréquence des phénomènes hépatiques au cours de la grossesse. Ne pas prendre une colique hépatique pour un début de travail.

PRONOSTIC. — En général bénin; mais il est cependant grave, car la colique hépatique peut révéler une lithiase biliaire passée inaperçue, et, d'autre part, elle peut s'accompagner d'accidents secondaires graves mécaniques, réflexes ou infectieux.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 28. — SAMEDI 20 MARS 1920. 93e ANNÉE. SAMEDI 20 MARS 1920. — N° 28.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 15 francs par an. Étudiants étrangers, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 6 fr. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 18 mars. — MM. Renaud, 19; Deguy et Troisier, 18; Boivin, 17.

— Concours de chirurgien des hopitaux. — *Composition écrite.* — Séance du 16 mars. — Question sortie : « Rapports du pancréas. — Epanchements sanguins traumatiques intra-craniens. »

— Concours de l'internat. — *Lecture des copies.* — *Anatomie.* — Séance du 16 mars. — MM. Peignaux et Larget, 13; Wickham, 11; Chalet, 12; Meyer, 13; Thalheimer, 14; Aumont, 13.

Séance du 17 mars. — MM. Jeanjean, Peretti de la Rocca et Delestre, 11; Récamier et Gaume, 13.

— Concours de l'externat. — *Pathologie.* — Séance du 13 mars. — Question donnée : « Symptômes, diagnostic et traitement des fractures de l'extrémité inférieure du radius. »

Mlles Stœber, 8; Sturm et MM. Rey (Louis), 10; Talot de Margival, 13; Rendon, 14; Machebœuf, 17; Uzan, 15; Schœngrun (Emile), 14; Tariel et Roëser, 16; Turrillot, 14; Vendel et Roussel (André), 12; Roujanski, 10; Toulouse, 12; Salavert, Ribière et Truchard, 15; Thibault, 13.

Anatomie. — Séance du 16 mars. — Question donnée : « Articulation tibio-tarsienne : surfaces articulaires et ligaments. »

MM. Girard, 11; Giberton, 12; Hennart, 17; Hautefeuille, 12; Gallet (J.), 11; Grognard, 10 1/2; Mlle Frontard, 9; MM. Grenierboley, 8; Hyvert, 13; Mlle Frey, 14; MM. Farrand, 9; Grognot, 16 1/2; Grenet et Jahiel, 7; Mlles Guyot, 16; Grunbaum, 15 1/2; M. François, 7; Machebœuf, 16.

CONCOURS DE L'ADJUVAT DES ASILES. — Epreuve orale de médecine et de chirurgie. — 1re séance du 15 mars. — Question donnée : « Symptômes, diagnostic et traitement de l'appendicite. »

MM. Piquemal, 13 1/2; Mourgue, 13; Seringes, 15; Renaux, 12; Morel-Kahn, 14; Saquet, 11; Pruvost, 15; Courjon, 13 1/2; Malespine, 9.

2e séance du 15 mars. — Question donnée : « Symptômes, diagnostic et traitement des pleurésies purulentes ».

MM. Jourdran, 9; Lautier, 12 1/2; Chaumier, 12 1/2.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE. — XIVe congrès français de médecine, sous le haut patronage de LL. MM. le roi Albert et la reine Elisabeth (Bruxelles, 19 au 22 mai 1920). — Le Congrès se réunira à Bruxelles, du mercredi 19 au samedi 22 mai prochain.

Les questions suivantes seront mises en discussion :

I. *Syphilis de l'appareil cardio-vasculaire.* — Rapporteurs : MM. Bayet (Bruxelles), Etienne et Spillmann (Nancy), Vaquez et Laubry (Paris).

II. *Les lipoïdes en pathologie.* — Rapporteurs : MM. Chauffard, Guy Laroche et Grigaut (Paris), Linossier (Vichy), Zunz (Bruxelles).

III. *De la valeur thérapeutique du pneumothorax artificiel.* — Rapporteurs : MM. Burnand (Leysin), Derscheid et Geeraerd (Bruxelles), Dumarest (Hauteville), Küss (Angicourt).

Les membres du Congrès qui désirent faire des communications sont priés d'en informer, avant le 1er avril, en indiquant le titre choisi, le secrétaire général, M. le Profr Verooghen, 22, rue Joseph II, Bruxelles.

LABORATOIRE DE SÉROLOGIE (direction Leredde et Rubinstein, 54, rue Saussure, 17e, métro : Rome). — M. Rubinstein, chef du laboratoire, fera du 22 avril au 20 mai, un cours sur la sérologie appliquée à la clinique. Les cours publics auront lieu les mardis, jeudis et samedis et seront suivis pour les élèves inscrits de travaux pratiques et de manipulations. Le laboratoire est également ouvert à ceux-ci les autres jours de la semaine.

Le but de ces leçons est de former des sérologistes et de les initier aux reeherches de laboratoire.

Le nombre des inscriptions est limité à 10. Prix à verser : 150 fr.

Le programme dès leçons sera envoyé sur demande.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DEUX LEÇONS INAUGURALES

Par un même décret, MM. Cunéo et Gosset ont été nommés, l'un à la chaire d'anatomie topographique, l'autre à la chaire de pathologie chirurgicale. Ces deux jeunes professeurs ont parcouru ensemble la carrière des concours, ont été nommés, en même temps, internes, prosecteurs, chefs de clinique, chirurgiens des hôpitaux, agrégés et ont fait, ce même jour, à une heure d'intervalle, leur leçon inaugurale à la Faculté.

Assez touchante cette entière solidarité dans le travail comme dans le succès.

L'un et l'autre, comme leurs prédécesseurs, ont respecté le traditionnel hommage aux maîtres vivants et aux maîtres disparus, chacun d'eux a plus particulièrement insisté sur le maître préféré, M. Cunéo sur Poirier et M. Gosset sur Terrier, à l'éloge duquel il a consacré toute sa leçon.

Tous deux, fils de médecins, ont rappelé leurs premiers pas dans la carrière sous la direction paternelle.

M. Cunéo a exprimé sa reconnaissance à MM. Le Dentu et Hartmann. Etant jeune enfant il avait une maîtresse qui lui tapait sur les doigts avec une règle quand il répondait mal. Ce serait, paraît-il, par une méthode analogue que M. Hartmann aurait appris la chirurgie à M. Cunéo, qui ne lui en garde que plus de gratitude. Il rend aussi un pieux hommage à ses maîtres disparus, Tillaux, Nélaton, Terrier. Mais de tous ses maîtres celui qui lui a, dès le début, inculqué la passion de la médecine et de la chirurgie, ce fut son propre père qui, comme on sait, a tenu une grande place dans la médecine navale.

M. Cunéo arriva à Paris et concourut à l'externat, puis à l'internat où il fut reçu le premier. Il était muni de deux lettres de recommandation, l'une pour Farabeuf, l'autre pour Poirier. Il choisit ce dernier.

M. Cunéo nous fait un très joli portrait de Poirier, dont il est resté le plus fidèle élève. Il nous montre ce petit homme, cherchant à se grandir par son attitude, la tête haute, la taille bien cambrée, le teint bistré, la barbe noire, les cheveux blancs, les yeux changeants, l'air indifférent et poseur, mais avec cela de beaucoup de cœur et d'une grande bonté pour ceux qu'il avait adoptés.

Poirier fut d'une exactitude exemplaire et il remplit toutes ses fonctions avec un louable zèle. Professeur d'anatomie, il eut à tenir tête — on ne sait pourquoi — à des chahuts légendaires, mais cela ne le troublait pas autrement : il trouvait le mot, le geste, qui faisaient taire les révoltés, et éprouvait quelque charme dans ces victoires, si bien que des mauvaises langues prétendaient qu'il était capable de susciter lui-même ces révoltes. Poirier fut d'ailleurs l'objet de bien des critiques. On lui reprochait surtout ses succès mondains. On a peut-être exagéré, mais il laissait dire, cela ne lui déplaisait pas autrement.

S'il a péché, il a été bien cruellement puni. M. Cunéo nous a fait un tableau saisissant de la triste fin de cet homme jusque-là plein de vie, d'ardeur et d'entrain. Il a terriblement souffert et son agonie fut horrible. M. Cunéo, qui l'assista jusqu'à son dernier souffle, en a gardé un atroce souvenir.

La chaire d'anatomie topographique est une nouvelle création. M. Cunéo a hésité à accepter cette chaire qu'il considère comme un grand honneur pour lui en même temps qu'une lourde charge.

L'anatomie topographique est une science plus récente que l'anatomie descriptive. Le premier traité a été publié en Italie par Scarpa.

Les deux ouvrages français les plus importants furent les livres de Richet et de Tillaux. M. Cunéo nous fait spirituellement observer qu'on pourrait dire ici : tel livre, tel auteur. Après avoir lu *le livre*, ainsi que Richet l'appelait lui-même, M. Cunéo, lorsqu'il le vit pour la première fois dans les environs de Toulon, le reconnut. Même prestance, même dignité, même solennité. Tout autre fut Tillaux, la bonhomie et la simplicité même; tout autre aussi fut son livre qui reste et restera le modèle du genre.

Nous ne pouvons suivre M. Cunéo dans l'exposé très érudit qu'il nous fait de l'évolution de l'anatomie chirurgicale, qui doit marcher avec les progrès de la chirurgie. Dans ce beau traité de Tillaux, par exemple, il n'est nullement question de la chirurgie viscérale. C'est là une lacune à combler.

Malheureusement pour combler ces lacunes il faudrait bien des choses que la Faculté, cette glorieuse indigente, ne possède pas. Elle semble même encore ignorer la radiologie. Se tournant vers M. le Doyen, M. Cunéo constate qu'il y a beaucoup à faire. Quant à lui, il fera de son mieux et nous pouvons nous porter garant qu'il fera bien.

Il est toujours intéressant de savoir comment les grands chirurgiens se sont préparés, dès la jeunesse, à la profession de leur choix. Il est incontestable que l'habileté manuelle y joue un grand rôle. C'est ainsi que M. Gosset, dont la vocation était bien arrêtée dès la 15e année, s'appliqua à faire de la menuiserie, à planter des clous, à se servir de ses mains le plus possible. En même temps, il suivait son père dans ses courses quotidiennes et s'initiait à la pratique de médecin de campagne. Arrivé à Paris, pour y commencer ses études d'anatomie, on s'aperçut bien vite que, grâce à cette préparation manuelle, il deviendrait habile à la dissection. Mais ses premiers pas dans la carrière furent guidés par son père et Flaubert, dont le souvenir reste encore vivace chez les populations des campagnes normandes; puis dès son arrivée à Paris, il s'attache à Poirier qu'il ne quitte, pour ainsi dire, plus. Une première difficulté se présentait; il était sans ressources, mais il apprit fort heureusement qu'il existait un concours pour obtenir une bourse d'études; il y prit part, y fut reçu le premier, concourant ainsi chaque année pendant cinq ans et obtint de cette façon la gratuité de ses études médicales. M. Gosset n'a pas oublié l'immense service que lui a rendu cette bourse d'études et aujourd'hui que son succès, bien mérité, l'a conduit à la fortune, il demandera à M. le doyen d'instituer, à ses frais, un certain nombre de ces bourses pour les étudiants pauvres. C'est là un geste généreux dont les étudiants se sont montrés reconnaissants, à en juger par leurs applaudissements.

En médecine, M. Gosset eut pour maîtres Lancereaux, Hanot, dont le scepticisme en thérapeutique accentua ses préférences pour la chirurgie. En chirurgie, ce furent Guyon, Tillaux, Reclus, Tuffier, Albarran, Legueu, enfin et surtout Terrier.

Ce maître, peu accueillant, distant, ayant horreur des flatteries et des mots inutiles, indépendant de caractère, un peu froid, narquois, mais d'une probité scientifique et professionnelle parfaites, méthodique, travailleur, fort instruit, a su grouper autour de lui une phalange d'élèves qui tous, à son école, sont devenus les premiers chirurgiens de ce temps.

Le passage de Terrier, comme élève de Colin, à l'école d'Alfort, lui avait appris l'anatomie comparée et en avait déjà fait un physiologiste expérimenté. Heureusement pour la chirurgie française, Terrier fut renvoyé de l'école d'Alfort et c'est ainsi qu'au lieu de rester vétérinaire il est devenu chirurgien.

Nous ne pouvons suivre M. Gosset dans la biographie très exacte et très documentée qu'il nous a faite de son maître Terrier, dont l'œuvre maîtresse fut d'avoir remplacé l'antisepsie par l'asepsie. C'est là incontestablement un titre de gloire qui a fait de Terrier un des plus grands chirurgiens de son époque. M. Gosset a même dit le plus grand.

En faisant l'éloge du maître, il fait aussi celui de ses élèves dont on peut juger le mérite à la qualité du chef d'école que fut Terrier. Pourquoi sa carrière fut-elle quelque peu entravée par de nombreux ennemis? Pourquoi arriva-t-il si tard à la Faculté? Question d'indépendance, peut-être aussi question de caractère.

M. Gosset n'a pas manqué d'insister sur les progrès apportés par Terrier à la chirurgie abdominale, surtout à la chirurgie hépatique. Ce n'est que justice, mais il est non moins juste de reconnaître que Terrier, à son époque, ne fut pas le seul ni le premier qui introduisit en France la chirurgie abdominale.

A. BROCHIN.


OVULES "ROCHE" AU THIGÉNOL dosés à 30%
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie PARIS
THIGÉNOL "ROCHE"
Inodore, non caustique, non toxique, soluble eau, alcool, glycérine.
Thigénol Roche
EN GYNÉCOLOGIE
Décongestionnant intensif
Désodorisant
Analgésique
EN DERMATOLOGIE
Topique kératoplastique
Réducteur faible
Antiprurigineux
RÉSULTATS RAPIDES
Echantillon et Littérature
PRODUITS F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, Place des Vosges. PARIS.


HÉMOGLOBINE
DESCHIENS
ANÉMIE
CONSOMPTION
FER VITALISÉ
OXYDASES DU SANG
NEURASTHÉNIE
CONVALESCENCES

REVUE GÉNÉRALE

INFLUENCE DU VOL SUR L'ORGANISME

MÉTHODES EMPLOYÉES POUR DÉCELER LES TROUBLES CONSTATÉS

Par MM. A. MATHIEU DE FOSSEY,
Médecin-major,
Médecin du Service technique de l'Aéronautique,
et P. BÉHAGUE,
Médecin aide-major au Centre aéronautique du Bourget,
Chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine.

Deux livres récents : *Le Mal des aviateurs*, de MM. Cruchet et Moulinier, et *L'Examen médical des pilotes aviateurs*, par MM. Maublanc et Ratié, parus au lendemain du 4e salon de la locomotion aérienne, où le public a pu admirer les progrès faits depuis 5 ans en aéronautique, ont remis à l'ordre du jour les questions médicales touchant la navigation aérienne, particulièrement les troubles physiologiques consécutifs aux vols nombreux et prolongés et les méthodes d'examen capables de déceler ces troubles. Ce sont ces deux questions que nous étudierons dans cette Revue :

1° Influence du vol sur l'organisme. — La guerre, en développant considérablement la 5e arme et en obligeant à y incorporer un grand nombre d'hommes, a permis d'augmenter le domaine des études physiologiques faites jusqu'alors et, si les remarquables recherches de Paul Bert et de Mosso, restent encore comme la base de toutes les études actuelles, une moisson importante de travaux est venue compléter et adapter à l'aviation proprement dite les découvertes déjà anciennes de ces chercheurs. Les premiers aviateurs, en affrontant les dangers de l'air, y déployaient une énergie peu commune, et il est assez curieux de lire les premiers interviews médicaux de ces précurseurs (Wynmaten à 2.800 mètres disait sentir le sang couler de ses ongles dans ses gants fourrés et des perles rouges venaient mouiller ses lèvres). Aujourd'hui le voyage aérien devenant un moyen de transport ne frappe plus autant l'imagination et nous savons qu'aux faibles altitudes l'influence du vol ne se fait pas sentir aussi violemment pour quelques rares voyages, elle se manifeste pour l'homme sain par des troubles physiologiques passagers, qui ne se stabilisent et ne deviennent pathologiques que chez des aviateurs fatigués ou obligés à des voyages nombreux et prolongés, parfois à de hautes altitudes. Ces troubles physiologiques intéressent tout l'organisme et nous les étudierons par appareils.

L'APPAREIL CIRCULATOIRE est celui qui a donné lieu au plus grand nombre de travaux :

a. *La tension artérielle* avait, dès avant la guerre, donné lieu aux études de Crouzon, Cruchet et Moulinier, c'est vers ses modifications que se sont dirigés la plupart des chercheurs pendant ces 5 dernières années. Les opinions cliniques, aussi bien que les travaux expérimentaux, semblent parfois un peu contradictoires, néanmoins de l'ensemble des recherches de MM. Anderson, Agazotti, Ferry, Gemelli, Josué, S. Tara, F. Villemin au point de vue clinique et des travaux de Garsaux dans la cloche de dépression barométrique, il semble que la réaction habituelle de l'aviateur normal soit, à la descente, une hypertension artérielle minimum faisant suite à une hypotension minimum à la montée, tandis que la tension maximum serait tantôt augmentée, tantôt même abaissée (dans les raids à basses altitudes), mais ces réactions vaso-motrices se modifient du tout au tout sous la moindre influence; fatigue, froid, émotion, vitesse, feront varier considérablement la minima ou la maxima et ce sont ces facteurs qu'il faut incriminer dans les résultats contradictoires des différents chercheurs. La fatigue surtout joue un rôle primordial et, comme l'ont bien noté Cruchet et Moulinier, il faut pour la mesurer non pas se baser sur des sensations subjectives, variables suivant l'énergie psychique du sujet, mais avoir recours à des méthodes de mesures plus précises dont le critère oscillométrique de Pachon semble un des meilleurs. Les recherches de F. Villemin ont montré que le critère d'entraînement de l'aviation ne suit pas la marche du critère des autres sports; au lieu d'une diminution de la tension minimum, signal d'alarme de la fatigue, on observe une hypertension, d'autant plus accusée que la descente est plus rapide, hypertension passagère disparaissant au bout de quelques heures mais qui dans l'avenir peut se transformer en une hypotension durable, indice de la fatigue de l'aviateur. Le froid est un autre facteur de modification, il provoque une élévation de la maxima, la valeur de la minima restant à peu près fixe, il en est de même de l'effort d'attention nécessaire à la conduite de l'avion et de l'émotion au départ, à l'atterrissage ou au combat, autant de troubles qui ajouteront leurs réactions physiologiques à celles de l'ascension proprement dite.

b. *Le rythme cardiaque* a été particulièrement étudié par G. Ferry. Cet auteur, après avoir essayé en vain de réaliser en avion la sphygmographie et la cardiographie, a été obligé de maintenir ses recherches à la numération des pulsations. Le nombre des pulsations croît avec l'altitude. Le pouls devient petit et moins perceptible, paraît mou et inégal, mais reste toujours régulier. D'autre part, l'oscillation cardiaque semble d'autant moins accusée que la vitesse de montée est plus rapide, l'effort systolique cardiaque ne s'adaptant que lentement au milieu ambiant modifié. Dans le vol horizontal le pouls varie peu, augmentant seulement sa fréquence pendant la traversée de couches froides, son amplitude devenant ainsi plus grande, lorsqu'aux altitudes peu élevées le vol se prolonge horizontalement. A la descente on constaterait une première et très courte phase d'accélération probablement émotive, puis le pouls diminue progressivement de fréquence lorsque la descente est lente et sans à-coups. Dans la descente on constate le phénomène analogue bien qu'inverse à celui constaté pendant la montée, la décroissance est moins accentuée que dans la descente lente. Après 2 voyages en avion, Ferry a noté une très courte durée d'accélération

cardiaque, durée variable avec la vitesse de descente, les incidents de route, l'altitude. Tous ces faits expliquent facilement les observations d'Etienne et Lamy ayant constaté de l'hypertrophie du cœur chez les pilotes habitués aux hautes altitudes.

La constatation de phénomènes physiologiques relatifs aux modifications de la circulation a posé la question de leur origine. Dès 1903, Lucien Camus avait déjà noté que la dépression barométrique n'exerce qu'une action secondaire sur la pression artérielle, à la suite des troubles chimiques provenant de la perturbation des échanges respiratoires. Bayeux, à l'observatoire du mont Blanc, a donné dernièrement confirmation de cette hypothèse, en faisant des analyses d'urines en série, pendant un long séjour. Mais ces troubles chimiques ne se produisent que tardivement et s'il faut pour une part chercher les causes des perturbations circulatoires dans la dépression barométrique elle-même, il est juste aussi d'attribuer une place importante aux facteurs secondaires qui accompagnent l'ascension, fatigue, émotion, froid, effort psychique, vent, vitesse. Les expériences de Marchoux et Nepper, dans la cloche à dépression barométrique, et les recherches de Paul Carsaux, dans les cloches pneumatiques de l'Institut aérotechnique de Saint-Cyr, ont en effet démontré que la décompression et la recompression ne modifient pas sensiblement la pression artérielle. Conclusions analogues à celles déjà anciennes de P. Bert, reprises plus tard par Ch. Böhr puis par Loewy, qui ne notèrent de troubles importants de l'organisme qu'après un abaissement à un tiers d'atmosphère, les petites oscillations de dépression n'ayant pas une influence considérable sur l'homme.

Les MODIFICATIONS RESPIRATOIRES dues au vol sont celles qui ont frappé le plus rapidement les observateurs. L'étude du mal des montagnes, du mal des aéronautes, avait déjà mis en évidence la respiration courte et anhelante au rythme très augmenté que J.-P. Langlois résumait parfaitement dans ces deux mots : « respiration polypnéique et micropnéique ». La capacité respiratoire diminue naturellement de ce fait que les mouvements d'expansion thoracique sont moins amples, mais l'intensité des phénomènes est fonction variable de l'entraînement physique de l'individu ; ainsi que nous le verrons plus loin on peut trouver un bon critère de la valeur du pilote dans un examen physiologique spécial de sa « valeur respiratoire » (G. Guillain, Martin-Flacks). Les phénomènes internes de la respiration pendant le vol qui avaient fait avant la guerre l'objet de travaux intéressants de Tissot, de Guillemard et Moog, de Goldstein et Zuntz n'ont pas encore donné lieu à une étude où on trouverait peut-être cependant la cause profonde des troubles observés.

Cependant l'examen du sang a déjà prêté à des recherches importantes. La polyglobulie de défense qui avait été signalée par Sellier chez les sujets vivant aux hautes altitudes a été retrouvée chez les aviateurs après un certain temps de vol par Agostino Gemelli, polyglobulie s'accompagnant d'une augmentation du taux de l'hémoglobine et de la présence de globules rouges nucléés. Le métabolisme du sucre a été étudié par Maranon qui a constaté une légère hyperglycémie, qu'il attribue à l'émotion mais qui serait indépendante du vol lui-même.

L'APPAREIL URINAIRE a donné lieu à fort peu d'études encore : Guillemard et Moog dans leurs recherches sur les variations des échanges respiratoires dans les climats de hautes altitudes avaient mis l'oligurie du mal des montagnes sur le compte d'une vaso-construction d'origine toxique due à une formation exagérée et à un défaut d'oxydation des lenconaïnes. L'auto-observation que Ferry donne dans sa thèse apporte une contribution intéressante sur ce sujet. Alors qu'il cherchait « son plafond » dans la cloche pneumatique de Saint-Cyr l'auteur perdit connaissance et présenta dans la suite différents troubles urinaires, urines rares avec décharges uratiques et phosphatiques.

Dans les ORGANES DES SENS les modifications les plus importantes intéressent l'appareil auditif qui doit être étudié séparément en tant qu'organe de l'audition et organe de l'équilibration. La sensation de constriction tympanique qui se montre aussitôt que la pression barométrique diminue est une des premières sensations de l'aviateur, elle s'accompagne quelquefois de bourdonnements, de surdité même, troubles qui s'expliquent facilement par la différence de pression entre le conduit auditif externe et la caisse (Castex, Lacroix). Marchoux et Nepper attribuent un rôle important aux lésions oto-rhino-laryngée dans la genèse des troubles observés chez le pilote, les réactions subjectives et objectives d'origine otique seraient pour eux une des causes de l'hypertension artérielle constatée.

Le sens de l'équilibre présente chez les pilotes une importance considérable, il arrive en effet fréquemment que, perdant le secours de la vue, dans un nuage par exemple, l'aviateur se trouve sans le savoir la tête en bas. Il y avait donc un intérêt considérable à déterminer d'une part les temps de réaction d'un individu aux variations d'équilibre et d'autre part les moyens de déceler l'intégrité absolue de l'oreille interne. Ces recherches ont fait l'objet d'études intéressantes de MM. A. Broca, Maublanc et Ratié d'une part, et, d'autre part, de M. R. Foy ; nous y reviendrons plus en détail en parlant de l'examen médical des pilotes.

Au point de vue de la vision, les aviateurs augmentent par une attention constante leur acuité visuelle (Daulnay, Jacques Soubies). Certains d'entre eux, qui avaient au début de leur apprentissage une grande difficulté pour apprécier la distance, arrivent à se perfectionner assez rapidement, et il serait intéressant de pousser les études médicales dans ce sens, l'appréciation des distances jouant un grand rôle à l'atterrissage.

L'influence du vol sur le SYSTÈME NERVEUX et les réactions psycho-motrices qui en résultent avaient au début de la guerre attiré particulièrement l'attention sous l'influence des travaux de MM. Camus et Nepper. Ils ont donné lieu à des méthodes d'examen que nous analyserons dans la suite.

O. Josué a signalé l'asthénie qui résulte des vols prolongés aux hautes altitudes. Rossolimo et Gemelli ont essayé de mesurer la capacité d'attention des aviateurs. Graeme Anderson a étudié les « aéro-névroses ». R. Cruchet a décrit les névroses des aviateurs qui ne se distinguent pas des phénomènes neurasthéniques et psychosthéniques rencontrés en clinique, il s'agit de surmenés ou de neurasthéniques constitutionnels. Le vol ne crée donc pas une névrose particulière. A part ces recherches disséminées dans le vaste domaine neuro-psychiatrique, on peut dire que dans cette branche rien n'a été fait et que tout reste à étudier.

2° Méthodes employées pour déceler les troubles constatés. — Des différents troubles physiologiques que nous avons étudiés on a déduit des méthodes d'observation pour la sélection des pilotes. Nous les passerons en revue dans les lignes suivantes en nous plaçant au point de vue pratique de l'examen médical du candidat pilote, examen qui doit être aussi complet que possible.

L'intégrité des différentes fonctions de l'économie doit être une condition d'acceptation indispensable. Mais qui dit « intégrité » ne dit pas « développement exagéré », et s'il faut pour piloter un avion être robuste et normalement constitué, il est parfaitement inutile d'être un athlète.

Comme dans tout examen médical complet il faut d'abord rechercher les *antécédents*, et ce dans le double but, non seulement de relever les tares pathologiques qu'ils peuvent déceler, mais encore de montrer les aptitudes sportives d'un candidat qui, par le fait même qu'il est coureur ou nageur, témoigne du bon fonctionnement des systèmes circulatoire, respiratoire et musculaire.

Inversement s'il s'adonne à la boisson il doit être l'objet d'un examen très rigoureux et tout stigmate net d'alcoolisme est éliminatoire. De même chez les fumeurs l'examen du cœur et des vaisseaux prendra une importance toute particulière.

Dans l'interrogatoire du malade il faut surtout s'attacher à la recherche de la syphilis, de la tuberculose ancienne, des troubles digestifs. Ces antécédents pathologiques forceront le médecin à un examen plus approfondi du système nerveux, pulmonaire ou digestif suivant les cas.

Mais le point capital qu'il ne faudra jamais perdre de vue durant tout l'examen est la recherche des moindres symptômes épileptiques en insistant sur la description des malaises, des amnésies qui peuvent être des crises de petit mal ou des équivalents. Inutile de dire que tout symptôme de cet ordre doit constituer une barrière absolue à l'admission du candidat dans le cadre du personnel navigant de l'aéronautique.

Enfin, les antécédents héréditaires eux-mêmes ne devront pas être négligés ; les tares mentales ou les symptômes épileptiques chez les ascendants devront être recherchés tout particulièrement.

Ces différents examens étant faits on procédera à l'*identification* du candidat par la photographie de face et de profil ; et par des empreintes digitales suivant la méthode de Bertillon.

Ces données seront complétées par la description des cicatrices, nævi, appareils dentaires. On y joindra le poids, la taille et l'âge du sujet. Le poids doit être inférieur à 85 kg. et la taille égale ou inférieure à 1m80. Quant à l'âge, il est préférable de n'admettre que des individus jeunes, c'est-à-dire ayant moins de 30 ans ; toutefois si le candidat a déjà fait de l'aviation avant cet âge, le colonel Renard estime qu'il peut être admis quoique plus âgé.

Si l'on ajoute au poids et à la taille la donnée en centimètres de la circonférence thoracique au niveau des mamelons on pourra retirer des indications concernant la complexion générale de l'individu. C'est ainsi que le poids exprimé en kilogrammes divisé par la taille mesurée en décimètres doit fournir un chiffre compris entre 3,6 et 5,0.

De même si l'on additionne le poids en kilogrammes au périmètre thoracique mesuré en centimètres, et que de ce total on retranche la taille exprimée elle aussi en centimètres, le chiffre obtenu doit être inférieur à 20.

Quant aux cicatrices qui pourront être relevées au cours de l'inspection elles trahissent, soit une suppuration ancienne dont il faudra rechercher l'origine, soit une simple atteinte des plans superficiels et le fait n'a alors que peu d'importance, soit encore des adhérences aux plans profonds avec gêne articulaire. Dans ce dernier cas, si l'ankylose (d'après l'interprétation donnée par le guide barême des invalidités) est en position favorable, l'admission est possible. L'ankylose immobilise-t-elle, au contraire, un membre en position défavorable ? L'admission est impossible, le refus obligatoire.

Après avoir fait toutes ces recherches générales, le médecin examinera chaque fonction essentielle de l'économie l'une après l'autre.

L'examen du cœur et des vaisseaux exige un sphygmotensiophone de Vaquez et Laubry et l'oscillomètre de Pachon.

Si l'auscultation du cœur révèle une lésion orificielle même compensée, ou une modification pathologique du rythme cardiaque, le candidat doit être refusé. De même la pression artérielle maximum doit être comprise entre 1^5 et 1^8, la pression minimum entre 8 et 10, la fréquence du pouls entre 60 et 80. Quant à la mesure de l'amplitude oscillatoire et de la pression différentielle elle peut donner d'utiles renseignements, mais ceux-ci ne sont pas assez constants ni précis pour pouvoir constituer des critères absolus d'admission ou de refus d'un candidat.

L'examen des voies respiratoires et des poumons devra retenir tout particulièrement l'attention.

Toute anomalie des voies aériennes supérieures sera corrigée avant l'admission. Si l'examen révèle une bronchite chronique, une tuberculose latente, de l'emphysème, de l'asthme, des adhérences pleurales, le candidat devra être refusé.

De même toute blessure pulmonaire même parfaitement guérie est incompatible avec le vol.

On mesurera également, à l'aide du spiromètre de Verdin, la cavité pulmonaire. Celle-ci doit être supérieure à 3 litres. La tenue respiratoire sera évaluée

à l'aide du manomètre à mercure de Marey. L'index devra rester à 40 mm. au moins 40 secondes, mais il faut, durant cette épreuve, éviter les supercheries possibles en surveillant le gonflement des joues. En « pinçant » les joues on peut, en effet, arriver à hausser le mercure à un niveau très supérieur.

Enfin, on s'assurera de la dilatation du thorax en le mesurant pendant l'inspiration et l'expiration forcée.

L'ÉTUDE DU SYSTÈME NERVEUX ET DE L'ÉQUILIBRATION doit être approfondie.

La force musculaire doit être normale pour tous les segments, à moins qu'une cicatrice ne gêne les mouvements. La sensibilité doit être également intacte; il faut à ce sujet s'attacher à dépister les moindres signes névropathiques; si ceux-ci sont nets le candidat ne devra pas être accepté. Tous les réflexes tendineux et cutanés seront recherchés l'un après l'autre, leur abolition est éliminatoire hormis dans le cas où elle relève d'une blessure musculaire ou d'un tronc nerveux.

Enfin, l'intégrité de fonctionnement des paires craniennes est essentielle, de même il faudra s'assurer de l'état des méninges par la réaction des pupilles à la lumière et à l'accommodation. Enfin, le chronomètre électrique de d'Arsonval permettra d'étudier les réactions psychomotrices. Celles-ci sont importantes, non point par leur valeur intrinsèque, mais surtout par leur constance. De grosses inégalités entre les temps de réaction doivent faire éliminer le candidat.

Il en est de même pour les temps de perceptions des déviations latérales ou pendulaires étudiées par le fauteuil de Broca.

L'examen du vestibule sera effectué à l'aide du pistolet à air de Foy, du fauteuil tournant de Barani et d'une boîte galvanique pour rechercher le vertige voltaïque. Inutile de dire que l'intégrité absolue du labyrinthe est une condition d'acceptation essentielle.

Il faut, de plus, que les temps de réaction soient strictement égaux à droite et à gauche.

L'EXAMEN DE LA VISION consistera à déterminer l'acuité visuelle, toute correction par les verres est interdite. Le champ visuel doit être intact, toute hémianopsie ou scotome est bien entendu éliminatoire de même que la vision binoculaire est indispensable, ce dont on s'assurera par le diploscope de Rémy.

La vision des couleurs doit être parfaite et les individus atteints de daltonisme seront éliminés.

Au point de vue audition, l'examen portera sur le conduit auditif externe et la membrane du tympan. L'ouverture de celle-ci ne constitue pas une contre-indication si les lésions qui en sont cause ne sont pas en évolution et si elle ne diminue pas l'acuité auditive. Celle-ci sera examinée par l'inducteur acoumétrique de Foy qui, en permettant de rechercher brusquement le réflexe cochléo-palpébral, peut servir à déceler les supercheries en révélant une surdité. Il faudra, enfin, compléter cet examen par la recherche de la perception des vibrations du diapason transmise par voie aérienne et voie osseuse.

Enfin, l'examen général du candidat sera complété par une brève *analyse d'urine* comportant la recherche du sucre et de l'albumine.

Les traces de glycosurie sont éliminatoires. Par contre l'albuminurie légère, inférieure à 1 g. avec perméabilité rénale conservée, permet l'admission du candidat, mais une albuminurie même inférieure à 1 g. avec perméabilité rénale insuffisante est éliminatoire.

Nous avons dit que toute trace de syphilis en évolution était incompatible avec le service navigant de l'aéronautique; pour s'en assurer, il ne faudra pas hésiter à faire dans le sérum du sang la séro-réaction de Vernes même après réactivation.

Cette courte Revue générale sur l'influence du vol sur l'organisme et les méthodes d'examen général des pilotes permet de se rendre compte de tout le domaine immense que l'aéronautique a fourni à la science médicale. Ces premiers travaux ouvrent la voie aux recherches que ne manquera pas de susciter dans l'avenir le développement considérable des transports aériens.

BIBLIOGRAPHIE

AGGAZZOTTI (A.). La terapia del male degli aviatori. La ipobaropatia, *Giorn. di med. milit.*, Roma 1918, t. LXVII, p. 183-191.

ANDERSON. The selection of candidates for the air service, *Lancet*, 1918, t. I, p. 395-399; — The medical and surgical aspect of aviation, *Oxford med. publication*.

BERNARD. Problèmes médicaux de l'aviation, *Progrès méd.*, 11 mai 1918, p. 166-170.

BEHAGUE. Moyens actuels d'apprécier les qualités physiques pour la conduite des avions, *Monde méd.*, déc. 1919.

BINET (L.). Le mal des aviateurs et la sélection des pilotes militaires, *Revue gén. des sciences pures et appliquées*, 1917, t. XXVIII, p. 540-545; — L'influence du vol sur l'organisme, *Presse méd.*, oct. 1919.

BONNIER. Capacité manostatique chez les aviateurs, *C. R. de l'Acad. des sciences*, 1911, t. CLII, p. 1498.

BROCA (A.). Mesure des temps de réactions, d'équilibration, *Bull. de la direction des Inventions*, nov. 1919.

CAMUS et NEPPER. L'aptitude physique des candidats à l'aviation militaire, *L'Aérophile*, 15 fév. 1917; — Mesure des réactions psycho-motrices des candidats à l'aviation, *Paris méd.*, 1916.

CAMUS (Lucien). Etude expérimentale de l'influence des variations d'altitude sur la pression sanguine, *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, 1903, p. 643.

CASTEX. Troubles auriculaires chez les aviateurs militaires, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1918.

CROUZON. Note sur la tension artérielle de deux aviateurs après un vol plané de 2.050 m. d'altitude, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1912, p. 530-532.

CRUCHET et MOULINIER. *Le Mal des aviateurs. Ses causes. Ses remèdes*, 1920, librairie Baillière.

ETIENNE et LAMY. Le cœur des aviateurs, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1918, p. 151-153.

FALCHI. Sull'idoneità al servizio di aviazione, *Giorn. di med. milit.*, Roma.

FERRY. Le syndrome mal des aviateurs (étude expérimentale de la tension artérielle), *Th. de Paris*, 1917.

FOY (Robert). Contribution aux méthodes d'examen de l'appareil d'équilibration, *Soc. de biol.*, juin 1919.

GARSAUD. Influence de la dépression atmosphérique sur la tension artérielle, *Soc. de biol.*, 14 juin 1919.

MARCHOUX et NEPPER. Influence de l'intégrité de la muqueuse

rhino-pharyngienne sur l'aptitude des aviateurs au vol, *C. R. de la Soc. de biol.*, p. 668.
MATHIEU DE FOSSEY. L'examen médical des pilotes aviateurs, *L'Aéronautique*, 1919 ; — *Presse méd.*, fév. 1920.
MAUBLANC et RATIÉ. *L'Examen médical des aviateurs, des candidats à l'aviation et des pilotes*, 1920, librairie Baillière.
PRÉVOST (G.). Etude sur l'aviation, *Th. de Paris*, 1919, n° 242.
REYMOND. Les réflexes dans l'aviation, *Bull. méd.*, 1911, p. 975.
RICHET (Ch.). *Hygiène pratique de l'aviateur et de l'aéronaute*, 1912 ; — *Le Vol des oiseaux et les aéroplanes* (travaux du laboratoire de physiologie), 1917, p. 162.
ROUCH. Ecole d'aviation et médecine militaire, *Caducée*, 1911, p. 289.
SISTERON. Considérations sur les causes et l'effet de la fatigue en général et de l'usure organique chez les aviateurs du front, *Paris méd.*, 26 juillet 1919, n° 30, p. 61.
TARA. *Soc. de biol.*, 20 juin 1919.
VILLEMIN. *Soc. de biol.*, 20 juin 1919.
WELLS (H. V.). The flying service from a medical point of view, *Journ. Roy. nav. med. serv.*, 1915, t. I, p. 55-60.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 8 MARS 1920)

Fonction cholestérinogène de la rate. — MM. J.-E. ABELOUS et L.-C. SOULA. Au cours de recherches sur l'action de la sécrétine, les auteurs ont été amenés à constater un fait nouveau : l'injection d'acide chlorhydrique dilué dans le duodénum détermine un enrichissement du sang artériel en cholestérine. Cette augmentation de la cholestérinémie ne se produit pas chez un animal dératé.

Ce fait et des expériences in vitro faites par les auteurs semblent bien démontrer l'existence d'une fonction cholestérinogène de la rate, le foie ne possédant cette propriété qu'à un degré infiniment moindre.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 16 MARS 1920)

Encéphalite léthargique. — M. MARIE présente de la part de M. Marinesco (de Bucarest) une observation d'encéphalite léthargique.

M. VINCENT, de la part de M. Laubry (de Douzenac), présente deux observations d'encéphalite léthargique très graves qui ont été guéries par des injections intrarachidiennes de sérum hétérogène, dans l'espèce de sérum antidiphtéritique.

Les séquelles de l'appendicectomie. — M. ENRIQUEZ estime fréquents les cas d'appendicite chronique opérés sans amélioration consécutive. Les symptômes qui persistent peuvent être réduits à deux types cliniques. Dans l'un, ce qui domine, c'est le mauvais état général avec anémie, légère fièvre vespérale, localement : douleurs avec irradiations abdominales multiples. Ces malades, considérés souvent à tort comme des tuberculeux, sont envoyés parfois dans un sanatorium. En réalité, il s'agit d'un syndrome inflammatoire périappendiculaire, localisé surtout à l'épiploon, associé aussi parfois à des péricôlites adhésives diversement localisées. Dans la seconde variété, les troubles digestifs prédominent : douleurs tardives avec renvois, constipation opiniâtre, crises avec débâcles de glaires ou de mucomembranes, inanition progressive secondaire à la restriction alimentaire, etc. A l'examen, on constate une ptose viscérale généralisée : en résumé, syndrome surtout mécanique.

Le diagnostic des différents états anatomiques auxquels correspondent ces symptômes, ne peut être précisé que par l'examen radiologique ; et à ce propos, M. Enriquez rappelle les caractères spéciaux des images radioscopiques qu'il a observées dans chacune des deux variétés. Il ajoute que l'examen leucocytaire — numération et formule — lui a donné des renseignements intéressants surtout en cas d'épiploïte.

Sans doute parfois à la suite d'interventions tardives à chaud, ou avant le complet refroidissement, un processus inflammatoire banal peut s'installer ou continuer à évoluer après l'opération, mais, en règle générale, les lésions auxquelles répondent ces séquelles — péricôlites adhésives, épiploïte, cæcum mobile, coudure de Lane — existaient avant l'opération, et n'ont pu être favorablement influencées par la seule ablation de l'appendice à travers une incision de 25 à 28 mm., comme cela se pratique souvent.

Pour éviter autant que possible ces insuccès, l'examen radioscopique s'impose avant l'opération chez tout malade soupçonné d'appendicite chronique. Cet examen doit être pratiqué sous l'œil du médecin, et, comme il s'agit d'organes mobiles, il est indispensable de compléter l'examen debout par un examen dans la position horizontale. En second lieu, M. Enriquez conseille d'abandonner ces petites incisions, dites esthétiques, qui ne permettent qu'une exploration difficile et incomplète de la région malade. Et dans certains cas, où la clinique et la radioscopie s'accordent pour incriminer une extension du processus inflammatoire vers le foie, la vésicule, le pylore, le duodénum, et ces cas sont loin d'être exceptionnels, il y a indication formelle de remplacer l'incision de Mac Burney, soit par l'incision médiane conseillée par Walther, soit par l'incision transversale sus-ombilicale droite adoptée par Gosset.

Les épidémies scolaires. — M. AZOULAY lit un travail sur les épidémies scolaires, sur les règlements qui leur sont applicables, sur les mesures d'isolement et de désinfection qui s'imposent, sur les circulaires adressées, à cet effet, aux familles, en un mot sur tout ce qui constitue une action sociale défensive contre les maladies transmissibles.

Principes de la prophylaxie du typhus dans les armées en campagne et leur application à la population civile en temps de paix. — M. ARMAND-DELILLE, qui a été médecin chef du service de bactériologie de l'armée d'Orient, expose les moyens employés par le Dr Sarailhé et lui-même, pour arrêter les épidémies de typhus et leur éclosion en Macédoine. Le principe en est basé sur l'évolution du pou du vêtement, parasite vecteur. On compte 12 jours depuis l'éclosion pour que les poux deviennent aptes à la reproduction.

Chez le soldat en campagne qui ne peut changer de vêtements la nuit, le pou trouve les conditions optima de température constante et de moiteur qui favorisent sa multiplication rapide.

Au contraire nos paysans bien que souvent fort négligents n'ont pas de poux parce qu'ils se déshabillent la nuit et changent de linge chaque semaine.

Dans les troupes, il faut donc détruire les parasites des vêtements par l'étuve à 115°, en employant les groupes bains-douches-désinsectisation. Mais ces appareils ne peuvent être employés dans les tranchées et au front. On peut y suppléer par le repassage au fer chaud des vêtements ; opération qui répétée chaque semaine détruit les générations successives de parasites par une sorte de tyndalisation.

Le Dr Armand-Delille a appliqué le même système de bains-douches-désinsectisation, également avec succès, dans le service des rapatriements d'Evian, pendant la dernière année de la guerre.

L'auteur conclut qu'il sera facile d'arrêter le typhus en France, dans la population civile, tant qu'il sera possible aux

travailleurs de changer de linge chaque semaine et de se déshabiller la nuit. Mais il faut, d'autre part, désinfecter énergiquement à la frontière, comme on l'a fait pour les rapatriés, les émigrants polonais qui pourraient arriver parasités ou infectés, et leur interdire de se coucher sans se déshabiller ou de se succéder par équipes dans les mêmes lits, comme cela se pratique souvent pour les ouvriers mineurs de certaines contrées neuves ou appauvries, conditions qui pourraient se trouver dans les régions dévastées.

Elections. — L'académie procède à l'élection de 3 membres nationaux dans la 2e division.

Sont élus MM. Truc (de Montpellier), Léon Imbert (de Marseille) et Moure (de Bordeaux).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 13 MARS 1920)

Encéphalite hémimyoclonique du type alterne. — MM. SICARD et KUDELSKI présentent un malade atteint de clonie rythmique de la moitié gauche de la face avec paralysie du nerf facial et du nerf moteur oculaire externe du même côté et clonie rythmique du membre supérieur opposé droit. Il n'existe ni troubles délirants, ni élévation thermique, ni léthargie. L'insomnie est au contraire complète. L'affection a débuté brusquement il y a huit jours restant jusqu'à présent ambulatoire avec un état général satisfaisant. Le liquide céphalo-rachidien présente de la dissociation albumino-cytologique au profit de l'albumine avec glycose légèrement augmentée. Il s'agit donc d'une forme réalisant sous la modalité myoclonique le syndrome protubérantiel inférieur du type Millard-Gubler.

Statistique des cas d'encéphalite épidémique. — M. SICARD a eu l'occasion d'observer, depuis le mois de décembre 1919, 23 cas d'encéphalite épidémique : 9 cas de la modalité myoclonique qu'il a décrite (6 morts et 3 guérisons; les cas de guérison ont seuls reçu du sérum intrarachidien de convalescents); 6 cas de la modalité oculo-léthargique (Netter) (5 guérisons et 1 mort, le seul traitement a été l'urotropine); 8 cas de la modalité mixte (5 guérisons parmi lesquelles 2 cas ont été traités par le sérum intrarachidien, 3 morts). 3 autres encéphalitiques sont en cours évolutif. Ce bilan montre que les formes myocloniques pures surtout avec secousses diaphragmatiques comportent un pronostic plus grave que les modalités classiques léthargiques.

Episodes méningés tuberculeux curables au cours de la tuberculose pulmonaire. — MM. DE MASSARY et LÉCHELLE rapportent 3 observations de méningite tuberculeuse chez des tuberculeux pulmonaires avérés dans lesquelles une première atteinte fut suivie de rémission de durée variable. Dans 2 cas l'autopsie put être pratiquée, une seconde poussée mortelle étant survenue. Elle permet de vérifier le diagnostic confirmé d'avance par la constatation directe du bacille. Dans la 3e observation où la présence du bacille de Koch fut mise en évidence par l'examen bactériologique direct, la guérison se maintient depuis plus de 5 mois.

Lésions vertébrales et torticolis spasmodiques ou mentaux. — MM. P. MARIE et A. LÉRI présentent 7 malades atteints de torticolis spasmodique ayant plus ou moins les caractères des torticolis, dits « mentaux ». Dans ces 7 cas la tête a conservé une mobilité passive et même active complète ou presque complète. Or dans les 7 cas les auteurs ont pu mettre en relief par la radiographie l'existence d'une lésion induite de la colonne vertébrale cervicale. La lésion simple ou multiple siège surtout entre C^3 et C^5 tantôt sur le corps, tantôt sur les apophyses d'une ou plusieurs vertèbres, elle est très variable d'aspect. Quant à sa nature il s'agit certainement dans certains cas de rhumatisme vertébral chronique, peut être parfois du mal de Pott. Dans un cas il y avait une ossification dans le tendon et le muscle sterno-cléido-mastoïdien.

Examen de l'hypophyse dans deux cas d'encéphalite léthargique. — MM. P. MARIE et TRÉTINKOFF. Dans les 2 cas l'organe ne présentait aucune lésion importante sauf une congestion diffuse. Aussi l'hypothèse qui attribue à l'hypophyse un rôle prépondérant dans la production de la narcolepsie se trouve ici nettement infirmée.

Ophtalmoplégie familiale et congénitale. — MM. CROUZON et P. BÉHAGUE présentent deux malades atteintes d'une ophtalmoplégie complète congénitale; ces malades appartiennent à une famille dont plusieurs membres sont déjà connus dans la littérature médicale et ont fait l'objet du mémoire de MM. Chaillous et Pagniez (*Iconographie de la Salpêtrière*, 1905). L'une des deux malades présentées n'avait pu être observée en 1905; son observation est donc inédite et se rapproche complètement de celles des autres membres de la famille. La 2e malade était âgée de 20 mois quand son observation fut prise; son état oculaire paraît actuellement le même qu'en 1905. Cette présentation est une contribution à l'histoire de cette famille atteinte d'ophtalmoplégie congénitale dans 3 générations.

Sur l'importance des doses de sérum antidiphtérique injectées par voie intramusculaire et sous-cutanée. — M. ARMAND-DELILLE a employé systématiquement les injections intramusculaires dans le traitement de la diphtérie. Il a constaté la rapidité d'action du sérum injecté par cette voie, mais il insiste sur la nécessité de faire le lendemain une injection sous-cutanée d'une assez forte dose de sérum, afin d'éviter les paralysies tardives qui peuvent résulter de l'élimination trop rapide de l'antitoxine, introduite par la voie intramusculaire.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 10 MARS 1920)

Désarticulation temporaire du pied. — M. THIÉRY, à propos d'un rapport fait dans la dernière séance par M. Delbet, considère plutôt, avec M. Bazy, l'opération, dont il s'agit, comme une réaction. Elle consiste, en effet, à enlever les os malades. Or, il y a 27 ans que M. Thiéry a recours à ces opérations.

M. HALLOPEAU a eu recours à une opération de ce genre dans un cas d'affection tuberculeuse à marche aiguë. Il s'agissait d'une arthrite tibio-tarsienne.

Ostéite fibro-kystique de la tête humérale. — M. LAPOINTE a présenté, dans la dernière séance, un jeune garçon qui était atteint d'une tumeur de la tête humérale dont le diagnostic était incertain. Il l'a opéré. Il est tombé dans une cavité osseuse sans liquide, sur la coque de cette cavité se trouvaient quelques caillots fibrineux. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait, non d'un sarcome, mais d'un tissu purement fibreux, c'est-à-dire d'une ostéite fibro-kystique.

Appareil pour la luxation de la hanche. — M. OMBRÉDANNE fait un rapport sur une instrumentation présentée par M. Lance pour la réduction des luxations congénitales âgées. L'appareil est basé sur le même principe que celui de Lambret pour les fractures de jambe. Une vis implantée dans l'épine iliaque postérieure et supérieure et une broche de Stiennmann traversant les condyles du fémur sont réunis par une tige à extension à vis. En 3 ou 4 jours, l'abaissement de la tête fémorale est obtenue avant de procéder à la réduction.

Ulcère perforé du côlon. — M. PROUST analyse une intéressante observation, présentée dans l'une des dernières

séances, par M. Soupault. Il s'agit d'une perforation intéressante ; M. Soupault l'opéra d'urgence. Il y avait du liquide dans le ventre et, à l'origine du côlon ascendant, existait un ulcère perforé, par lequel s'échappaient des gaz et du liquide intestinal. M. Soupault aveugla la perforation, la sutura, l'enfouit et enleva l'appendice. Guérison.

M. Proust fait observer que cette question des ulcères perforés du côlon a été peu étudiée. En dehors du travail de MM. Quénu et Duval, il existe bien peu d'observations. M. Proust n'a pu en réunir que 7 dans lesquelles il y a eu intervention.

Ces ulcères simples du côlon, d'après les quelques faits observés, se rencontreraient sur d'anciens constipés. L'anatomie pathologique est à faire. Le diagnostic est souvent difficile. Les accidents peuvent se confondre avec ceux de l'appendicite. La question mérite d'être étudiée.

M. Louis Bazy a relevé à Beaujon 5 observations d'ulcères simples du côlon, plusieurs chez des gens âgés. Il cite plusieurs observations, dans lesquelles, malgré la laparotomie d'urgence, les malades ont succombé. Ces ulcérations du côlon sont donc d'une extrême gravité. Il résulte de ces faits que les ulcères du gros intestin ne sont pas aussi rares qu'on pourrait le croire.

M. Grégoire apporte une observation d'ulcère du côlon pelvien : symptômes d'une péritonite généralisée. Laparotomie : on trouva le petit bassin plein de matières fécales. On trouva, sur le gros intestin, une perte de substance de la dimension d'une pièce de 50 centimes, on l'aveugla, on ferma le ventre, avec drainage. Mort par suppuration.

M. Sieur apporte l'observation d'un officier, gros mangeur et habituellement constipé, qui fut pris brusquement d'accidents très graves. Il fut envoyé dans un hôpital où, en raison de la gravité de son état, on n'osa pas l'opérer. Il est mort en 3 jours. A l'autopsie, on trouva un ulcère perforé sur le cæcum : il y avait des matières fécales dans le ventre. Rien du côté de l'estomac, rien du côté de l'appendice.

M. Quénu estime que ces ulcères du gros intestin sont plus communs qu'on ne croit.

Les accidents résultant d'un ulcère perforant du côlon peuvent être confondus avec des accidents d'origine appendiculaire. Ces malades, avant la perforation de l'ulcère, présentent certains symptômes, la constipation habituelle, de fréquentes coliques, si bien qu'il y aurait intérêt à faire examiner leurs selles au point de vue de l'hématine. Il faut aussi penser aux adhérences que peuvent présenter ces malades. C'est ainsi que chez un malade, auprès duquel M. Quénu a été appelé avec Berger, malade qui se plaignait de douleur dans le ventre, de constipation, 6 mois après une laparotomie ayant été pratiquée d'urgence pour des accidents aigus très graves, M. Quénu trouva une bride formée par des adhérences épiploïques. La bride fut coupée, et le malade guérit.

M. Delbet a constaté, il y a 25 ans, une perforation du cæcum chez un malade qu'on croyait atteint d'appendicite.

Anesthésie par le protoxyde d'azote mélangé à l'oxygène. — M. Cunéo fait un rapport sur un travail de M. Desmarest relatif à ce mode d'anesthésie qui lui a donné de très bons résultats, qui est très bien supporté, qui est suivi d'un réveil sans aucun malaise et qui est surtout avantageux par son innocuité.

M. Lardennois, en 1917 et 1918, étant aux armées avec les Anglais, a eu recours, dans plus de 300 cas, à ce mode d'anesthésie qui lui a donné toute satisfaction : pas d'accidents, pas de modification de la tension artérielle, réveil parfait, presque pas de vomissements, aucun trouble consécutif. Comme exemple, M. Lardennois cite le cas d'un ténor de l'Opéra-Comique qui, ayant été opéré le matin pour deux blessures graves avec cette anesthésie, a pu, dans la journée, chanter la *Marseillaise* à l'occasion du départ des troupes pour le front.

M. Heitz-Boyer a obtenu de très bons résultats d'un mélange de protoxyde d'azote et d'éther chez les urinaires.

M. Tuffier, pendant la guerre, s'est servi du même mélange avec succès.

M. Baudet l'emploie depuis 15 ans.

M. Quénu fait observer que c'est une méthode ancienne et rappelle les expériences de Paul Bert. Ce qui rend particulièrement intéressant cet anesthésique, c'est qu'il est le seul qui n'abaisse pas la tension artérielle (1).

Traitement des fibromes par la radiothérapie. — Pour M. Baudet, le seul traitement des fibromes est l'hystérectomie. Sur 130 hystérectomies, il ne compte que 4 morts, soit environ 3 p. 100. Il faut distinguer les fibromes simples et les fibromes compliqués. Pour les fibromes simples, 30 opérations sans un seul décès. La radiothérapie peut être très dangereuse dans les fibromes simples, elle n'agit qu'en arrêtant les hémorragies. Mais elle n'exerce aucune action sur le fibrome lui-même. En somme, M. Baudet reste très interventionniste.

M. Delbet fait un rapport sur un cas présenté par M. Kotzarès, dans lequel la radiothérapie aurait favorisé la transformation d'un fibrome en épithélioma.

M. Delbet affirme, contrairement à M. Beclère, que la radiothérapie ne guérit pas 96 p. 100 des fibromes. Beaucoup de radiothérapeutes croient avoir guéri des fibromes que les chirurgiens sont obligés d'opérer ultérieurement. Il est donc impossible d'établir des statistiques précises. Les adhérences intestinales ne constituent donc pas une contre-indication à la radiothérapie.

M. Delbet rappelle que M. Chifoliau rejette de parti pris la radiothérapie appliquée aux fibromes, se basant sur ce fait que, sur 100 malades traités par les rayons, il y a plus de morts que sur 100 malades opérés; dans les cas de fibromes compliqués de cancers et ayant été traités par la radiothérapie, on ne saurait affirmer que c'est elle qui a été la cause de cette complication.

Mais quel est l'avenir éloigné des malades traités par les rayons? C'est là encore une inconnue, on sait déjà que des malades, traités par les rayons et ayant semblé en avoir obtenu de bons résultats, ont vu, après, leur fibrome grossir. Il est acquis qu'alors même que le fibrome n'ait pas diminué sous l'influence des rayons, on obtient généralement l'arrêt des hémorragies. C'est, en quelque sorte, une monopause anticipée.

Une des conclusions de M. Delbet est qu'il faut être trois fois sûr du diagnostic de fibrome pur avant de recourir à la radiothérapie; dans les cas où on soupçonne des lésions d'autres organes, mieux vaut l'opération.

Quoi qu'il en soit la radiothérapie et mieux encore la radiumthérapie peuvent rendre des services.

(1) M. Quénu a bien voulu rappeler les expériences de Paul Bert. On aurait pu aussi citer les noms de Péan et de M. Regnard. C'est Péan, en effet, qui après avoir essayé le mélange de protoxyde d'azote et d'éther, a, le premier, sur le conseil de Paul Bert, employé le protoxyde d'azote sous pression. Et c'est à Saint-Louis et non à Beaujon que Péan a fait installer une cloche où il a pratiqué un grand nombre d'opérations. Ayant assisté Péan dans toutes ces expériences, je puis dire que l'anesthésie par le protoxyde d'azote sous pression est très bien supportée et ne trouble en rien les malades, ni pendant, ni après. C'est la complication de la cloche qui a fait abandonner cette excellente méthode d'anesthésie.

(Note du Réd.)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 28 FÉVRIER 1920)

Erythrémie ou maladie de Vaquez. — M. VAQUEZ présente une malade atteinte d'érythrémie avec splénomégalie. Cette malade, âgée de 40 ans, a commencé en 1918 à présenter des douleurs vives au niveau des orteils avec des hémorragies gingivales. Il insiste tout particulièrement sur le facies spécial de la malade, l'aspect vermillon du fond de la gorge et les lésions caractéristiques du fond de l'œil. Chez cette malade, le chiffre des globules rouges atteint 12 millions. A propos de cette présentation, M. Vaquez refait l'histoire de l'érythrémie qu'il a décrite le premier, en montrant combien l'étiologie en est encore obscure, et le traitement peu efficace; en tous cas, le pronostic en est toujours très sombre.

Les maladies de la cinquantaine. — M. Arthur LECLERCQ établit que le premier lot de ces maladies dites de nutrition, goutte, affections paragoutteuses, obésité, diabète, constitue des réactions de défense de l'organisme. Le diabète ne résulte pas de l'abus des féculents, mais de l'abus des aliments azotés. Chez les hypertendus à gros foie, il fait disparaître le sucre par le régime lacté, même par le régime féculent, mais sans viande. Le diabète n'est pas une maladie, mais une défense de l'organisme qui réemploie et métabolise les déchets et poisons alimentaires à l'état de sucre, empêchant ou retardant ainsi l'artériosclérose et ses complications.

Statistique des trois dernières années de radiothérapie des fibromes utérins. — M. E. LACAILLE a traité ainsi depuis ces 3 dernières années 60 cas avec succès. Il divise ses malades en deux groupes : les femmes de 20 à 40 ans chez lesquelles il se contente de régler les époques (respectant la fonction ovarienne au point qu'une des malades vient enceinte et mène sa grossesse à terme), les femmes approchant de la ménopause, chez lesquelles il pousse hardiment le traitement jusqu'à cessation des époques. Les prétendues complications ne sont pas dues à la radiothérapie, mais bien plutôt à des erreurs d'interprétation par les détracteurs de la méthode.

M. DE KEATING-HART croit aux excellents résultats dans beaucoup de fibromes traités par la radiothérapie ; mais la question de technique se pose, irradiation des seuls ovaires pour les uns, du fibrome seulement pour les autres. Il y a intérêt, d'après l'auteur, selon l'âge, soit à traiter la tumeur, soit à provoquer la ménopause.

M. ZIMMERN insiste sur la différence entre les traitements anciens et récents, les uns intervenant sur la tumeur, les autres, sur les ovaires. En tout cas, il conteste la possibilité de l'évolution sarcomateuse sous l'influence de l'irradiation. On a trouvé des coexistences de fibromes et de cancer du col ayant passé inaperçu, et ayant suivi son développement naturel pendant que les rayons amenaient la ménopause et réduisaient la tumeur.

M. GASTOU attire l'attention sur la nécessité de bien fixer le diagnostic de fibrome avant d'établir un traitement. Certaines hypertrophies utérines sont dues à la syphilis et justiciables d'un traitement spécifique.

M. OZENNE est du même avis : la syphilis de l'utérus et de ses annexes est encore mal connue; elle atteint l'utérus à toutes ses périodes, processus gommeux, sclérose ou angiosclérose hypertrophique, s'accusant principalement par des hémorragies utérines que le traitement spécifique seul peut arrêter. Le traitement est suivi de guérison sans qu'il soit nécessaire de recourir à une intervention chirurgicale.

Réactions musculaires chez les sourciers. — M. LEPRINCE, à propos d'un travail de Marage et d'une expérience de Abrams, pense que chez certains individus à réflexes exagérés les réactions musculaires sous l'influence de l'eau se produisent facilement et se manifestent par de petits tressaillements et des plissements de la peau des membres supérieurs. C'est une sorte de radioactivité et Abrams a désigné ces réactions sous le nom de réactions électroniques.

(SÉANCE DU 12 MARS 1920)

Traitement de la goutte. — M. GUELPA présente une malade atteinte de goutte avec déformation considérable des deux mains, très améliorée par son traitement, ainsi qu'en témoignent les radiographies. Quelques collègues pensent que le diagnostic de goutte est douteux et qu'il s'agit peut-être de rhumatisme déformant. L'amélioration mérite néanmoins d'être notée.

Les accès de fatigue d'origine hépatique. — M. Roger GLÉNARD (de Vichy) pense que ce sont les manifestations morbides les plus fréquemment rencontrées au cours des poussées légères de congestion hépatique. La fatigue hépatique survient surtout par accès périodiques, de préférence le matin au réveil et après les principaux repas. Le début des accès est rapide : brusquement, lassitude extrême avec lourdeur des membres et envie de dormir. Ces accès durent peu. Ils sont en rapport direct avec les causes de surmenage hépatique et s'accompagnent des troubles habituels dans les cas de ce genre : le foie est généralement le siège d'une tension douloureuse, la palpation le décèle anormal. Cette fatigue hépatique est due à une auto-intoxication par insuffisance fonctionnelle du foie et comporte comme traitement le sulfate de soude, le bicarbonate de soude, les cures thermales, un régime alimentaire sévère, l'hydrothérapie, un exercice modéré et une mise au repos du système nerveux qui empêchent la maladie hépatique de passer à la chronicité avec les dangers que celle-ci comporte pour l'avenir.

Cures thermales et glandes endocrines. — Par des exemples tirés d'Aix-les-Bains, Bourbon-l'Archambault, Vichy, Bagnoles-de-l'Orne, Luxeuil, Salies-de-Béarn, Royat, Divonne, M. LÉOPOLD-LÉVI montre que suivant leur mode d'application les cures thermales exercent sur les glandes endocrines, et par leur intermédiaire, une action de régulation ou d'excitation favorable ou nuisible. Il étudie le mécanisme des poussées thermales qui font intervenir les glandes endocrines et particulièrement la thyroïde dans leur production et fixe la posologie thermale qui doit être calquée sur la posologie thyroïdienne.

M. JOLY a constaté le rôle favorable des cures thermales, de Bagnoles en particulier, dans les cas d'hypofonction des glandes endocrines.

Statisme et dynamisme des minéraux biotiques. — M. LEMATTE met en valeur le rôle des métaux en biologie. Il donne à la notion de terrain organique une idée concrète en calculant tous les métaux et les métalloïdes qui entrent dans la composition de l'individu normal. On a ainsi la valeur du kilogramme de matière vivante.

M. René GAULTIER. Ces choses ne sont pas ignorées en diététique, M. Bertrand ayant rappelé récemment le rôle des infiniment petits chimiques dans l'alimentation.

Instrument pour l'électro-dilatation urétrale. — M. MINET.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 27 FÉVRIER 1920)

Tumeur maligne des ovaires. — MM. ROUX et VINON.

Les muscles de l'épisome chez les primates. — M. Henri-V. VALLOIS.

Encéphalite léthargique. — MM. Ducamp et Blouquier de Claret présentent des pièces prélevées à l'autopsie d'un jeune malade de 13 ans, décédé après une courte évolution d'une maladie de Netter clinique (sommeil profond, syndrome oculaire complet, état fébrile).

L'examen du liquide céphalo-rachidien donne : albumine 0g25, chlorures 7g4, lymphocytes 61 au Nageotte. Aucun germe à la culture.

Les lésions rencontrées sont celles habituellement décrites dans la maladie de Netter (lésions de congestion diffuse avec prédominance au niveau du mésocéphale).

Microscopiquement : manchons périvasculaires leucocytaires, en aucun point folliculaire tuberculeuse.

Discussion sur l'encéphalite léthargique. — M. Rauzier relate l'observation d'une jeune fille de 12 ans qu'il a observée il y a plus de 2 ans (début par céphalée violente, diplopie, puis paralysies oculaires complètes avec ptosis, somnolence invincible). Liquide céphalo-rachidien, chimisme normal. Nageotte II. M. Rauzier porta le diagnostic de polio-encéphalite supérieure (la maladie de Netter n'avait pas été décrite à cette époque, l'évolution fut favorable).

MM. Rauzier et Giraud présentent un petit malade âgé de 15 ans, chez lequel on aurait pu penser à l'encéphalite léthargique en raison du tableau clinique. Liquide céphalo-rachidien : grosse réaction méningée ; Wassermann positif ; excellents effets du traitement antispécifique.

M. Bosc insiste sur l'intérêt de l'étude histologique des pièces d'autopsie, qui peut expliquer un certain nombre de symptômes observés.

M. Rimbaud donne des nouvelles du malade qu'il observe actuellement. Des examens répétés du liquide céphalo-rachidien donnent une diminution très nette de la réaction méningée. Il y a hyperglycorachie mais apparente, car il y a hyperglycémie, et le rapport entre le glucose du sang et celui du liquide céphalo-rachiden est normal (0,53). M. Rimbaud insiste sur la localisation prédominante de l'affection au niveau du noyau du moteur oculaire commun. La paralysie oculaire semble, et en particulier celle du releveur, imprimer son caractère particulier à la maladie de Netter. Il s'agit bien d'une polio-encéphalite aiguë dont les relations avec certaines infections comme la grippe ne font pas de doute.

M. Rauzier fait remarquer que, chez sa malade, la paralysie du releveur a précédé de plusieurs jours le sommeil.

M. Bousquet, chez un malade qu'il observe, a pu voir des paralysies de la face, de la langue, etc., succéder aux paralysies oculaires, indice de la progression de la lésion vers le bulbe. Ces manifestations sont fugaces, changeantes, en rapport avec des phénomènes congestifs au niveau du mésocéphale ; elles ne paraissent pas en rapport avec la grippe.

M. Vires lit quelques extraits du livre de médecine de Sydenham. Il y est question d'une fièvre symptomatique de la grippe se manifestant par de la léthargie ; ce pronostic était souvent fatal. L'analogie avec la maladie de Netter est évidente.

M. Derrien dit quelques mots au sujet des recherches qu'il fait actuellement sur la glycorachie dans l'encéphalite léthargique. Jusqu'à présent, il semble bien que le rapport entre le glucose du sang et le glucose rachidien soit normal dans l'encéphalite léthargique, contrairement à ce qu'on observe dans les méningites aiguës (réserve faite pour les méningites syphilitiques).

COMITÉ MÉDICAL DES BOUCHES-DU-RHONE

(ORDRES DU JOUR DES SÉANCES DE JANVIER 1920)

9 janvier. — M. S. Costa : Rhumatisme blennorragique. Traitement par un vaccin inédit.

M. le prof. Aubaret : Deux cas de fistules cornéennes guéries.

M. le prof Roger et M. Masini : A propos de la pathogénie tuberculeuse des énostoses ostéophytiques.

16 janvier. — M. de Vernejoul : Traitement d'une lésion cranio-cérébrale par intervention et suture sans drainage.

M. Dupeyrac : Le radium dans le traitement du cancer, ses indications.

23 janvier. — M. S. Costa : Vaccinothérapie du rhumatisme blennorragique. Présentation de malades.

M. le prof. Sicard (de Paris) : Traitement des varices par les injections intraveineuses de carbonate de soude.

M. le prof. Roger : Quelques mots d'historique à propos des injections de carbonate de soude.

MM. Rouslacroix et P. Vaudey : Hémiplégie d'origine indéterminée chez un jeune homme de 17 ans, très améliorée par la craniotomie.

30 janvier. — Conférence mensuelle : Où en est la question de l'appendicite chronique? par M. Aubert, chirurgien des hôpitaux.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 22 AU 27 MARS 1920

THÈSES

Lundi 22 mars. — Jury : MM. Richet, président ; Letulle, Couvelaire et Tiffeneau. — M. Lahaye (Paul). Réflexions au sujet d'un cas d'hermaphrodisme tubulaire masculin interne. — M. Galland (François). L'extension de la tuberculose dans les campagnes. — M. Pierson (René). Quelques recherches sur le lait. — M. Boeda (Fernand). De la pyélonéphrite chez les femmes en état de gestation. — M. Rousseau (Jean). Les tensions intrapleurales.

Mercredi 24 mars. — Jury : MM. Letulle, président ; Sebileau, Labbé (M.) et Branca. — M. Filleul (Charles). Contribution à l'étude des stomatites. — M. André (Jean). Contribution à l'étude des greffes cutanées. — M. Voyer (Paul). De la nature bacillaire de l'érythème noueux. — M. Petit-jean (Paul). Contribution à l'étude de la perforation tuberculeuse.

Jeudi 25 mars. — Jury : MM. Hutinel, président ; Marfan, Nobécourt et Champy. — M. Gustin (Louis). L'ictère catarrhal à forme prolongée dans la seconde enfance. — M. Picard (Joseph). A propos de quelques cas d'encéphalite léthargique. — Mme de Rio-Branco. Traitement de la syphilis héréditaire chez le nourrisson. — M. Dantier (J.). Contribution à l'étude de l'influence de la grossesse sur la tuberculose.

Jury : MM. Achard, président ; Teissier, Duval et Brumpt. — MM. Amat (Paul). Quelques remarques sur la pathologie de l'Oued-Rhir. — M. Foucher (Emile). Contribution à l'étude de la douleur et des spasmes dans les moignons d'amputation. — M. Giraud (Constant). Contribution au traitement de la filariose. — M. Ramadier (Henri). Traitement des pseudarthroses de l'humérus. — M. Lavergne (Marcel). Contribution à l'étude de certaines réactions méningées de l'enfance.

Samedi 27 mars. — Jury : MM. P. Marie, président ; Bezançon, Richaud et Jeanselme. — MM. Joakinopoulo (Elie). Les syndromes cérébelleux dans la paralysie générale. — Schoux (Robert). Contribution à l'étude clinique de l'épidermophytie inguinale. — M. Lespinasse (François). Contribution à l'étude des fausses actinomycoses. — M. Marx (Lucien). Réaction de Wassermann et paludisme. — M. Limanouski (S.). L'épidémie de grippe de 1918-1919.

AVIS

En raison de l'élévation des frais d'affranchissement, pour éviter toute correspondance inutile, il ne sera répondu aux demandes de numéros que lorsqu'elles seront accompagnées du montant de ces numéros en timbres-poste ou mandat.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.



Essai d'urologie pathologique des pays chauds, par le Dr Joseph KHOURI, de l'Université de Paris. 1 vol. gr. in-8 de 185 pages. — Prix : 6 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Petit Atlas céleste. Introduction sur les sur les constellations, les moyens de les reconnaître, etc., par M. G. BIGOURDAN, membre de l'Institut et du Bureau des longitudes. 2e édit. In-8 carré (225×140) de 56 p., avec 5 cartes en coul. — Prix : 2 fr. (major. temp., 50 p. 100). — Paris, Gauthier-Villars et Cie.

La Croissance, par le Dr L. DUFESTEL, secrétaire général de la Société des médecins inspecteurs des écoles de Paris. In-18 gr. jésus de 300 p. avec 20 fig. dans le texte. (Encyclop. scient. Bibliot. de physiol.) — Prix : broché, 7 fr. 50; cart. toile, 8 fr. 50. — Paris, G. Doin.

Aux Dardanelles, à Lemnos, sur les bords du Vardar, souvenirs de guerre 1915-1916-1917. Notes extraites d'un carnet de route par le Dr PEAUDELEU. — Nice, Imprimerie, 40, place d'Armes.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 15 francs par an. Étudiants étrangers, 20 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 6 fr. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 20 mars. — MM. Weil (P.), 17; Laroche, 20; Bénard (René), 17.

Séance du 21 mars. — MM. Chiray, 20; Debré, 19; Ameuille, 20; Duvoir, 18.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HOPITAUX. — *Lecture des copies.* — Séance du 18 mars. — MM. Mornard, 23; Capette, 27; Houdard, 26; Pascalis, 23.

Séance du 20 mars. — MM. Monod, 29; Mercadé, 23; Mondor, 28; Guimbellot, 20.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Lecture des copies.* — *Anatomie.* — Séance du 19 mars. — MM. Lefèvre, 9; Pecker, 11; Plichet, 14; Girard, Bétoux et Pierre, 13; Prieur, 14.

Séance du 20 mars. — MM. Garlopeau, 12; Marquézy, 13; Winter et Dubois (H.), 12; Bertrand (L.), 13; Duchon, 12.

Pathologie. — Séance du 18 mars. — MM. Wallon (E.), 11; Joannon, 12; Hirschberg, 13; Morice et Castéran, 11; Vigneron, 12; Engelhard, 13; Benoiste-Pilloire, 12; Marquézy, 14.

Séance du 20 mars. — MM. Tassin, 10; Coriat, 8; Reverdy, 10; Valière-Vialeix, 11; Bardon, 13; Cochez, 14; Gourdin, 8; Duval, 13.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 17 mars. — Question donnée : « Symptômes et diagnostic de l'hémoptysie. »

MM. Verger, 9; Simian, 7; Richard, 13; Thoral, 11; Mlle Roudinesco, 13; M. Tsokanakis, 11; Mlle Steinmetz, 19; M. Roussel (A.), 9; Mlle Tisserand, 14; MM. Rigal, 13; Vaucel, 11; Mlle Saint-Laurens, 10; M. Rosier, 16; Mlle Tournilhac, 14; M. Roby, 7; Mlle Rodet, 16; MM. Touchard, 7; Salathé, 16; Tissier, 15.

Séance du 18 mars. — Question donnée : « Complications de la blennorragie chez l'homme et la femme. »

MM. Auber (Léon), 8; Vanbockstael, 18; Sallard (J.), 10; Soullier (J.), 13; Salvan, 11; Thévenard, 18; Thérin (J.), 16; Riéra, 8; Souty, 12; Restoux, 13; Mlle Reitlinger, 11; MM. Thélémaque, 7; Renault, 17 1/2; Schtermann, 7; Mlle Soufland, 12; M. Retil, 13; Mlle Richert, 12.

Anatomie. — Séance du 18 mars. — Question donnée : « Muscle sterno-cléido-mastoïdien. »

MM. Imbert (Joseph), 10; Hendlé, 15 1/2; Imbert (A.), 14; Guérin, 16 1/2; Guéneau de Mussy, 13; Auber (Léon), 8; Gorostidi, 9; Hamonic, 14; Holodenko, 17; Mlle Grieouroff, 10 1/2; MM. Ghouila (Henri), 16 1/2; Gallot (Jean), 19; Farrant (J.), 17 1/2; Gauran, 11 1/2; Filliol, 12; Ivanichevitch, 13 1/2; Hamburger, 17 1/2; Has, 19; Mlle Gelé de Francony, 12.

— PRIX CIVIALE. — Le prix est attribué à M. Quénu, interne de 4e année.

CONCOURS DE L'ADJUVAT DES ASILES. — ÉPREUVE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE. — 1re séance du 16 mars. — Question donnée : « Formes cliniques et traitement de l'asystolie. »

MM. Borel, 12; Teulière, 11; Mirc, 12; Morel, 13; Sengès, 12; Pignède, 17; de Mourgues, 13; Mlle Bouderlique, 17; MM. Eissen, 16; Martin, 10; Beaurain, 12 1/2.

2e séance du 16 mars. — Question donnée : « Symptômes et diagnostic de la tuberculose intestinale. »

MM. Bonhomme, 13; Gourion, 14; Vian, 16; Abély, 12 1/2; Beaudouin, 17; Quercy, 19; Gilles, 14; Livet, 13; Montibert, 12; Raynier, 16.

1re ÉPREUVE CLINIQUE. — 1re séance du 17 mars. — MM. Martin, 10; Gilles, 18; Mlle Bouderlique, 13 1/2; M. Morel-Kahn, 14.

2e séance du 17 mars. — MM. Sengès, 13; Mirc, 10; Livet, 19; Eissen, 14.

1re séance du 18 mars. — MM. Malespine, 11; Morel, 10; Jourdran, 13; Teulière, 11.

2e séance du 18 mars. — MM. Mourgue, 12 1/2; Lautier, 17; Courjon, 19; Piquemal, 15.

1re séance du 19 mars. — MM. Pignède, 18; Vian, 13; Beaudoin, 21; de Mourgues, 19.

2e séance du 19 mars. — MM. Raynier, 14 1/2; Quercy, 11; Montibert, 13; Abély, 18.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LEÇON INAUGURALE DU COURS D'HYGIÈNE

L'hygiène, de nos jours, prend une place prépondérante dans notre profession. M. Léon Bernard, dans sa leçon inaugurale, en a fait une brillante démonstration.

Il faut croire que l'enseignement de l'hygiène, à la Faculté, a cet avantage, sur beaucoup d'autres, d'intéresser la sphère gouvernementale, car M. Breton, ministre de l'hygiène, est venu honorer de sa présence cette première leçon.

M. Bernard, en débutant, se reporte d'abord au temps où il mit, pour la première fois, les pieds dans ce cher vieil amphithéâtre.

A sa joie d'y pénétrer aujourd'hui comme professeur se mêle l'anxiété de la charge à remplir, des obligations qui s'imposent. Il prend l'engagement solennel d'y apporter toute sa bonne volonté, toute son énergie.

N'oublions pas, dit-il, que la France, dans sa gloire, reste meurtrie, affaiblie, diminuée. Cette situation rend encore plus impérieux nos devoirs de contribuer à son relèvement, à sa régénération. Nous devons à nos morts héroïques de mettre tous nos cœurs, toutes nos énergies à remplir cette tâche sacrée.

M. Léon Bernard fait ici un bien triste tableau des sacrifices humains qu'ont causés ces cinq années de guerre. Si l'on ajoute, aux tués sur le front, les victimes des terribles épidémies de grippe on arrive au chiffre effroyable de plus de 3 millions de morts. Déjà, avant la guerre, il y avait un notable fléchissement de la population. Tout doit être mis en œuvre pour conjurer le danger qui menace la France. L'hygiène doit apporter sa contribution au relèvement de la natalité, à la protection de l'enfance, à la puériculture, à la prophylaxie. Il faut, plus que jamais, introduire l'hygiène dans la population ouvrière. La vitalité du pays en dépend. Il faut recourir à l'hygiène physique aussi bien qu'à l'hygiène morale. Elles doivent, l'une et l'autre, pénétrer dans l'atelier, dans l'école, dans le foyer familial et assurer la protection de la santé publique.

M. Bernard nous fait un historique intéressant de l'hygiène qui a d'abord dépendu de la Faculté avant de dépendre de l'Académie de médecine. Il nous rappelle le rôle de la Faculté dès le mois de décembre 1794. Ce fut Hallé, docteur régent, qui, le premier, s'occupa de l'hygiène. Son œuvre fut très importante, tant au point de vue de l'hygiène urbaine que de l'hygiène individuelle et de l'hygiène industrielle.

M. Bernard passe en revue les divers hygiénistes qui ont succédé à Hallé et arrive à Proust, puis à Chantemesse, son prédécesseur immédiat. Malheureusement le passage de Chantemesse, à la Faculté, fut de courte durée, et c'est M. Bernard qui reprend le flambeau prématurément tombé de ses mains. L'hygiène, en s'appuyant sur la physique, la chimie et la physiologie, a un double but, la conservation de la santé et la protection contre la maladie. Elle est, au même titre que la thérapeutique, essentiellement œuvre de médecin.

Remontant à la plus haute antiquité, M. Bernard nous montre l'évolution de la médecine et de l'hygiène; il nous rappelle combien la gymnastique et la culture physique étaient en honneur en Grèce. Les premières et principales notions d'hygiène sont entrées dans les mœurs par la religion. Les questions d'alimentation avaient été réglées déjà dans la diététique d'Hippocrate. A une certaine époque on a beaucoup insisté sur l'influence des vents et marées, des astres, des comètes et même des gouvernements sur la santé publique.

Mais, après avoir été si en honneur à Athènes, l'hygiène, au moyen âge, tomba dans une décadence absolue. M. Bernard nous fait un tableau répugnant de la malpropreté, de la saleté qui régnaient dans la cité aux XIVe et XVe siècles. Montaigne se lamentait sur la saleté repoussante de la ville. Des lettres de Voltaire racontent qu'on marchait sur des immondices. Les malades étaient entassés, à l'Hôtel-Dieu, les uns sur les autres. Un médecin d'Henri IV donnait ce conseil en cas d'épidémie : tôt partir, bien loin fuir et tard revenir. Toutefois les médecins ne fuyaient pas, et, dès 1531, des mesures étaient édictées et un semblant de déclaration des maladies était proposé. Mais la plupart de ces mesures étaient insuffisantes et restaient inefficaces.

M. Bernard arrive ensuite à l'histoire des conférences sanitaires. Il rappelle le rôle joué par ces conférences, en particulier à propos de l'épidémie de choléra de 1865. L'un de ses prédécesseurs, Proust, a pris une grande part à ces conférences.

Puis sont arrivées les études bactériologiques, et, grâce à elles, en 1880, a été découvert le bacille du choléra. Ce fut ensuite celui de la peste que découvrit Yersin. On apprit bientôt le rôle joué par les rats et les poux comme transmetteurs d'épidémies. Enfin, les découvertes pastoriennes ont fait tomber le voile qui nous cachait encore bien des mystères.

M. Bernard n'oublie pas les travaux de Brouardel ni ceux de Chantemesse. Il insiste sur la merveilleuse découverte de Roux, sur les découvertes de Calmette, de Metchnikoff, en un mot sur les impérissables travaux de l'Institut Pasteur. Grâce à eux nous arrivons à nous rendre maîtres des épidémies, de la contagion microbienne. Mais il nous reste encore de bien puissants ennemis à combattre, l'alcoolisme, la syphilis, la tuberculose, et, ici, c'est l'œuvre tout entière de Landouzy qu'évoque M. Bernard. Il le fait en termes chaleureux et loue son maître comme il le mérite. C'est à l'hygiène qu'il appartient de triompher de ces terribles fléaux. Son premier devoir est la lutte contre le taudis, véritable foyer propre au développement de la tuberculose, n'ayant rien pour retenir chez lui l'ouvrier qui le quitte trop volontiers pour le cabaret. Voilà comme quoi s'engendrent mutuellement la tuberculose et l'alcoolisme.

M. Bernard reprend, avec beaucoup de chaleur, la lutte, si souvent soutenue à l'Académie et ailleurs, contre l'alcoolisme, contre la mauvaise hygiène des habitations ouvrières, contre la mauvaise réglementation du travail à l'usine ou à l'atelier. Il invoque à nouveau tous les arguments que nous avons maintes fois entendu invoquer. Il fait ressortir la nécessité de l'entente entre les hygiénistes et les pouvoirs publics pour aboutir à des résultats qu'on attend depuis longtemps et qu'on ne voit jamais venir.

En effet, quels résultats ont donné les Commissions d'hygiène, les bureaux sanitaires, les Conseils généraux? qu'a donné cette « politique sanitaire » ? Rien.

C'est le public lui-même qu'il faut éduquer, ainsi que cela s'est fait dans d'autres pays. Il ne faut pas qu'on puisse dire que dans le nôtre on ne sait que mourir héroïquement.

L'idéal moderne du médecin doit être de s'occuper des collectivités et son rôle ne doit pas se borner à soigner un malade mais aussi à protéger son entourage contre la maladie. Il faut que vienne un temps où il puisse jouir de l'épanouissement des bienfaits de son art.

Suivent les programmes et les promesses du cours d'hygiène; ce sont de beaux programmes, ce sont de belles promesses. Si le bonheur voulait qu'ils se réalisassent, le médecin et l'hygiéniste pourraient une seconde fois sauver la patrie, suivant l'heureuse expression de M. Bernard.

Nous ne pouvons le suivre dans l'élaboration du programme du cours, des études pratiques qu'il compte organiser pour les élèves, en dehors de la Faculté. Il ne se dissimule pas les difficultés de la tâche, mais il se souvient fort à propos de la phrase de Beaumarchais : La difficulté de la tâche ne fait qu'accroître l'ardeur à l'entreprendre.

M. Bernard se souviendra aussi des leçons de ses maîtres : Hanot, Albarran, Landouzy, Marfan, de ce dernier surtout qu'il est heureux de voir à ses côtés et dont il fait un très juste éloge.

Sous de tels patrons, il entreprendra son œuvre avec confiance.

M. Bernard, dans ce raccourci de l'histoire de l'hygiène, s'est montré à la hauteur de sa tâche. Il a su faire pénétrer dans l'esprit de ses auditeurs les convictions dont il est lui-même imbu. En forts bons termes, il a émis, en terminant, cette généreuse pensée que c'est surtout comme hygiénistes que nous pourrons être utiles à notre pays.

A. BROCHIN.

LES GREFFES DE PEAU & DES ANNEXES DE LA PEAU

(POILS, DENTS)

CHEZ L'HOMME ET CHEZ LES ANIMAUX

Par M. MAUCLAIRE (1),
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de la Pitié.

II. Homogreffes. — *A.* HOMOGREFFES CUTANÉES CHEZ LES ANIMAUX. — Chez les animaux inférieurs les greffes homoplastiques réussissent moins bien que les greffes autoplastiques.

Baronio (1889) dit avoir réussi la greffe cutanée de mouton à mouton dans six expériences. Gohier a échoué dans les expériences sur l'âne, le mouton, le cheval, le chien.

Wiesmann (1824) a échoué chez le chien, le cobaye, mais chez le mouton, le cheval, le poulet, il a eu parfois des adhérences, ce qui ne veut pas dire qu'il y a eu greffe. Dieffenbach aurait eu des succès chez le lapin de même que Lantilhac.

P. Bert dans ses greffes siamoises greffait la peau d'un rat directement sur une plaie symétrique du deuxième animal ou il accolait les deux lambeaux l'un contre l'autre par leurs faces cruentées.

G. Martin aurait eu quelques succès. Pour Périer les homogreffes cutanées réussissent dans 72 p. 100 des cas. Cela me paraît bien beau et des réserves doivent être faites sur ce chiffre, car des examens histologiques n'ont pas été faits pour confirmer la réalité de l'homogreffe cutanée.

Eiselberg a repris les expériences de Paul Bert en mettant un petit lapin sous un pont cutané d'un gros lapin, pont cutané qui s'adaptait sur une plaie dorsale du petit lapin. Les deux animaux furent réunis par un appareil plâtré. Macroscopiquement il a obtenu un bon résultat.

M. Carnot et Mlle Deflandre ont greffé des petits fragments d'épiderme de lapins de différentes couleurs. La greffe de peau noire sur lapin blanc paraît réussir mieux que la greffe de peau blanche sur lapin noir; dans ce dernier cas, le greffon blanc disparaît.

Carrel a greffé avec succès la peau de chien noir sur un chien blanc; les poils du lambeau greffé sont restés noirs.

Lœb a greffé avec succès la peau de l'oreille d'un lapin à un autre lapin et il eut un bon résultat. Par contre dans ces cas de greffes de lambeaux de peau d'oreilles, lambeaux interchangeables, Henle n'a eu que des insuccès. Les vaisseaux du greffon sont thrombosés, c'est ce qui détermine la nécrose du greffon.

Davis (1910) a fait 42 essais de greffes homoplastiques chez les animaux, il dit avoir obtenu 21 succès complets, 16 succès partiels, 5 insuccès.

Thiersch et Schœne n'ont eu que des insuccès chez la grenouille; chez les souris le greffon se nécrose au quatorzième jour le plus souvent. Si on le retire le cinquième jour et si on le regreffe sur le donneur, il reprend. Les quelques cas d'homogreffes réussies concernent des animaux consanguins encore jeunes. Enderlen a tenté l'homogreffe cutanée chez les animaux parabiosés; les résultats furent douteux. La même nourriture donnée au donneur et au receveur favorise la réussite de l'homogreffe (Schœne).

O. Laurent (1917) a fait des greffes siamoises entre poule et poule, entre poule et pigeon, et il a obtenu des soudures persistantes qu'il appelle soudures « cicatricielles ». Alors ce n'est plus une greffe à proprement parler ?

Ohsima (1914) a pratiqué de nombreuses expériences chez les animaux suivies d'examens histologiques. Il n'a eu que des insuccès définitifs; les premiers jours le succès n'est qu'apparent comme le démontrent les examens microscopiques. Avec Ribbert, Ehrlich et Schœne, il admet que le receveur a une influence toxique sur le lambeau homoplastique.

J'ai voulu aussi refaire quelques-unes des expériences de greffes homoplastiques de Paul Bert avec l'intention de laisser le pédicule adhérent pendant quinze jours. Dans le premier cas le greffon cutané pédiculé est resté en place sept jours. A ce moment le lapin donneur est mort. J'ai coupé le pédicule quelques heures après la mort. Le greffon pendant quelques jours paraissait bien vivant; puis il devint un peu induré, il se rétrécit peu à peu et il disparut, envahi par la peau saine voisine : à mon avis, par une sorte de rétraction cicatricielle concentrique.

Dans le deuxième cas, le donneur mourut le quatrième jour; le greffon devint peu à peu induré, corné, il se souleva et il fut remplacé par de la peau saine venue du voisinage comme dans le cas précédent. Je reprendrai ces expériences en cherchant à laisser le pédicule adhérent quatorze jours, peut-être le résultat sera-t-il différent. Mais le lapin supporte mal l'immobilité prolongée. Il vaut mieux opérer sur des rats.

B. HOMOGREFFES CUTANÉES CHEZ L'HOMME. — Dieffenbach aurait eu deux succès partiels. Dzondi a échoué. G. Martin (1873) aurait eu trois succès avec des greffons dermo-épidermiques, conservés dans la glacière.

Nous avons vu que des greffes épidermiques avaient été empruntées à des membres amputés récemment [Ollier (1872), Prudhomme (1873)], à des cadavres frais dont la mort ne remontait qu'à quelques heures [Prudhomme, Bartens (1888), Iwanowa (1890), Gluck (1906), Davis].

Ollier fit des greffes cutanées autoplastiques et homoplastiques empruntées à des membres amputés.

Wentscher conserva des greffons pendant quatorze jours et Burckardt pendant vingt-six jours avant de les utiliser.

Krause met en doute les résultats heureux des greffes homoplastiques annoncés par Gluck.

M. Quénu a fait une homogreffe de peau de nouveau-né sur un crâne qui avait été scalpé. La greffe réussit, mais il ne se développa pas de poils sur le greffon.

Minervini (1911) et Carrel (1913) ont greffé avec

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 27, p. 421.

succès des fragments de peau de fœtus humain conservé à la glacière.

Thiersch et Schœne d'après leurs essais constatent que les greffes homoplastiques n'ont réussi qu'entre frères et frères, sœurs et sœurs surtout s'ils sont encore jeunes. Par contre entre mère et fils, entre fille et père, elles ne réussissent pas (Lexer).

Rappelons que la vascularisation du greffon ne veut pas dire qu'il est greffé, car F. Marchand a montré que des corps étrangers implantés peuvent être envahis par des capillaires.

Bien des essais de greffes cutanées entre Noirs et Blancs ont été faits depuis longtemps. D'après Maurel (1878 et 1896) les greffes dermo-épidermiques de peau noire faites sur un Blanc deviennent blanches.

D'après Bryant, des greffons de peau de nègre appliqués sur une plaie chez un homme blanc produisent des greffons assez colorés, ce sont donc bien des éléments de la greffe qui se sont multipliés.

Lœb et Karg ont greffé de la peau de Nègre sur un Blanc ; le greffon devint peu à peu blanc. Pourquoi ? est-ce que le greffon a été remanié complètement par la peau blanche voisine ? c'est probable. Cependant quelques auteurs affirment que le greffon reste noir. Mais ont-ils suivi longtemps leurs opérés ? De même le greffon de peau blanche sur un Nègre devint peu à peu noire (Karg et Maxwell). Cependant Maurel constate que des grands greffons blancs restent blancs.

Pour Lexer l'homoplastie cutanée ne réussit jamais ; seule l'homoplastie cutanée fœtale peut réussir.

Même les homogreffes épidermiques de mère à enfant ou vice versa ne réussissent pas.

Lexer dit que des homogreffes cutanées ne réussissent pas même chez les consanguins ; seul l'épiderme fœtal réussit assez bien. De bons résultats cependant sont signalés de temps à autre, mais ont-ils été bien observés ? Oshima en doute. Sick n'a eu que des insuccès.

Cependant Braun déclare qu'il a obtenu des résultats durables, de même que Bartens, Halstedt, Davis.

Mais Marchand, Henle, Enderlen, Schœne, Kœnig, Krause disent que les succès doivent être très rares. Les cas intitulés demi-succès ne sont pas probants [Schultz (1898), Wagner (1898)].

Cotte et Dupasquier ont emprunté des greffes dermo-épidermiques à un enfant mort pendant le travail et un lambeau cutané total prélevé sur un enfant de dix ans mort accidentellement. Les homogreffes commencèrent par prendre et elles furent pénétrées par les vaisseaux. Mais au bout de vingt jours, les greffons se résorbèrent rapidement sans suppuration.

Ainsi donc les greffes homoplastiques réussissent assez rarement et réellement chez l'homme, même chez les sujets consanguins de même sexe (Henle, Schœne, Lexer, Oshima). Même en réunissant au préalable deux sujets par l'abdomen en faisant la parabiose (Sauerbruck et Heide), comme le fit P. Bert la première fois, la greffe cutanée homoplastique ne réussit pas ou réussit rarement et quand elle réussit, est-ce une greffe ou un tissu cicatriciel pur et simple qui subsiste ?

Au point de vue biologique, il y a là des conditions de réaction humorale individuelle, d'immunité, d'anaphylaxie qui rendent la réussite difficile. Bien des recherches de contrôle sont donc encore nécessaires sur cette question qui paraît cependant facile à trancher.

III. **Hétérogreffes.** — *A.* Hétérogreffes cutanées chez les animaux. — Je vous rappelle que, en général, les hétérogreffes, qui réussissent si bien chez les êtres inférieurs, échouent de plus en plus au fur et à mesure que l'on monte dans l'échelle animale. En ce qui concerne la peau, Baronio dit avoir réussi dans 6 cas de greffe de mouton à mouton, mais il a échoué dans la greffe cutanée de vache à jument et de jument à vache.

Paul Bert dit avoir réussi la greffe cutanée entre rat albinos et surmulot, entre rat albinos et rat de Barbarie ; mais il n'y a pas eu d'examen histologique ultérieur des greffons. Il n'a pas réussi la greffe cutanée entre rat albinos et le cochon d'Inde, ni entre rat et chat ni entre un chat et un lapin.

Pour Périer, ces hétérogreffes cutanées ne réussissent que dans 18 p. 100 des cas. C'est déjà beaucoup comme proportion de succès ! M. Carnot et Mlle Deflandre n'ont eu que des insuccès.

Pour Schœne, Lexer, etc., l'hétéroplastie cutanée réussit réellement très rarement.

B. Hétérogreffes cutanées chez l'homme. — Baronio affirme l'avoir réussie.

Sédillot, chez un enfant qui avait une cicatrice vicieuse de la main, essaya l'hétérogreffe cutanée totale pédiculée en prenant le lambeau d'un petit chien blanc maintenu en contact. Mais l'animal remua trop et le lambeau se nécrosa. Nous verrons que cette technique a été reprise pour les greffes osseuses par Phelps.

Bien des zoogreffes ont été employées :

La peau de grenouille (Henle, Allen, Vincent, Petersen, Baratoux et Dubousquet-Laborderie, Estor, Reverdin, Kauking, Lop, etc.).

La peau de cobaye (Dubreuil, Letiévant).

La peau de pigeon, de poulet (Aldrich, Redard, Orcel).

La peau de lapin (Follet, Darolle).

La peau de chien (Letiévant, Miles).

La coquille d'œuf (Max-Schuller, Amat, Platon).

Les membranes ammiotiques (Sabella).

Mais des examens histologiques confirmatifs n'ont pas été faits et le plus souvent toutes ces zoogreffes se résorbent (Berezowski, Lartail, J. Perrier).

Cependant pour Reverdin et Pétersen elles vivent réellement.

D'après Orcel, Lartail, Périer, le plus souvent la zoogreffe est éliminée ; si elle prend, les vaisseaux sous-jacents pénètrent dans le greffon et l'épiderme gagne la périphérie. L'épiderme coloré devient blanc peu à peu. La sensibilité du greffon apparaît au bout de six mois (Dubousquet-Laborderie). Les zoogreffes ne réussissent au sens propre du mot que dans 12 p. 100 des cas. Celles de peau de grenouille sont celles qui réussissent le mieux d'après Du-

bousquet-Laborderie. Celui-ci a fait sur une plaie un simple semis d'épiderme de grenouille et l'épidermisation a été rapide.

En somme les hétéroplasties réussissent peu, ce qui explique l'immuabilité des espèces.

Greffes des annexes de la peau. — a. *Poils chez les animaux.* — Dzondi dit qu'il a échoué. Dieffenbach pense avoir réussi les greffes de poils chez le même sujet et chez des sujets de même race et chez des sujets de race différente. Il aurait pu transplanter des poils de chats sur des lapins et même des poils de mammifères sur un oiseau. Tout cela est bien douteux. Wiesmann dit avoir réussi les greffes de poils.

En 1863, P. Bert dit qu'il n'a pas réussi la transplantation de poils sous la peau de rats blancs. Cela n'est pas étonnant, les poils étant très septiques.

Chez l'homme, Dzondi, le premier, tenta la transplantation des poils ; il s'agissait de refaire des cils pour une paupière inférieure, en réalité il ne réussit pas. Dieffenbach dit qu'il fut plus heureux, quelques poils transplantés continuèrent à vivre. Wiesmann aurait réussi quelquefois. Morestin nous a montré des cas de poils transplantés, mais ils étaient bien petits et l'opération était récente, aussi, bien que réelle, la greffe n'était peut-être que temporaire. Pour que les poils conservent bien leur vitalité, je crois qu'il faut transplanter en même temps toute la peau qui supporte les poils, soit par un lambeau cutané pédiculé, soit par un lambeau libre ; c'est ce que j'ai fait.

b. *Dents.* — La greffe dentaire était déjà pratiquée du temps d'Hippocrate, d'Albucasis (1122). Ambroise Paré et Pouteau admettaient la greffe de la dent empruntée au sujet lui-même ou à un autre sujet et A. Paré en cite un cas. Fouchard affirmait la réalité de la greffe dentaire parce que la dent greffée était sensible. Ce n'est pas une raison suffisante. Hunter, Wiesmann, Baronio admettent la réalité de la greffe dentaire parce que l'injection vasculaire a montré que le sang pénétrait jusque dans la dent. Ce n'est pas encore une démonstration absolue ; les corps étrangers implantés dans l'organisme peuvent être envahis par des capillaires et ils ne sont pas greffés (F. Marchand). Percy et Richerand pensent que la dent réimplantée est simplement retenue mécaniquement dans son alvéole resserrée.

Baronio dit avoir réussi la greffe dentaire homoplastique. Hunter et A. Cooper ont greffé une dent humaine dans la crête d'un coq et elle poussa, paraît-il.

Philippeaux greffa une dent de lapin et Vulpian une dent de cochon d'Inde dans la crête d'un coq et elles poussèrent.

Dans un cas de Magitot, cité par P. Bert, la dent ne fut réimplantée que trois heures après son avulsion, néanmoins la reprise parut parfaite.

Pour Magitot les autogreffes d'une dent, d'une alvéole dans une autre alvéole et les homogreffes auraient réussi.

Legros et Magitot ont tenté les greffes des follicules dentaires ; les hétérogreffes ne réussissent pas. Les greffes de l'organe de l'émail échouèrent, les greffes de follicules et des bulbes dentaires réussissent souvent.

La réimplantation après résection radiculaire a été faite par Delabarre (1820), Alquié (1853), etc.

La transplantation de dents sèches date de Bourdet (1753), Fouchard (1786), Mitscherlich (1863).

Récemment MM. Joseph Mendel et Dassonville ont réétudié la greffe dentaire. Dans la greffe de dents fraîchement extraites, la consolidation se fait par la soudure et la reconstitution du ligament alvéolo-dentaire, il y a greffe biologique. Mais la pulpe dentaire se résorbe le plus souvent (Scheff).

Dans l'implantation des dents sèches stérilisées, il y a simple soudure osseuse. Les travées osseuses partant des parois de l'alvéole se soudent directement avec l'émail et avec la dentine de la racine.

Je ne connais pas d'observation d'hétérogreffe dentaire chez l'homme.

En terminant, permettez-moi de faire une digression en vous parlant des quelques greffes suivantes :

Démétrius, cité par Haller, disait que les *remiges* d'un oiseau peuvent être implantées sous la peau d'un autre. Dieffenbach a replacé avec succès de jeunes plumes arrachées. Il a aussi transplanté des plumes de pigeon sur la peau de poulet, et même sur des mammifères en ayant soin de choisir des plumes très jeunes et il réussissait quelquefois. Wiesmann a confirmé ces résultats et il s'est même implanté une plume de poulet sur le bras gauche. Paul Bert n'a pas réussi et, avec raison, il met en doute la réalité de la greffe dans ce cas ; il ne s'agit que d'une implantation momentanée, d'une adhérence et non d'une greffe.

Les *ergots des oiseaux* reprennent très aisément. Dieffenbach a transplanté des ergots de pigeons dans des plaies faites à la peau et il les a vus croître jusqu'à leurs proportions ordinaires. Hunter en a fait autant pour des ergots de coq greffés même d'un animal à la patte d'un autre animal de même espèce. Depuis longtemps on a greffé l'ergot d'un jeune coq sur sa crête. Hunter, Duhamel et Baronio en précisèrent les conditions anatomiques. L'ergot continue à s'accroître si on enlève en même temps le tubercule ossiforme qui est à la base de l'ergot. Montegazza aurait greffé un ergot de coq sur l'oreille d'un bœuf !

La *crête du coq* peut être détachée et réimplantée avec succès (Wiesmann).

*
* *

Ainsi je vous ai exposé dans son ensemble la question des greffes cutanées. Vous voyez combien elle est loin d'être épuisée ; bien des expériences chez les animaux et bien des tentatives chez l'homme sont encore à essayer et les résultats doivent être vérifiés par le microscope pour suivre l'évolution du greffon et affirmer sa vitalité réelle. Bien des expériences anciennes sont à reviser. Bien des expériences nouvelles sont à faire pour augmenter la vitalité des greffes cutanées.

ACTUALITÉS

GUÉRIT-ON LE DIABÈTE?

M. Rathery vient de publier un assez gros volume sur la *Cure de Bouchardat dans le diabète sucré.* C'est une pieuse et excellente mise au point d'un traitement qui avait quelque peu veilli et qu'on perdait de vue, bien que l'auteur le considère comme le meilleur de tous ceux qui ont été proposés. Les indécisions de la thérapeutique indiquent du reste l'ignorance dans laquelle nous restons quant à l'étiologie et à la pathogénie du diabète, et plus les recherches se multiplient, plus nombreuses et complexes apparaissent les causes qui le déterminent. La théorie nerveuse de Claude Bernard, à laquelle se rattachent l'hypersécrétion de M. Albert Robin et l'hyperexcitabilité de Flugger, a cédé le pas au ralentissement de la nutrition de Ch. Bouchard, lequel à son tour s'effaça devant la théorie pancréatique que fondèrent expérimentalement et cliniquement von Mering et Minkowski, Lancereaux et Thiroloix et dont R. Lepine a cherché l'explication dans l'existence d'un ferment glycolytique sécrété par le pancréas, et Hédon dans l'influence des sécrétions internes totales de cette glande. Ainsi entrent en scène les sécrétions endocriniennes. Le profr Gilbert et ses élèves définissent un diabète par anhépatie et un diabète par hyperhépatie, ressortissant le premier de l'opothérapie hépatique, le second de l'opothérapie pancréatique. Parhon a pensé à un diabète par insuffisance de la sécrétine. Blum, Bierry, R. Lepine et Boulud, Doyon et Morel, Zuelzger, Metzger, etc., ont étudié un diabète d'origine hyperépinéphrique par action sur le pancréas, Lorand et Erben un diabète d'origine thyroïdienne ou parathyroïdienne; enfin Loeb, d'abord, puis Cushing, Camus et Roussy, Lereboullet, Sainton et Roll, etc., signalent un diabète hypophysaire le plus souvent insipide. Je passe sous silence les innombrables explications chimiques (Elias et Kolb, Ringer et Frankel, Sansum et Woodyatt, Epstein et Baehr, Sassa, Friedmann, etc., pour ne citer que les plus récentes), dont quelques-unes offrent un réel intérêt, mais qui ne sauraient nous arrêter. En réalité, toutes ces conceptions se trouvent justifiées dans une certaine mesure, parce que le symptôme fondamental du diabète sucré, qui est la glycosurie associée à l'hyperglycémie, peut être provoqué par une multitude de causes. Aussi, dans l'impossibilité où l'on se trouve presque toujours de connaître ou d'atteindre la cause, s'est-on contenté et se contente-t-on encore de combattre ce symptôme.

* * *

Il faut insister sur ce point. Ce qui semble actuellement importer le plus dans le diabète, au point de vue pratique, c'est l'élimination urinaire du sucre (bien plus que la quantité de cette élimination) et l'exagération de la glycémie qui la conditionne, car il y a toujours un rapport étroit entre ces deux éléments pathologiques, exception faite cependant dans le diabète rénal, où il n'y a pas d'hyperglycémie, la glycosurie provenant d'une lésion rénale qui laisse passer le sucre normal du sang (Franck), et pour le cas des vieux diabétiques chez lesquels, le rein se fermant, la glycosurie disparaît tandis que la glycémie augmente (Tachau, R. Lepine); en revanche, ce rapport n'est pas aussi visible et constant entre leur taux et la gravité de la maladie. Néanmoins, si, par un procédé quelconque, on arrive à supprimer d'une manière durable le sucre de l'urine, tous les symptômes secondaires, cutanés, oculaires, nutritifs, nerveux, etc., s'atténuent et disparaissent et le risque des complications, de l'acidose notamment, est franchement écarté, comme si tout cela était sous la dépendance de l'excès de sucre en circulation, considéré en lui-même ou dans ses produits toxiques de dédoublement. C'est ce qui a justement amené Maurel (de Toulouse) à ranger la glycosurie parmi les procédés de défense capables de réduire, au moins momentanément, la teneur du milieu intérieur en sucre. Il en résulte que le traitement quel qu'il soit va viser à diminuer le sucre sanguin; il variera sans doute suivant la cause supposée du trouble, mais toujours il aura pour premier objectif l'hyperglycémie dont il est admis que les oscillations s'expriment en général par la courbe glycosurique,

Puisque le sucre fixé et circulant de l'économie est fourni par l'alimentation, l'idée première, et d'exécution facile, a été de supprimer, de la ration, les substances aptes à donner de la glycose, et, avant tout, les polyoses (amidons et sucres), puis les protéines, qui apportent aussi du sucre par dislocation. Même quand on emploie des médicaments à prétention pathogénique, antipyrine, opium, diastases, agents opothérapiques, on a toujours soin de restreindre le plus possible les hydrocarbonés, la cure de Bouchardat, celle de M. de Grandmaison en sont des exemples parmi beaucoup d'autres. Par ce régime que venait heureusement renforcer une diminution de la ration totale, on a obtenu parfois l'aglycosurie persistante, alors que les médicaments, les ferments et les agents opothérapiques, employés seuls, n'ont jamais donné que des améliorations passagères.

On s'est aperçu toutefois, que le régime aussi dépourvu que possible d'hydrates de carbone (Cantani) présente de graves inconvénients et que d'ailleurs le diabétique reste apte à utiliser une certaine quantité de glycose, comme l'ont montré MM. Marcel Labbé, Blum et Laufer. Cette quantité leur est même tellement indispensable que, si la ration ne l'atteint pas, le malade est rapidement exposé à l'acidose et par conséquent au coma. Ainsi a été acquise cette notion très importante, déjà entrevue par Bouchardat, du coefficient d'utilisation *quantitative* et *qualitative* des hydrocarbonés, laquelle doit, au surplus, tenir compte, en ce qui concerne surtout les protéiques, de l'*équivalent glycosique* de Chauveau. Ce coefficient, étant exprimé par le poids d'hydrates de carbone que le malade peut ingérer sans excréter du sucre, varie énormément avec les individus et avec la nature de l'aliment. Tel supporte mieux la pomme de terre (c'est là en partie l'origine de la *cure parmentière* de Mosse) que le pain, tel autre la farine de légumineuses, etc. Von Noorden a

préconisé, dans les cas graves, l'avoine, assez bien tolérée en effet et qui détermine l'augmentation du poids chez les consomptifs; en outre il indique une règle absolue pour son emploi : si la différence, mesurée par des analyses fréquentes d'urine, entre le poids des hydrocarbonés ingérés et celui du sucre éliminé dans les 24 heures est de 150 g. par exemple, il permet 100 g. de ces aliments au diabétique âgé de moins de 45 ans et 125 g. à celui qui en a plus de 45. M. RATHERY s'élève avec raison contre la rigidité de ce procédé, que disqualifie la tolérance variable non seulement d'individu à individu, mais encore de jour en jour et presque d'heure en heure chez le même sujet. Quoi qu'il en soit, la mise en pratique du coefficient d'utilisation des hydrocarbonés a rendu les plus grands services et permis de maintenir pendant longtemps aglycosuriques des diabétiques sérieusement atteints.

*
* *

Une nouvelle évolution s'est dernièrement produite dans le traitement de la glycosurie. BOUCHARDAT avait bien observé que les diabétiques mangent souvent beaucoup, mais son régime ne comportait toutefois aucune restriction importante. Or, l'observation a prouvé que la diminution de la ration alimentaire suffit, à elle seule, à atténuer l'élimination de sucre et même à la faire disparaître; et c'est pourquoi M. LINOSSIER a tant insisté sur la nécessité constante de la restriction du régime, dont la cure lactée de MAUREL et le *Gemüsetag* de NOORDEN sont des formes. Ne sait-on pas d'ailleurs, par la physiologie expérimentale, que le jeûne supprime toute glycosurie ?

On en est venu de la sorte, sans craindre l'amaigrissement dont s'effrayaient tant de médecins, à la cure de jeûne, et M. GUELPA (de Paris) est le premier qui en ait pratiqué l'application systématique, l'aggravant encore d'une purgation quotidienne concomitante. En cela, beaucoup mieux que ses devanciers, il s'inspirait de l'idée que la glycosurie est une réaction de défense, et que, par suite, le danger du diabète réside exclusivement dans les phénomènes toxiques que conditionne l'hyperglycémie. En conséquence, il combat l'intoxication virtuelle ou actuelle par les deux moyens les plus énergiques : le jeûne qui force l'organisme à vivre sur son propre fond et à brûler ses déchets, et la purgation associée à des boissons abondantes qui entraîne au dehors les éléments nocifs. J'ai exposé ailleurs (1) la cure de désintoxication de GUELPA qui consiste, on le sait, en 3, 4 ou 5 **jours consécutifs** de jeûne absolu et de purgation saline répétée plusieurs fois, avec, dans les intervalles, une alimentation d'abord végétarienne, puis mixte restreinte. Je n'y reviendrai donc pas. Tout ce que je puis dire c'est que, après l'avoir combattue, j'ai dû m'incliner devant les faits observés et reconnaître que, dans la plupart des cas, elle rétablit le diabétique et lui permet, avec quelques précautions hygiéniques, de mener l'existence ordinaire sans troubles d'aucune sorte ni inconvénients. Il est fâcheux que certains thérapeutes fassent autour de cette cure un silence inexplicable, alors surtout qu'ils parlent de la cure de jeûne d'ALLEN, qui n'en est qu'une mauvaise copie, car ALLEN ne poursuit qu'un jeûne relatif, encore atténué du reste par M. JOSLIN, supprime un des facteurs de la désintoxication, la purgation, et tolère une dose d'alcool un peu inquiétante, ce qui fait que les résultats de ce traitement, exposés au Congrès de Bruxelles, ont paru médiocrement encourageants.

(1) *Revue de chimiothérapie*, mars-avril et mai-juin 1918.

*
* *

Et maintenant, j'en reviens à la question mise en tête de cet article : guérit-on le diabète ? La réponse est embarrassante, comme toutes les fois qu'il s'agit de maladies dites diathésiques. Cependant voilà un homme qui n'a pas de sucre dans ses urines, ni d'hyperglycémie, qui mange et boit comme tout le monde, qui a le teint clair et la langue nette, la peau saine et sans prurit, un foie normal, des échanges réguliers, qui ne souffre de rien, et jouit de toute son activité; comment établirez-vous, s'il ne s'en accuse pas, qu'il a été diabétique ? Donc, il est guéri. Non, déclarent les cliniciens, car son diabète peut revenir. Assurément, comme on peut attraper deux fois la diphtérie, mais soutiendra-t-on qu'entre les deux atteintes le malade n'a pas guéri de son infection ? Les causes qui ont déclenché une première fois le diabète sont capables, en réapparaissant, de le provoquer encore ; il reste ainsi une potentialité morbide, c'est certain, mais en attendant qu'elle s'exerce, l'homme, grâce à la restriction alimentaire soutenue et à la cure de désintoxication, se porte bien, et ne dirons-nous pas alors, pour demeurer dans le sens commun tout en ménageant l'avenir, qu'il est *actuellement* guéri ?

J. LAUMONIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 17 MARS 1920)

Ulcère perforant du cæcum. — M. LARDENNOIS apporte au débat, sur ce sujet, une nouvelle observation.

De l'emploi du sérum antigangréneux. — M. ROBINEAU analyse une intéressante observation adressée par M. Baudoin (de Charleville). Il s'agit d'un jeune enfant atteint d'une fracture grave de l'avant-bras, un des fragments du radius ayant traversé les parties molles et faisant saillie au dehors. M. Baudoin fit un nettoyage complet de la plaie et, suivant les principes admis depuis la fin de la guerre, sutura et ferma complètement la plaie. L'enfant ayant eu 40° de température le lendemain, M. Baudoin rouvrit sa suture et ne trouva rien d'anormal. La température, cependant, se maintint très élevée et bientôt apparurent de la rougeur, de l'œdème et des gaz. Il n'y avait plus de doute, il s'agissait de gangrène gazeuse.

La plaie fut, de nouveau, largement débridée et on fit un pansement à l'éther, le pouls monta à 130, 140 et même 160. L'œdème avait envahi le bras, l'épaule et le thorax, l'état général devenait mauvais ; la question de l'amputation du

bras se posait, lorsque, non sans peine, M. Baudoin put se procurer du sérum antigangréneux (sérum de Weinberg) à l'Institut Pasteur. Il se fit aussitôt une amélioration rapide ; une seconde injection fut faite et l'enfant guérit rapidement.

M. Robineau fait suivre cette observation de réflexions fort justes. L'effet de la sérothérapie, dans ce cas, a été rapide et indéniable. On ne saurait donc trop attirer l'attention des chirurgiens sur ces faits, d'autant plus qu'on rensouvent un certain septicisme à l'égard de la sérothérapie.

Il ne faudrait cependant pas oublier ce que nous avons appris pendant la guerre et beaucoup d'entre nous ont retiré, chez les blessés, d'excellents résultats de l'emploi des sérums. Le reproche ne saurait s'adresser à M. Baudoin puisque dès le début il a suivi les dernières instructions qui nous ont été données, nettoyage de la plaie, réunion primitive, mais on sait que le traitement chirurgical, si bien appliqué qu'il soit, peut être insuffisant. Ce fut le cas ici. Mais pourquoi, dira-t-on, avoir attendu le 7e jour, devant des accidents si graves, pour recourir au sérum ? La réponse est bien simple, ce ne fut qu'au bout de 4 jours de demandes à tous les pharmaciens, que M. Baudoin, ayant envoyé quelqu'un à Paris, put se procurer du sérum.

La conclusion très logique que M. Robineau tire de ce fait, c'est qu'il faudrait avoir du sérum antigangréneux à la disposition des chirurgiens.

M. Delbet, d'accord avec M. Robineau, estime qu'on ne saurait trop insister sur la nécessité de faire passer dans la pratique courante les notions acquises pendant la guerre. On sait aujourd'hui que certains de ces sérums ont non seulement une action curative, mais aussi une action préventive et il y aurait lieu d'user de ces sérums, comme on use du sérum antitétanique, aussi bien à titre préventif, qu'à titre curatif. Chemin faisant, M. Delbet rapporte deux cas de gangrène gazeuse mortelle à la suite d'injections d'adrénaline.

M. Mauclaire a obtenu un bon résultat du sérum de Weinberg dans un cas de gangrène gazeuse de la cuisse.

MM. Lenormant, Duval, Lardennois et Bazy emploient déjà depuis longtemps le sérum antigangréneux avec succès.

Epilepsie jacksonienne. — M. Mathieu fait un rapport sur deux observations de M. Aman. Partant de cette idée que le frottement de substance cérébrale, plus ou moins cicatricielle, contre les parties molles, après une trépanation, pourrait être une des causes de l'épilepsie jacksonienne consécutive, M. Aman a eu recours, chez deux trépanés atteints de cette variété d'épilepsie, au procédé suivant. Il a agrandi la trépanation, en a avivé les bords et a inséré entre la substance cérébrale et les parties molles une plaque caoutchoutée, empruntée à un gant Chaput stérilisé et a refermé les parties molles par-dessus, selon la méthode proposée par M. Delbet, pour d'autres particularités. Ces deux malades, dont l'un surtout, qui avaient des crises épileptiformes subintrantes, n'ont plus eu de crises, l'un depuis un an, l'autre depuis 4 mois qu'ils ont été opérés. Il y a là un procédé intéressant et nouveau qui mérite d'être connu. M. Mathieu n'oublie pas que les crises épileptiformes sont parfois sujettes à récidive à de très longues échéances, mais les faits de M. Aman ne lui en ont pas moins paru dignes d'être retenus.

MM. Quénu, Sebileau, Broca et Tuffier insistent sur ces récidives parfois très éloignées et citent des cas où elles se sont produites 15, 18 et même 20 ans après la trépanation.

Dilatateur œsophagien. — M. Sieur présente, au nom de M. Dufourmentel, un appareil qui, une fois introduit dans l'œsophage, peut s'écarter de façon à ce que le corps étranger à retirer se trouve libre et que son extraction devienne dès lors facile.

Phlegmon périprostatique, incision abdomino-périnéale. — M. Pierre Bazy communique l'observation d'un homme de 40 ans qui, étant à cheval, fut à la suite d'un écart, projeté sur le pommeau de la selle. Il y eut ensuite de la fièvre à 39°, des douleurs, impossibilité de s'asseoir, de l'épididymite. On reconnut bientôt l'existence d'un phlegmon périprostatique, M. Bazy intervint d'abord par la voie périnéale, donna issue à du pus et à des gaz. Passant ensuite par une incision abdominale, il assura un drainage qui donna un très bon résultat.

M. Mauclaire a eu également recours à ce drainage abdomino-périnéal dans des cas de pelvi-péritonite.

M. Marion, dans les cas analogues à celui que vient de présenter M. Bazy, se contente d'inciser d'emblée la fosse iliaque gauche. L'incision périnéale ne lui semble pas nécessaire.

La trépanation dans les cas de fractures de la base du crâne. — M. de Martel apporte 9 observation de fractures de la base du crâne dans lesquelles il a eu recours à l'opération de Cushing. D'après les travaux de Duret, les blessés du crâne sont exposés à trois causes d'accidents, la commotion, la contusion, la compression ; dans ce dernier cas, on a pensé pouvoir s'en tenir à la ponction lombaire. Seul ou à peu près seul, M. de Martel a continué à préférer l'opération de Cushing, ou la trépanation décompressive. La ponction lombaire n'est pas toujours aussi bénigne qu'on l'a dit. M. de Martel cite même un cas de mort. Il est donc resté fidèle à la trépanation décompressive et apporte plusieurs observations à l'appui.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 28 FÉVRIER 1920)

M. Ch. Richet, président, souhaite la bienvenue à M. Nicolas, nommé à la dernière séance.

Sérothérapie par la voie respiratoire chez l'homme. — MM. L. Rénon et R. Mignot, en employant la méthode simple et pratique d'injection laryngo-trachéale de M. P. Cantonnet, ont vérifié chez l'homme les expériences de M. Besredka sur l'utilisation de la voie respiratoire pour l'introduction des sérums thérapeutiques liquides ou concentrés.

L'emploi laryngo-trachéal de sérums sirupeux concentrés met à l'abri du choc anaphylactique le malade sensibilisé antérieurement. Le sérum concentré, qui se résorbe moins vite que le sérum ordinaire, permet aux premières portions du sérum lentement absorbées de vacciner l'organisme contre les autres portions du même sérum solubilisées plus tard.

« On pourra ultérieurement juger par la multiplication des faits si la voie laryngo-trachéale, remarquablement bien tolérée chez nos malades comme chez ceux dont M. Sergent poursuit aussi l'étude, est préférable, pour l'effet thérapeutique, aux voies d'inoculation actuellement en usage. »

Note sur certains caractères culturaux de l'entérocoque et notamment sur le développement de ce microbe en milieux sucrés. — M. R. Tricoire signale que l'entérocoque pousse en gélose au plomb sans que le milieu noircisse, en milieux au rouge neutre sans production de gaz, ni de fluorescence, que ce microbe vaccine les milieux solides sur lesquels il se développe.

Etudiant l'action de l'entérocoque sur les milieux sucrés, il montre que ce microbe attaque constamment la glucose, la lactose, le lévulose, la maltose, la saccharose, la mannite, l'inuline, mais que certains échantillons ne touchent pas la dulcite pendant que d'autres la font virer avec production du caméléonage.

La recherche de l'agglutination montre que ces microbes attaquant la dulcite ne doivent pas être considérés comme appartenant à un type différent de ceux qui n'attaquent pas ce sucre, car le sérum d'un animal immunisé contre un entéro-

coque attaquant la dulcite agglutine au même taux ce microbe et l'entérocoque qui n'agglutine pas ce sucre et inversement.

Note sur l'agglutination de l'entérocoque par le sérum d'animaux immunisés et application de cette réaction à l'homme. — M. R. TRICOIRE a obtenu chez le lapin des sérums agglutinant l'entérocoque. Ces sérums agglutinent certains échantillons de pneumocoque, à un taux moindre que les sérums antipneumocoques correspondants. La séro-agglutination montre donc qu'il y a des agglutinations de groupe entre l'entérocoque et le pneumocoque. Le sérum d'hommes et d'animaux normaux peut parfois agglutiner l'entérocoque à un taux pouvant atteindre 1 p. 100 avec le sérum humain.

Cette agglutination ne se rencontrant qu'avec certains sérums, l'auteur pense qu'elle traduit une infection à entérocoque banale et bénigne passée inaperçue, elle rend tout de même la recherche de l'agglutination de l'entérocoque difficilement applicable au diagnostic clinique de l'entérococcie, une agglutination positive à un taux élevé sera seulement un élément de probabilité d'entérococcie.

Sur des corpuscules apparaissant dans des cultures de spirochæta icterohemorragica Inada et Ido. — MM. GIESZCZYKIERVIEZ, MARTIN et PETTIT ont signalé l'apparition de corpuscules de nature énigmatique dans les cultures de ce spirochète, on les retrouve aussi chez d'autres spirochétoses. Les expériences exécutées par l'auteur parlent en faveur de la nature dégénérative des corpuscules en question.

Action du cyclohexane sur le sang. — MM. LAUNOY et LÉVI-BRUHL. Le cyclohexane est le produit de réduction totale du benzène. La réduction a pour résultat de faire disparaître l'action leucotoxique, mais les propriétés d'affinité sur les organes hématopoïétiques sont conservées.

(SÉANCE DU 6 MARS 1920)

Nouvelles recherches sur l'activité biologique des colloïdes. Crise hépatique. — MM. B.-G. DUHAMEL et R. THIEULIN. Pour étudier la crise hépatique prévue par la localisation constante dans le foie des colloïdes inorganiques, les auteurs se servent d'extraits autolytiques de foies de cobayes ayant reçu 6 heures au préalable, par voie veineuse, une solution colloïdale. Après étude *in vitro* de l'action de ces différents extraits autolytiques sur les hémolysines des toxines des bacilles pyocyanique et diphtérique et du streptocoque, les auteurs concluent que l'injection intraveineuse d'une solution colloïdale électrique d'argent ou d'or modifie le foie de telle façon que l'extrait autolytique acquiert sur les hémolysines une action empêchante *in vitro* constamment supérieure à l'action de celui du foie normal.

Influence de la thyro-parathyroïdectomie, chez le chien, sur la formation d'anticorps naturels. Dosage du pouvoir hémolytique du sérum. — M. GARIBALDI. Le pouvoir hémolytique naturel du sérum des chiens thyro-parathyroïdectomisés et bien portants au moment de la saignée se montre franchement supérieur à celui du témoin. Ce résultat, qui concorde avec ceux de Froin et ceux de l'auteur, conduit à se demander si les glandes thyroïdes ou parathyroïdes ne jouent pas un rôle important dans la régulation des phénomènes de rénovation sanguine et dans la pathogénie de certains syndromes hémolytiques.

M. GLEY présente : 1° un livre de M. ARTHUS intitulé : la *Physiologie*; 2° 4 leçons de lui sur les *Glandes à sécrétion interne*.

(SÉANCE DU 13 MARS 1920)

Nouvelles recherches sur l'activité biologique des colloïdes. — MM. B.-G. DUHAMEL et R. THIEULIN, continuant *in vivo* leur étude de la crise hépatique, étudient le pouvoir toxolytique des différents extraits autolytiques sur les toxines diphtérique et tétanique. Des doses de toxines plusieurs fois mortelles subissent une toxolyse partielle par simple contact *in vitro* (6 heures d'étuve) avec quelques gouttes d'extrait autolytique, ainsi que le témoignent les injections intramusculaires faites à des cobayes. Les extraits autolytiques des foies à l'argent et à l'or en solution colloïdale montrent un pouvoir antitoxique nettement supérieur à l'extrait de foie normal.

Dosage de l'urée sanguine dans l'hyperazotémie. — MM. Ch. ACHARD, A. LEBLANC et A. RIBOT. Dans la formule de Fosse pour le dosage de l'urée sanguine, la proportion de xanthydrol devient insuffisante quand le taux d'urée dépasse 3gr03 par litre. Il convient alors de diluer le sérum. En opérant ainsi, ces auteurs ont trouvé dans un cas d'urémie convulsive mortelle, des chiffres peu différents avec l'hypobromite (5gr40 à 6gr67). L'azote total n'était pas non plus très différent (6gr85 évalués en urée, pour 6gr67 par le xanthydrol).

Le rôle du suc intestinal dans la reproduction expérimentale de la pancréatite hémorragique avec stéatonécrose. — MM. L. BINET et P. BROCQ. L'injection de suc intestinal pur, obtenu chez l'homme, grâce à une fistule intestinale pathologique, détermine une pancréatite hémorragique avec stéato-nécrose et épanchement sanglant dans le péritoine, lorsque cette injection est faite dans le canal pancréatique d'un chien en digestion. Ces faits amènent les auteurs à envisager l'existence d'une pancréatite aiguë hémorragique d'origine uniquement intestinale.

JURISPRUDENCE

LES MALADIES D'ORIGINE PROFESSIONNELLE ET LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL. OBLIGATIONS IMPOSÉES AUX MÉDECINS.

On sait qu'en principe l'accident se distingue de la maladie par ce fait qu'il a toujours une cause extérieure, laquelle se manifeste d'une façon soudaine et violente. La maladie a généralement, au contraire, une cause intérieure; et son évolution est d'ordinaire lente et continue.

Cependant la démarcation n'est pas absolue. Ainsi, les tribunaux regardent la hernie tantôt comme une maladie, si elle est le résultat d'un vice de naissance ou d'une dégénérescence morbide, tantôt comme un accident, si elle est le résultat d'un traumatisme (hernie de force).

La loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail ne concernant que les accidents, la jurisprudence a considéré qu'elle ne s'appliquait pas aux maladies professionnelles (Cass. Req. 23 juillet 1902. *D.* 1903-1-274).

Mais, une loi récente, la loi du 25 octobre 1919 vient d'étendre aux maladies d'origine professionnelle la loi du 9 avril 1898.

L'article 2 de cette loi dispose : sont considérées comme maladies professionnelles les affections aiguës ou chroniques, mentionnées aux tableaux annexés à la loi, lorsqu'elles atteignent des ouvriers *habituellement* occupés aux travaux industriels correspondants.

La loi n'est donc applicable que si l'affection aiguë ou chronique est mentionnée dans des tableaux qu'il convient de consulter (voir *Journ. officiel* du 26 octobre 1919). Ces tableaux se rapportent au saturnisme professionnel ou maladies causées par le plomb et ses composés et à l'hydrargyrisme professionnel ou maladies causées par le mercure et ses composés; ils contiennent la nomenclature de ces maladies. Cette nomenclature peut être augmentée par des lois ultérieures (art. 2, § 2).

Aux termes de l'article 5, § 1, la victime, qui veut obtenir la réparation du dommage à elle causé par une des maladies

prévues, doit faire une déclaration de la maladie professionnelle dont elle est atteinte, dans les 15 jours qui suivent la cessation du travail, au maire de la commune qui dresse un procès-verbal et en délivre récépissé. A cette déclaration, il faut joindre un certificat de médecin indiquant la nature de la maladie et ses suites probables (art. 5, § 2).

Le médecin, dont le rôle social s'affirme de plus en plus, est soumis à l'obligation de faire une déclaration. L'article 12 dispose : en vue de la prévention des maladies professionnelles et de l'extension ultérieure de la loi, la déclaration de toute maladie ayant un caractère professionnel et comprise dans une liste établie par décret, après avis de la Commission supérieure, *est obligatoire* pour tout docteur en médecine ou officier de santé qui en peut reconnaître l'existence. Cette déclaration est adressée au ministre du Travail, par l'intermédiaire de l'inspecteur du travail et de l'ingénieur ordinaire des mines ; elle indique la nature de la maladie et la profession du malade. Elle est faite à l'aide de cartes-lettres détachées d'un carnet à souche, circulant en franchise et gratuitement mis à la disposition des médecins.

La loi est applicable 15 mois après sa promulgation qui a eu lieu le 26 octobre 1919 au *Journal officiel*. Mais l'article 13 spécifie que les dispositions de l'article 12 concernant les médecins seront applicables un mois après la promulgation du décret prévu à cet article.

Ce décret ne paraît pas avoir été encore promulgué.

La Commission supérieure dont il est parlé dans l'article 12 est une commission instituée par l'article 10 de la loi. Elle est spécialement chargée de donner son avis sur les modifications à apporter aux tableaux annexés à la loi et sur toutes les questions d'ordre médical et technique qui lui sont renvoyées par le ministre du Travail. Elle est composée de nombreux membres, parmi lesquels il convient de mentionner, comme en faisant partie, deux membres de l'Académie de médecine désignés par leurs collègues, deux professeurs à la Faculté de médecine désignés par la Faculté, deux médecins membres de la Commission d'hygiène industrielle désignés par celle-ci.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT DES MALADIES INFECTIEUSES PAR UN DÉRIVÉ ARGENTIQUE SOLUBLE, LE NITRATE DOUBLE D'ARGENT ET DE DIMÉTHYL-DI-AMINO-MÉTHYL-ACRIDINE (SEPTACROL) (1).

L'auteur, qui fit campagne à bord du cuirassé *Condé* dans l'Atlantique Nord, put suivre l'évolution d'une épidémie de *Spanish flue*, en septembre et octobre 1918, sur les équipages des bâtiments français en mouillage à New-York. Pas une fois, à sa connaissance, le traitement antiinfectieux, par voie intraveineuse ou autre, à l'aide de métaux colloïdaux ou de solutions antiseptiques, ne fut essayé. Frappé du chiffre sensiblement élevé des cas mortels chez ces malades, et la presse scientifique relatant d'autre part les bons résultats obtenus par la médication colloïdale, il fut ainsi amené, rentré en France, à s'intéresser particulièrement au traitement des maladies infectieuses par ces méthodes nouvelles. Il s'étend ensuite assez longuement sur le mécanisme de l'immunité et sur l'interprétation qu'il convient de donner à la réaction leucocytaire; faisant siennes les idées de Léon Audain exposées dans *Les Bases rationnelles de la Médication leucogène*, il adopte sa *résultante*, comme directrice du traitement. Ce traitement, quel que soit le microbe en cause, devra donc poursuivre, avant tout, le relèvement de la résultante, autrement dit l'augmentation du nombre des leucocytes, et seule une médication *leucogène* sera vraiment rationnelle. Les métaux colloïdaux, qui possèdent indéniablement cette action leucogène, ont un inconvénient grave qui est la violence des réactions qu'ils déterminent, et qui doit être rapportée à leurs grains ou micelles. Les substances solubles n'auraient pas ces inconvénients et entreraient simplement dans la catégorie des *stimulines* de la phagocytose, découvertes et décrites par Metchnikoff. S'adressant à elles, l'auteur expérimenta longuement un nitrate double d'argent et de diméthyl-di-amino-méthyl-acridine ($C^{16} H^{18} Az^5 O^6 Ag$), très bactéricide et de toxicité extrêmement faible. L'injection intraveineuse (et à un degré moindre les injections sous-cutanées) d'une solution à 5 p. 1000 de ce corps détermine une leucocytose abondante, une exaltation du pouvoir leucocytaire, se traduisant cliniquement par un abaissement considérable de la température (non précédé comme avec les métaux colloïdaux d'une brusque élévation), et d'une activation des fonctions éliminatrices (diurèse et sudation notablement augmentées). A l'appui de son opinion il apporte plusieurs observations de septicémie et de pneumonie grippale, qui, toutes, présentent après une ou deux injections de $C^{16} H^{18} Az^5 O^6 Ag$, une défervescence rapide suivie d'une prompte guérison. Il est donc amené à conclure à la très réelle valeur thérapeutique de ce sel organique d'argent, valeur toujours égale et quelquefois supérieure à celle des métaux colloïdaux, avec, sur ces derniers, l'avantage de l'absence de réactions thermiques. Son emploi précoce lui paraît indiqué aussi bien dans les infections généralisées que dans les infections locales graves : 10 centimètres cubes intraveineux pour débuter, puis de 2 à 5 centimètres cubes toutes les 24 heures, si nécessaire, jusqu'à la défervescence.

(1) M. Jeansotte, thèse Bordeaux, 1919.

LIVRES NOUVEAUX

Traitement curatif et prophylactique de la grippe épidémique (1), par le Dr Mirovitch.

Le traitement du Dr Mirovitch consiste à employer le sérum antidiphtérique de Roux, non pas en injections hypodermiques mais en potion formulée.

Il affirme que le sérum de Roux pris à l'intérieur par doses fractionnées (1 à 2 cc. par heure) constitue le traitement spécifique de la grippe; notre confrère prescrit, en outre, des suppositoires à base de sulfate de quinine, car, pour ménager la muqueuse gastrique, il proscrit la quinine par la voie buccale. L. G.

STATISTIQUE MUNICIPALE DE LA VILLE DE PARIS. — Le bureau de la statistique a enregistré, du 11 au 20 février 1920, 1.487 décès au lieu de 1.540 pendant la décade précédente et au lieu de 1.587, moyenne de la saison.

La scarlatine a causé 6 décès (moyenne 2), cas nouveaux signalés 189 (moyenne 69).

La coqueluche a causé 12 décès (moyenne 8).

La diphtérie a causé 6 décès (moyenne 4). Cas nouveaux signalés 115 au lieu de 149 pendant la décade précédente (moyenne 48).

La diarrhée infantile a causé 34 décès (moyenne 15).

75 décès ont été attribués à la grippe.

Il y a eu 1 décès par méningite cérébro-spinale épidémique, 7 cas nouveaux ont été signalés.

On a enregistré la naissance de 1.663 enfants vivants.

AVIS

En raison de l'élévation des frais d'affranchissement, pour éviter toute correspondance inutile, il ne sera répondu aux demandes de numéros que lorsqu'elles seront accompagnées du montant de ces numéros en timbres-poste ou mandat.

(1) Une brochure de 14 pages. — Prix : 1 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

NOTES POUR L'INTERNAT

TRONC DE L'ARTÈRE HUMÉRALE

DÉFINITION. — Gros tronc nourricier du membre supérieur, l'artère humérale continue la direction de l'artère axillaire, se bifurquant au niveau du pli du coude en deux branches : l'artère radiale et l'artère cubitale.

SITUATION. — Elle est située dans la loge antérieure du bras dans le canal brachial.

ORIGINE. — Elle naît au niveau du bord inférieur du grand pectoral, continuant l'artère axillaire.

TRAJET. — Elle traverse toute la loge antérieure du bras placée sur le côté interne du muscle biceps.

TERMINAISON. — Elle se termine un peu au-dessous du pli du coude, par bifurcation en artère radiale et en artère cubitale. Exceptionnellement la bifurcation peut se faire plus tardivement; par contre, la bifurcation prématurée est assez fréquente et on observe au bras la présence d'un tronc surnuméraire qui peut suppléer une des deux branches terminales, tandis que l'artère humérale plus bas se bifurque comme d'habitude ou, dans quelques cas, se continue très grêle avec l'interosseuse commune.

DIRECTION. — Oblique en bas, en avant et en dehors.

Variable avec les positions du bras. Verticale, le bras pendant le long du corps, elle devient horizontale en position de dissection et de ligature.

Par rapport à l'humérus. Interne en haut, elle est placée sur sa face antérieure au niveau du pli du coude; elle le contourne donc légèrement en spirale.

Direction par rapport aux plans superficiels. Ligne de ligature. Elle va du sommet du creux de l'aisselle au milieu du pli du coude.

CALIBRE. — Régulier, il diminue progressivement de haut en bas.

RAPPORTS. — 1° AU NIVEAU DE SON ORIGINE. — L'artère pénètre dans le canal brachial par un orifice très étroit, limité en avant par le tendon du muscle grand pectoral, en arrière par les tendons réunis des muscles grand dorsal et grand rond, en dehors par le coraco-biceps adhérant à l'arcade de Stuthers, en dedans par le renforcement aponévrotique externe de l'aponévrose qui limite la base du creux de l'aisselle; c'est l'armbogen ou arc brachial qui, tendu entre le muscle grand pectoral en avant et les muscles grand dorsal et grand rond en arrière, va se continuer avec l'aponévrose interne du bras.

Cet arc aponévrotique peut, dans quelques cas, contenir des fibres musculaires et même former un muscle véritable qui, dans la ligature haute de l'artère, gênera pour arriver sur le vaisseau. L'artère traverse cet orifice, en compagnie de la veine humérale sur son côté interne, du médian sur sa face antérieure, du musculo-cutané sur sa face externe, du radial sur sa face postérieure, le cubital et le brachial cutané interne se trouvant au-dessous de la veine.

2° AU NIVEAU DU BRAS. — A. *Rapports avec les parois.* — En avant. C'est le bord interne du coraco-brachial remplacé plus bas par celui du biceps qui est le muscle satellite de l'artère, celui qu'on palpe pour repérer l'artère au cours de sa ligature. Si le sujet est très musclé, la face antérieure de l'artère est complètement recouverte; sinon elle est en rapport direct avec l'aponévrose.

En arrière. L'artère répond à la cloison intermusculaire interne qui la sépare du muscle vaste interne; à ce niveau, l'artère répond au nerf cubital qui vient de perforer la cloison intermusculaire interne en compagnie de l'artère et des veines collatérales internes supérieures, formant à ce niveau un paquet vasculo-nerveux qui, dans une ligature mal conduite, a pu donner le change pour l'artère humérale; plus bas, elle repose sur la face antérieure du muscle brachial antérieur qui la sépare de l'humérus.

En dedans. C'est l'aponévrose brachiale recouverte par le tissu cellulaire et la peau; dans le tissu cellulaire, chemine la veine basilique rapidement rejointe par le nerf brachial cutané interne et son accessoire, nerfs anastomosés à ce niveau avec le 2e perforant intercostal.

En dehors. C'est le coraco-brachial inséré sur la face interne de l'humérus à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur perforé à ce niveau par le nerf musculo-cutané, point où vient aboutir l'arcade de Stuthers. Plus bas, c'est l'interstice compris entre le biceps et le coraco-brachial.

B. *Rapports avec les organes du paquet.* — L'artère traverse la région donnant à son origine un rameau externe deltoïdien, une branche postérieure, la collatérale externe ou humérale profonde, satellite du nerf radial; la collatérale interne supérieure, satellite du nerf cubital, la collatérale interne inférieure qui cheminera dans la gouttière interne du pli du coude, enfin des rameaux musculaires et une artère nourricière de l'humérus.

L'artère est accompagnée par des veines humérales, l'une interne, l'autre externe, cette dernière plus grêle, souvent anastomosées entre elles, tantôt en avant, tantôt en arrière de l'artère. Souvent, au niveau du pli du coude, la veine collatérale externe passe en avant de l'artère. Il faut ajouter deux troncs lymphatiques profonds avec trois ou quatre ganglions étagés sur le parcours.

Le rapport important est le nerf médian qui croise en X très allongé la direction de l'artère. Externe en haut, le nerf croise la face antérieure du vaisseau pour se placer en dedans de lui au niveau du coude; dans des cas très rares, le nerf croise la face postérieure de l'artère; de même Marcellin Duval signale comme habituelle l'absence de croisement, le nerf médian étant interne dès le creux de l'aisselle.

Le paquet vasculo-nerveux, étant ainsi constitué, est entouré d'une gaine fibreuse commune, l'artère ayant en plus un étui spécial : la gaine artérielle; aussi dans la ligature du vaisseau faut-il dénuder soigneusement pour ne pas englober les filets sympathiques très nombreux qui accompagnent le paquet et auxquels M. Leriche fait jouer un rôle important dans la pathogénie de la causalgie.

3° AU NIVEAU DU COUDE. — L'artère repose dans la gouttière interne du fer de lance de Gerdy, ayant en *dehors* d'elle et contre elle le tendon nacré du biceps; en *dedans*, mais à distance, la masse épitrochlée et en particulier le muscle rond pronateur; en *arrière*, le muscle brachial antérieur qui la sépare de l'articulation du coude; en *avant*, l'aponévrose renforcée par l'expansion bicipitale et la séparant de la veine médiane basilique et de la peau.

Elle chemine ici en compagnie des deux veines humérales dont l'externe recouvre sa face antérieure, en compagnie du nerf médian dont elle est séparée par le faisceau coronoïdien du rond pronateur, en compagnie de l'artère récurrente cubitale antérieure qui monte s'anastomoser avec l'artère collatérale interne inférieure.

LIGATURE. — L'artère peut être liée au niveau de ses trois portions : la ligne de ligature va du sommet de l'aisselle au milieu du pli du coude; le muscle biceps est son muscle satellite qui sert de repère à la partie moyenne du bras par son corps charnu, au niveau du coude par son tendon; plus haut, c'est sa courte portion avec le coraco-brachial qui serviront de guide. Sa ligature est bénigne en raison des nombreuses voies anastomotiques qui faciliteront le rétablissement de la circulation.

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Causeries philosophiques, par M. A. BADOUREAU, ingénieur en chef des Mines, en retraite. In-8 carré (225×140) de xx-226 p. — Prix : 8 fr. (major. temp., 50 p. 100). — Paris, Gauthier-Villars et Cie.

Les Paralysies amyotrophiques dissociées du plexus brachial à type supérieur consécutives à la sérothérapie antitétanique, par le Dr Charles DURAND. In-8. — Paris, Amédée Legrand.

N° 30. — JEUDI 25 MARS 1920. 93e ANNÉE. JEUDI 25 MARS 1920. — N° 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 15 francs par an.
Étudiants étrangers, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 6 fr. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 22 mars. — MM. Faroy, 19; Flandin, 16; Gougerot, 18.

Liste des candidats admissibles :

MM. Ameuille, Gougerot, Chiray, Gaultier, Debré, Beaufumé, Renaud, Laroche, Vallery-Radot, Joltrain, Weil (Mathieu-Pierre), Deguy, Lemaire, Milhit et Faroy.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HOPITAUX. — *Lecture des copies.* — Séance du 23 mars. — MM. Rouhier et Douay, 24; Kendirdjy, 25; Deniker et Desplas, 27.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Lecture des copies.* — *Pathologie.* — Séance du 23 mars. — MM. Schlesser, 10; Desnoyers, 13; Lefèvre (Bernard) et Deroche, 12; Lange, 9; Lanos, 12; Neveux, 7.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 20 mars. — Question donnée : « Complications de la fièvre typhoïde. »

Mlle Thizy, M. Samsœn et Mlle Simon, 16; MM. Thibault (Aug.), 12; Scialom, 11; Theillier, 16; Troncin, 13; Mlle Schulmann, 16; MM. Thirion (J.) et Royer (A.), 10; Mlle Sazerac de Forge, 18 1/2; MM. Thoumas, 8; Tsin et Mlle Rekis, 14; MM. Thullant et Sauzay, 11; Vasseur, 14; Mlles Vasseur, 12; Rémy, 15; de Sèze, 16 1/2; M. Thurel, 14.

Séance du 23 mars. — Question donnée : « En présence d'un genou augmenté de volume discuter le diagnostic probable. »

MM. Sicard, 14; Rudolf, 10; Rosier et Mlles Richard, 12; Sayag, 15; MM. Terrin (P.), 13; Topart, 12; Seguin, 14; Schrameck, 13; Schœngrun, 12; Stil, 6; Widlöcher, 11 1/2; Mlle Wachi, 11; MM. Yotte, 15; Voukassovitch et Weber, 11; Willemin, 13; Mlle Waynbaum, 19.

Anatomie. — Séance du 20 mars. — Question donnée : « Artère fémorale. »

MM. du Fayet de la Tour et Gaillard, 13; Girard (R.), 11; Géray (G.), 12; Flahaut, 16; Hervé, 15; Mlle Gé, 9; M. Flipo, 14 1/2; Mme Guestchel, 17; MM. Fouché, 15; Gley, 16 1/2; Mlle Henry, 13; MM. Guitton, 10; Hiély, 7; Mlle Hugueny, 11 1/2; M. Ferry, 10; Mlle Harmelin, 18; MM. Guyot, 12; Flaizy, 15;

Séance du 22 mars. — Question donnée : « Configuration extérieure et rapports de la trachée. »

M. Gauthier, 10; M. Fontaine et Mlle Gagey, 14 1/2; MM. Gricouroff (Georges), 13; Fradiss, 10; Hurez, 12; Mlle Halperson, 15; MM. Gence (R.), 16; Gourdeau, 6; Foyatier, 7; Gauthier (Jean), 16 1/2; Garnier, 15; Fumery, 17; Ferey, 19; Houlnick (G.-H.), 11 1/2; Firbach, 9; Froyez, 16.

Séance du 23 mars. — Question donnée : « L'os occipital. »

Mlle Hallion, 17; MM. Grandperrin, 12; Henriot, 12 1/2; Mlle Fesquet, 8; MM. Gruntescu, 11; Besson (A.), 15; Cachera, 16; Arthaud, 11; Biancani (Elio), 18; Biancani (H.), 16; Bourdillon, 9; Adatto, 5; Blondeau (A.), 13; Aubert (F.), 8; Bertrand (J.), 9; Broujaniski, 10.

HOPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — *Concours de l'internat.* — Epreuve écrite :

Notes : MM. Princeteau et Ragot (André), 14; Moreau (Noël), 10; Rioux, 18; Carrère, 13; Caubet, 16; Daraignez, 18; Dax, 15; Cadenaule, 12; Massières, 17; Ichon, 10 1/2; Poirier, 11; Pauzat, 12; Monod, 11; Faure, 12.

— MARSEILLE. — *Concours de l'internat.* — Un concours pour 12 places d'internes s'ouvrira, le lundi 31 mai 1920, à 9 heures, à l'Hôtel-Dieu de Marseille. Ce concours est réservé aux candidats qui ont été mobilisés, déjà externes des hôpitaux de Marseille ou internes ou externes des hôpitaux annexés à une faculté de médecine.

Traitement de 3.100 à 3.300 fr.

S'inscrire à l'administration des hospices avant le 17 mai.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Les *chefs de travaux pratiques et de laboratoires de recherches* sont rangés, par ordre d'ancienneté, dans les classes suivantes :

1re classe, 13.000 fr. : M. Guilleminot; 2e classe, 12.000 fr. : M. Philibert; 3e classe, 11.000 fr. : M. Garrelon.

Préparateurs. — 1re classe, 11.000 fr. : MM. Turchini, Aronsshon, Hildt, Le Serrec de Kervily.

2e classe, 10.000 fr. : MM. Langeron, Lassablière.

3e classe, 9.000 fr. : MM. Murlay, Bulliard, Lelièvre, Ameuille.

4e classe, 8.000 fr. : MM. Verne, Bernard, Augier, Kohn-Abrest, Reinholdt.

5e classe, 7.000 fr. : MM. Dervieux, Lhermitte, Gérard, Cardot, Couroux, Haas.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Le décret du 22 août 1854 relatif au rectorat de l'Académie de Paris est abrogé.

Les fonctions de recteur de l'Académie de Paris ne seront plus exercées par un vice-recteur mais par un recteur. On sait que, jusqu'ici, c'était le ministre de l'Instruction publique qui était de droit recteur de l'Académie de Paris.

— M. Appell, doyen honoraire de la Faculté des sciences, membre de l'Institut, est nommé recteur de l'Académie de Paris.

COMITÉ CONSULTATIF DE L'ENSEIGNEMENT PUBLIC. — MM. Hugounenq, doyen de la Faculté de médecine de Lyon, et Sigalas, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux, ont été nommés membres de la Commission de médecine et de pharmacie du Comité consultatif de l'enseignement public au ministère de l'Instruction publique.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — CONSEIL SUPÉRIEUR DES SOCIÉTÉS DE SECOURS MUTUELS. — Les délégués des syndicats médicaux sont convoqués pour le dimanche 9 mai 1920, à l'effet d'élire le représentant desdits syndicats au Conseil supérieur des sociétés de secours mutuels.

Les opérations électorales commenceront à 8 heures du matin et seront closes à 6 heures du soir.

CONFÉDÉRATION DES TRAVAILLEURS INTELLECTUELS. — La Confédération des travailleurs intellectuels (C. T. I.) vient de se constituer. Au cours d'une assemblée tenue à la mairie de la rue Drouot sous la présidence de M. Romain Coolus, président de la Société des auteurs dramatiques, assisté de M. Borel, sous-directeur de l'Ecole Normale, et de M. Imbert, représentant les Ingénieurs civils, les statuts de la C. T. I. ont été votés à l'unanimité.

Après le vote, M. Jules Perrin, délégué de la Société des gens de lettres, a donné connaissance à l'assemblée du manifeste rédigé par le comité provisoire.

Le but de la C. T. I., « ouverte à toutes les associations de travailleurs intellectuels », s'y trouve ainsi défini :

« Elle entend représenter, coordonner et défendre les intérêts de tous ceux, hommes et femmes, qui tirent leurs principaux moyens d'existence, non de leur labeur manuel ou du revenu de leurs propriétés, mais du travail de l'esprit et des œuvres de la pensée.

La raison d'être de la C. T. I. est de représenter l'ensemble des valeurs intellectuelles. Il lui est donc interdit de s'engager dans la lutte des partis. Elle admet, sans avoir à décider entre elles, toutes les conceptions politiques, toutes les confessions religieuses.

Loin d'opposer les conquêtes corporatives les unes aux autres, elle croit à la possibilité de les harmoniser suivant un plan général.

Sa méthode consiste à replacer chacun dans le milieu où il peut donner toute la mesure de sa capacité, à lui assurer une rémunération proportionnelle à ses services, à faire prévaloir dans la discussion du problème social, qui devient avant tout un problème de direction technique, les solutions de la science et de la compétence. »

Nous ne saurions trop recommander à toutes les Sociétés médicales, à tous les Syndicats et à toutes les Associations professionnelles d'adhérer à la C. T. I. Pour les adhésions et les renseignements on peut s'adresser à la Société des auteurs dramatiques, 12, rue Henner, à Paris (9e).

LA COMMÉMORATION DE WILLIOT A L'UNIVERSITÉ LIBRE DE LILLE. — Pendant l'occupation allemande, un pharmacien de Roubaix, Joseph Williot eut l'héroïsme de publier un journal l'*Oiseau de France*, qui soutint le courage des populations du Nord pendant la douloureuse épreuve. Traqué par les boches, emprisonné en Allemagne, Williot est mort victime des barbares, au moment où il était enfin libéré par la victoire.

Pour honorer sa glorieuse mémoire, la Faculté libre de médecine et de pharmacie de Lille, où il professa, vient de lui élever un buste.

Cette cérémonie à laquelle assistait le recteur de l'Académie de Lille, les évêques de Lille, d'Arras et de Cambrai, le recteur de l'Université libre, et un très grand nombre de personnalités lilloises et roubaisiennes fut un bel exemple de cette union sacrée qui soutint nos compatriotes du Nord pendant leur martyre et qui leur permet aujourd'hui ce magnifique effort de reconstitution qui devrait servir de modèle à la France entière.

AUX MÉDECINS DU NORD. — Les médecins exerçant avant la guerre dans le Nord de la France (Nord, Pas-de-Calais, Somme, Aisne, Oise), actuellement installés à Paris ou dans la banlieue sont priés de bien vouloir envoyer leur adresse, le plus tôt possible, au docteur E. Bernard, ancien interne des hôpitaux, 12 bis, rue Raynouard, à Paris.

SOMMAIRE DES ANALYSES

(Les articles en *caractères italiques* sont ceux qui sont analysés, les autres ne sont qu'annoncés.)

NUMÉROS D'ANALYSES DÉJA PARUS

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

BACTÉRIOLOGIE & MALADIES INFECTIEUSES

Sous la direction de M. André LEMIERRE,

PROFESSEUR AGRÉGÉ, MÉDECIN DES HÔPITAUX

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Origine et valeur clinique de l'urobilinurie. (M. BRULÉ. *Presse méd.*, n° 71, 26 nov. 1919, p. 714.) — Au cours de ses recherches sur les ictères, Brulé a eu à aborder le difficile problème de l'urobilinurie ; il lui a paru qu'aucune des hypothèses classiques ne pouvait expliquer intégralement les faits cliniques et expérimentaux récemment observés. Brulé critique particulièrement la théorie entéro-hépatique qui a beaucoup d'adeptes, mais qui est absolument infirmée par certains faits très précis.

Dans la question de l'urobilinurie certains points sont actuellement bien acquis et doivent servir de bases aux hypothèses. La transformation de la bilirubine en urobiline est possible *in vivo* comme *in vitro*. D'autre part les rapports de l'urobilinurie avec la bilirubinémie sont incontestables ; l'urobiline apparaît dans l'urine quand la quantité de bilirubine contenue dans le sang s'élève anormalement ; si la bilirubinémie devient encore plus forte, la bilirubine apparaît dans l'urine, soit seule, soit en même temps que l'urobiline (Gilbert et Herscher). Mais on ne peut expliquer cette succession de faits en admettant une transformation plus ou moins complète de la bilirubine en urobiline au niveau du parenchyme rénal ; il est, en effet, bien prouvé aujourd'hui que l'urobiline existe préformée dans le sang toutes les fois qu'elle apparaît dans l'urine.

Brulé pense que la bilirubine est une de ces substances qui ont un *seuil d'excrétion*, c'est-à-dire qui n'apparaissent dans l'urine que quand elles ont dépassé dans le sang une certaine proportion. Si la bilirubine est retenue dans le sang en quantité plus élevée que normalement, mais en quantité insuffisante pour atteindre le seuil d'excrétion, elle ne peut passer dans l'urine ; l'organisme lutte alors contre l'imprégnation pigmentaire en transformant, dans tous les tissus, la bilirubine en un pigment moins toxique et plus diffusible, l'urobiline qui, à l'inverse de la bilirubine, peut passer aisément du sang dans l'urine. La physiologie comparée confirme cette hypothèse et montre que chez le chien le seuil d'excrétion de la bilirubine est beaucoup moins élevé que chez l'homme.

L'urobilinurie n'est donc, pour Brulé, qu'un symptôme de *rétention pigmentaire* et cela explique pourquoi parallèlement on trouve si souvent des sels biliaires dans l'urine (Brulé et Garban). L'urobilinurie n'en reste pas moins dans la majorité des cas un signe d'*insuffisance hépatique*, car beaucoup de rétentions biliaires sont dues à des lésions de la cellule hépatique et à des troubles fonctionnels du foie.

Mais la cause de la rétention pigmentaire pourra être tout autre et l'urobilinurie ne sera plus liée alors à l'insuffisance hépatique ; ainsi elle peut apparaître au déclin des ictères causés par des obstructions des voies biliaires.

La rétention pigmentaire, et son corollaire l'urobilinurie, pourront aussi être dues non plus à un obstacle au cours de la bile mais bien à une hyperproduction de pigments biliaires ; dans les ictères hémolytiques l'urobilinurie est de règle, mais alors les sels biliaires manquent dans les urines (Widal, Abrami et Brulé).

Pratiquement l'urobilinurie reste un symptôme d'importance capitale ; elle a même valeur que la bilirubinurie et ne s'en sépare que par une question de degré dans la cholémie ; la recherche systématique de l'urobilinurie permet de dépister des rétentions biliaires légères qui peuvent ne pas suffire à jaunir les téguments. L'étude des urines à ce point de vue est plus rapide et plus sûre que le dosage de la bilirubine dans le sérum sanguin, d'autant plus qu'il importe toujours de rechercher la rétention des sels biliaires en même temps que la rétention des pigments.

Le travail de M. Brulé jette une lumière très vive sur la question de l'urobilinurie qu'il a le mérite de simplifier singulièrement et de mettre entièrement d'accord avec les constatations de la clinique.

IMMUNITÉ. ANAPHYLAXIE

Sur un microbe invisible antagoniste des bacilles dysentériques. (F. D'HÉRELLE. *C. R. de l'Acad. des Sc.*, t. CLXV, p. 373, séance du 10 sept. 1917.)

Technique de la recherche du microbe filtrant bactériophage (bacteriophagum intestinale). (F. D'HÉRELLE. *C. R. de la Soc. de biol.*, séance du 7 déc. 1918.)

Sur le rôle du microbe filtrant bactériophage dans la dysenterie bacillaire. (F. D'HÉRELLE. *C. R. de l'Acad. des Sc.*, t. CLXVII, p. 970, séance du 9 déc. 1918.)

Du rôle du microbe filtrant bactériophage dans la fièvre typhoïde. (F. D'HÉRELLE. *C. R. de l'Acad. des Sc.*, t. CLXVIII, p. 631, séance du 24 mars 1919.)

Sur une épizootie de typhose aviaire. (F. D'HÉRELLE. *C. R. de l'Acad. des Sc.*, t. CLXIX, p. 817, séance du 3 nov. 1919.)

Sur le rôle du microbe bactériophage dans la typhose aviaire. (F. D'HÉRELLE. *C. R. de l'Acad. des Sc.*, t. CLIX, p. 932, séance du 17 nov. 1919.)

Sur le microbe bactériophage. (F. D'HÉRELLE. *C. R. de la Soc. de biol.*, t. LXXXII, p. 1237, séance du 29 nov. 1919.)

Le processus de défense contre les bacilles intestinaux et l'étiologie des maladies intestinales. (F. D'HÉRELLE. *C. R. de l'Acad. des Sc.*, t. CLXX, p. 72, séance du 5 janv. 1920.)

Sur la culture du microbe bactériophage. (F. D'HÉRELLE. *C. R. de la Soc. de biol.*, t. LXXXIII, n° 3, p. 52, séance du 24 janv. 1920.)

Sur la résistance des bactéries au microbe bactériophage. (F. D'HÉRELLE. *C. R. de la Soc. de biol.*, t. LXXXIII, n° 4, p. 97, séance du 31 janv. 1920.)

Recherches expérimentales sur la vaccination préventive contre le bacille dysentérique de Shiga. (TAMEZO KABESHIMA. *C. R. de l'Acad. des Sc.*, t. CLXIX, p. 1061, séance du 1er déc. 1919.)

Thérapie expérimentale des porteurs de germes. (TAMEZO KABESHIMA. *C. R. de l'Acad. des Sc.*, t. CLXX, p. 71, séance du 5 janv. 1920.)

La série de travaux publiés depuis 1917 par M. d'Hérelle met en lumière un fait absolument nouveau et d'une très grande portée théorique et pratique : un microbe invisible manifeste à certains moments sa présence dans l'intestin, non pas à titre de parasite de l'homme ou des animaux, mais à titre de parasite très virulent des microbes intestinaux pathogènes et intervient dans la défense de l'organisme.

Les dimensions de ce microbe invisible (*bacteriophagum intestinale de d'Hérelle*), vérifiées par filtration à travers des membranes de collodion de différentes duretés, sont environ celles d'une molécule d'albumine. Il vit dans l'intestin normal aux dépens du colibacille. C'est un bactériophage obligatoire, c'est-à-dire qu'il ne se développe qu'aux dépens des bacilles intestinaux.

C'est au cours des infections intestinales qu'on peut mettre le mieux son existence en évidence et c'est en étudiant les selles des dysentériques que M. d'Hérelle l'a découvert. S l'on ensemence en bouillon quelques parcelles des matièresi fécales d'un dysentérique convalescent ou porteur d'une entérite banale postdysentérique ; si l'on porte à l'étuve à 37° pendant 18 heures, et si l'on filtre sur bougie Chamberland L_3, on obtient un filtrat absolument privé de bactéries visibles, mais qui contient le bacteriophagum intestinale. Il suffit d'ajouter une trace de ce filtrat à une culture en bouillon de bacilles de Shiga, pour que le bacille de Shiga soit tué, puis lysé dans un laps de temps variant de quelques heures à quelques jours, si bien que le bouillon redevient absolument clair. Ce bouillon absolument clair représente une culture de bacteriophagum intestinale, développée aux dépens du bacille de Shiga. Il s'agit bien d'un microbe et non d'une simple diastase : il est indéfiniment repiquable à condition d'être repiqué chaque fois dans une culture de bacille de Shiga. L'extrémité d'un fil de platine trempée dans la culture de bacteriophagum intestinale, soit un millième de centimètre cube, suffit à des centaines et sans doute à des milliers de repiquages successifs, ce que ne pourrait assurer une diastase, quelle que fût son activité.

Le bacteriophagum intestinale résiste au chauffage à 65° pendant 1 heure, tandis que le Shiga est tué par un chauffage à 56° pendant le même temps.

C'est surtout dans les dysenteries bacillaires graves au début de leur amélioration, ou dans les cas très légers se traduisant par quelques épreintes et par quelques selles caractéristiques que l'on trouve le plus facilement le bacteriophagum intestinale virulent pour le bacille de Shiga. Dans les dysenteries prolongées, il n'a qu'une action nulle ou très faible, qui devient brusquement forte au moment où survient une amélioration. Le pouvoir bactériophage disparaît brusquement des selles au moment de la convalescence, quand le bacille de Shiga disparaît lui-même.

Si l'on suit l'évolution du pouvoir bactériophage, on voit qu'au début de la dysenterie il se manifeste soudain vis-à-vis du colibacille, puis vis-à-vis du bacille de Shiga. De la plus ou moins grande rapidité avec laquelle se constitue le pouvoir bactériophage vis-à-vis du bacille de Shiga dépendent la gravité et la durée de la dysenterie. L'antagonisme du bacteriophagum intestinale n'est pas spécifique pour le bacille de Shiga : en le cultivant en symbiose avec les bacilles de Flexner et de Hiss, il devient peu à peu virulent pour ces microbes, en même temps que sa virulence pour le bacille de Shiga diminue peu à peu et finit par disparaître.

Dans la fièvre typhoïde, le bacteriophagum intestinale se montre doué de virulence vis-à-vis du bacille typhique au moment de l'amélioration définitive des symptômes. Cette apparition de la virulence pour le bacille d'Eberth est précédée d'une exaltation de la virulence pour le colibacille. De plus, la virulence s'étend aussi aux bacilles paratyphiques et dysentériques, ou à l'une ou l'autre de ces espèces. Dans les formes graves de fièvre typhoïde la virulence du bacteriophagum intestinale est plus spécifique et se limite au bacille d'Eberth et au colibacille.

Dans certaines formes très sévères le pouvoir bactériophagique est encore plus étroitement spécifique et ne s'exerce que vis-à-vis du bacille d'Eberth isolé du malade par hémo ou coproculture.

La présence du bacteriophagum intestinale dans le sang des typhiques n'a pas été recherchée ; mais elle a été constatée dans le sang de rats atteints de septicémie à *bacillus typhi murium*, affection assez analogue à la typhoïde humaine.

M. d'Hérelle a étudié, au point de vue bacteriophagum intestinale, une épizootie de typhose aviaire, déterminée par le *bacillus sanguinarum de Moore*.

En milieu épidémique la maladie se déclare chez les poules dont l'intestin ne renferme pas de microbe bactériophage virulent pour le bacillus sanguinarum. Dans les cas exceptionnels où la maladie guérit chez une poule, cette guérison est annoncée par l'apparition dans les matières fécales d'un pouvoir bactériophage très intense pour le bacillus sanguinarum.

Quand une poule gravement atteinte guérit, l'épidémie s'arrête brusquement dans la basse-cour : le microbe bactériophage s'est propagé en moins de 3 jours à toutes les poules ; l'immunité est contagieuse au même titre que la maladie elle-même.

Si le microbe bactériophage se laisse plus facilement déceler et est doué d'une activité beaucoup plus grande au cours des infections intestinales, il existe aussi chez les individus normaux et les divers aspects de sa virulence conduisent à des déductions du plus haut intérêt.

Sur 23 examens pratiqués chez un homme normal, 12 ont montré la présence d'un bactériophage actif : 2 contre le Shiga, 2 contre les bacilles de Hiss et de Flexner, 1 contre le para A, 3 contre le para B, 3 contre le bacterium coli, 1 particulièrement actif contre le bacille du Hog-choléra. Chez le même sujet des troubles intestinaux légers étant survenus à deux reprises, M. d'Hérelle a trouvé la première fois un bactériophage très actif contre le para B et le colibacille ; la deuxième fois contre le bacille de Hiss avec un certain degré d'activité contre le bacille de Flexner et le colibacille. Dans les deux cas ce pouvoir bactériophage exalté a été très passager.

Chez 29 chevaux vivant en milieu non épidémique, 6 fois on a décelé un pouvoir bactériophagique net vis-à-vis d'une seule espèce de bacille intestinal ; 23 fois l'activité était manifeste contre tous les bacilles intestinaux à la fois, mais à des degrés très divers suivant les microbes et suivant les jours. Des résultats analogues ont été enregistrés chez d'autres animaux.

Or, l'activité du bactériophage envers une bactérie donnée ne peut s'expliquer que si ce bactériophage a cultivé dans l'intestin aux dépens de cette bactérie ; et le microbe bactériophage cesse d'être actif peu de jours après la destruction de cette bactérie. Chez les animaux et même chez l'homme, moins exposé pourtant, l'ingestion de bacilles dysentériques, typhiques et paratyphiques doit être fréquente ; puisque, très souvent, chez eux le bacteriophagum intestinale est doué d'un pouvoir bactéricide pour l'un de ces microbes ou pour tous à la fois. Dans ce cas le bactériophage intestinal, par une adaptation rapide, a détruit les germes envahisseurs avant toute multiplication. Si cette adaptation rapide ne se produit pas la maladie se déclare. Une des causes principales de cette entrave à l'adaptation rapide à la bactériophagie est sans doute une modification physique ou chimique du contenu intestinal.

Lorsqu'on cultive un bactériophage à virulence exaltée son pouvoir bactéricide est absolu. Il tue et détruit tous les bacilles contenus dans le milieu ; mais il ne détruit et ne lyse que les bacilles vivants, de sorte que la culture ne s'éclaircit complètement que si le nombre de bacilles morts qui s'y trouve est nul ou insignifiant. Quand on ensemence un bactériophage dans une émulsion de bacilles contenant moins de 500 millions de bactéries par centimètre cube, la lyse est totale ; si l'émulsion est plus chargée en bacilles, le milieu reste toujours plus ou moins louche. En tous cas, si l'action lytique se trouve entravée à un moment donné, l'action bactéricide est toujours totale.

Si, au lieu d'ensemencer une culture avec un bactériophage

très virulent, on l'ensemence avec un bactériophage d'activité moyenne, il peut arriver que quelques éléments microbiens ne soient pas tués. On voit tout d'abord le milieu s'éclaircir sous l'influence de la lyse, puis il se trouble à nouveau légèrement en raison de la multiplication des bacilles qui ont survécu et prend l'aspect d'une culture discrète; ces bacilles résistants présentent des formes d'involution assez curieuses et sont inagglutinables par le sérum spécifique. Repiqués, ils donnent des cultures de bacilles non résistants à la bactériophagie et normalement agglutinables.

La possibilité pour certains microbes intestinaux d'acquérir l'immunité vis-à-vis du bactériophage peut expliquer le mécanisme des rechutes dans la dysenterie et la fièvre typhoïde et aussi l'existence des porteurs de germes.

Au point de vue pratique, M. d'Hérelle pense qu'il est logique de proposer, comme traitement de la dysenterie bacillaire, l'administration, dès l'apparition des premiers symptômes, de cultures actives de microbes bactériophages.

Le bactériophage antishiga n'exerce aucune action pathogène vis-à-vis des animaux d'expérience. Les cultures lysées de Shiga, qui sont en réalité des cultures du bactériophage invisible, jouissent de la propriété d'immuniser le lapin contre une dose de bacille de Shiga tuant cet animal en 5 jours.

M. Tamezo Kabeshima a repris ce dernier point des recherches de M. d'Hérelle. Il a vu que le bactériolysat de cultures de bacille de Shiga contient la toxine de ce bacille, d'abord très active, mais dont la virulence diminue au bout de 3 semaines à un mois de vieillissement.

Des lapins ont reçu dans une veine 1 cc. de lysat de bacilles de Shiga datant de 3 semaines à 2 ans et demi. Onze jours après, ces lapins ont été inoculés avec une dose 3 fois mortelle de bacille de Shiga. Tous ont survécu, tandis que les témoins sont morts. L'immunité est déjà solide le 5e jour après l'injection vaccinale.

Une injection sous-cutanée de 2 cc. de lysat suffit à protéger solidement le lapin contre une injection intraveineuse virulente de bacille de Shiga, à condition que le lysat ne soit pas âgé de plus de 3 mois.

Pour obtenir le même résultat avec des lysats plus anciens, il faut renouveler une 2e fois l'injection vaccinale.

Il est probable que l'immunité après attaque de dysenterie s'obtient par résorption des produits de dissolution dans l'intestin du bacille de Shiga.

On peut espérer pouvoir vacciner contre la dysenterie humaine au moyen des lysats de bacilles dysentériques.

M. Tamezo Kabeshima a vu que, si l'on injecte un bactériolysat quelconque dans la veine d'un lapin, on retrouve d'une façon constante le principe bactériolytique dans la bile de la vésicule biliaire. Il a rendu des lapins porteurs de germes en leur injectant directement dans la vésicule biliaire de la culture de bacille de Shiga. Puis il a pratiqué au bout de 7 jours chez ces animaux une injection intraveineuse de bactériolysat de bacille de Shiga préparé depuis 2 mois.

Quarante-huit heures plus tard les bacilles de Shiga avaient disparu de la vésicule biliaire, tandis que celle des témoins en contenait toujours. Peut-être y a-t-il là le point de départ d'une thérapeutique à utiliser chez les hommes porteurs de bacilles typhiques.

En résumé, on voit que, dans les infections intestinales, l'immunité, comme la guérison, relèverait non seulement d'un facteur humoral dû à une réaction de l'organisme malade, mais aussi de l'activité du microbe bactériophage invisible. Ce bactériophage est l'agent d'une maladie contagieuse sévissant sur les bacilles pathogènes intestinaux. Il est à la bactérie pathogène ce que la bactérie pathogène est à l'organisme supérieur qu'elle contamine.

La vaccination contre les états typhoïdes par la voie buccale. (A. Besredka. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1919, t. XXXIII, n° 12, p. 882.) — Il est hors de doute que l'immunité conférée par une fièvre typhoïde antérieure est plus solide que celle conférée par la vaccination antityphique. M. Besredka s'est demandé si, en cherchant à imiter la nature, on ne pourrait atteindre un degré d'immunisation supérieur à celui que confère la vaccination par la voie artificielle. Les expériences à ce sujet sont facilitées depuis qu'il a montré que les lapins préparés par ingestion de bile sont sensibles à l'infection intestinale, et qu'on se rapproche ainsi des conditions de la fièvre typhoïde.

Il a vérifié tout d'abord que l'ingestion simple de bacilles paratyphiques B par le lapin ne confère à cet animal aucune immunité. Au contraire, en faisant ingérer à un lapin une petite dose de bacilles paratyphiques B, consécutivement à une ingestion de bile, l'animal présente une infection légère dont il se rétablit; et il résiste à une inoculation intraveineuse d'une dose mortelle de bacille paratyphique B pratiquée 7 jours après l'ingestion du même microbe.

Quand on examine le sang d'un lapin préparé par ingestion de bacilles paratyphiques B après ingestion de bile, on voit, entre le 5e et le 15e jour, suivant la dose ingérée, apparaître un pouvoir agglutinant spécifique pour le bacille paratyphique B; le taux agglutinatif maximum est atteint vers le 25e jour et peut atteindre à ce moment 1/20.000. Quatre mois plus tard il est encore parfois à 1/1.000. De plus, le sérum acquiert des propriétés préventives vis-à-vis du para B. L'apparition de l'immunité coïncide donc avec l'apparition d'anticorps facilement décelables.

Si 2 mois, puis 4 mois après la 1re ingestion de virus on soumet le lapin à une nouvelle ingestion de ce virus, on voit que le taux agglutinatif n'en continue pas moins à s'abaisser et que le pouvoir préventif a disparu; pourtant l'animal possède une immunité solide et résiste à toutes les inoculations intraveineuses. La formation des anticorps n'a donc pas été l'expression de l'immunité; elle n'a été qu'un phénomène concomitant de cette dernière.

Lors de la 1re ingestion une partie du virus ingéré a pu forcer la barrière intestinale et pénétrer dans le sang; de là l'apparition des anticorps. Lors de la 2e ingestion la muqueuse intestinale vaccinée ne laisse plus passer le virus Pendant ce temps les anticorps d'abord présents dans le sang sont peu à peu éliminés.

Si l'on fait ingérer à des lapins neufs une culture vivante de para B, le sérum de ces animaux agglutine au bout de quelques jours le bacille paratyphique B à un taux élevé (1/8.000, 1/10.000); il en est de même si l'ingestion de ces bacilles vivants a été précédée, quelques jours plus tôt, de l'ingestion de cultures de para B tuées par la chaleur. Au contraire, si l'on commence par faire ingérer au lapin des bacilles tués après ingestion de bile, puis quelques jours plus tard une culture vivante, il n'apparaît dans le sérum qu'une agglutination insignifiante. Il est vraisemblable que, sous l'influence de l'ingestion de bile et de bacilles paratyphiques tués, la paroi intestinale a été vaccinée et n'a plus, ultérieurement, laissé passer qu'une très faible quantité de bacilles paratyphiques vivants, insuffisants pour faire apparaître une réaction agglutinante à un taux élevé.

Enfin, une seule ingestion de bacille typhique ou paratyphique, précédée d'une ingestion de bile, suffit pour conférer au lapin une immunité solide contre l'injection intraveineuse de bacilles typhique ou paratyphique.

Après ingestion de cultures vivantes sans bile, les lapins fabriquent des anticorps sans être immunisés; après ingestion de cultures tuées avec bile, ils ne fabriquent pas d'anticorps mais sont solidement immunisés. Si donc, en cas de vaccination per os les anticorps participent à l'établissement de l'immunité, ce ne sont certainement pas ceux que nous constatons habituellement dans le sérum.

La raison de l'immunité se trouve dans la muqueuse intestinale. Si le lapin possède vis-à-vis des bacilles typhique et paratyphique l'immunité naturelle, c'est que l'épithélium intestinal s'interpose entre le virus et les cellules sensibles. L'action décapante de la bile fait tomber cette immunité. Mais si, après cette action décapante, les cellules sensibles se trouvent en contact avec une très faible quantité de virus ou d'un virus tué, elles l'arrêtent, le détruisent et sont vaccinées. Une nouvelle infection vient-elle à se produire, la totalité ou la majeure partie du virus nouvellement arrivé est retenue par les cellules réceptrices devenues vaccinées.

De l'action des sérums par voie respiratoire. (A. Besredka. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1920, t. XXXIV, n° 1, p. 51.) — La voie laryngo-trachéale a jusqu'ici été laissée de côté au cours des recherches sur l'anaphylaxie et l'immunité. M. Besredka, ayant administré à des cobayes et à des lapins au moyen de la sonde ou de la ponction trachéale du sérum de cheval à doses croissantes, a vu que la voie respiratoire ne le cède en rien, au point de vue de la tolérance, aux voies intrapéritonéale ou intraveineuse.

Des cobayes sensibilisés par une injection sous-cutanée de petites quantités de sérum de cheval (1/100 à 1/600 de centimètre cube) ou de blanc d'œuf (1/100 de centimètre cube) ont été soumis au bout de 15 jours ou de 3 semaines à l'épreuve de l'injection intratrachéale. En injectant à ce moment dans la trachée 1/5 à 1/10 de centimètre cube de sérum de cheval ou 1/100 de centimètre cube de blanc d'œuf, on voit se produire le choc anaphylactique.

Donc, chez le cobaye anaphylactisé, la voie trachéale est à peu près aussi sensible que la voie sanguine.

Si, chez l'animal sensibilisé, au lieu d'injecter dans la trachée du sérum ordinaire, on injecte du sérum de consistance sirupeuse obtenu, soit en dissolvant du sérum desséché dans du sérum ordinaire, soit en émulsionnant du sérum desséché finement pulvérisé dans de l'huile d'olive, la résorption de ce sérum se produit lentement et les premières portions de ce sérum absorbées ont le temps de réaliser chez l'animal la vaccination antianaphylactique.

L'injection intratrachéale de sérums thérapeutiques provoque une immunité qui s'établit très rapidement et dure en moyenne une huitaine de jours. Des cobayes et des lapins, ayant reçu préalablement par cette voie des sérums antidiphtérique ou antitétanique, ont ensuite supporté sans dommage des doses 30 à 50 fois mortelles de toxines diphtérique ou tétanique.

Cf. — Sérothérapie par voie respiratoire chez l'homme. (L. Rénon et R. Mignot. *Soc. de biol.*, 28 fév. 1920.)

La sérothérapie antigonococcique. Etude expérimentale et clinique. (Jean Paraf. *Th. de Paris*, 1919.)

Prophylactical inoculation against pneumococcies. (Russel Leal et Harol Austin. *The Journ. of exp. med.*, 1er juillet 1919, n° 1, p. 19.)

SPIROCHÈTES

Etude sur le tréponème de la paralysie générale. (C. Levaditi et A. Marie (de Villejuif). *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1919, t. XXXIII, n° 11, p. 741.) — Les auteurs ont étudié comparativement un tréponème provenant du sang d'un paralytique général et un tréponème provenant d'un chancre syphilitique volumineux. Ces deux tréponèmes obtenus par inoculation sous la peau du scrotum de lapins étaient entretenus par passages successifs chez le lapin. Le premier est le *virus neurotrope*, le deuxième le *virus dermotrope*.

La période d'incubation séparant l'inoculation du virus neurotrope à l'animal de l'apparition de l'accident primitif est particulièrement longue : 6 semaines à 4 mois. Elle est beaucoup plus courte avec le virus dermotrope : 15 jours à 6 semaines.

Le virus neurotrope engendre chez le lapin des lésions essentiellement superficielles, érosions squameuses entourées d'une zone d'infiltration dermique. Le virus dermotrope engendre des lésions ulcéreuses, indurées, à base cartilagineuse, couvertes de croûtes, intéressant à la fois le scrotum et la vaginale.

Les lésions histologiques de l'accident primitif expérimental sont plus légères et plus superficielles quand le virus neurotrope est en cause que quand il s'agit du virus dermotrope. Malgré cela, les accidents provoqués par le virus neurotrope guérissent beaucoup plus lentement que ceux du virus dermotrope.

Le virus dermotrope conserve sa virulence pour les simiens inférieurs et les singes anthropoïdes, même après un très grand nombre de passages chez le lapin. Il continue à être pathogène pour l'homme, bien que donnant des accidents atténués, comme l'a montré un accident de laboratoire.

Le virus neurotrope est dépourvu de virulence pour les singes inférieurs et les anthropoïdes, même après un seul passage chez le lapin. Inoculé à l'homme par scarification cutanée il ne détermine aucune lésion.

Des expériences de vaccination croisée avec l'un et l'autre virus ont donné le résultat suivant : les animaux guéris après avoir présenté des lésions locales provoquées, soit par le virus dermotrope, soit par le virus neurotrope, et qui, de ce fait, ont acquis l'état réfractaire à l'égard du tréponème homologue, continuent à être réceptifs vis-à-vis du virus hétérologue.

Le tréponème de la paralysie générale doit donc être considéré comme une variété différente du tréponème de la syphilis cutanée, muqueuse et viscérale.

Cette conception fondée sur des recherches expérimentales s'accorde avec certains faits déjà reconnus en clinique humaine : plus grande bénignité initiale de la syphilis aboutissant plus tard à la paralysie générale ou au tabes (Fournier) ; rareté de ces affections du système nerveux dans les régions tropicales où la syphilis cutanée, muqueuse et viscérale est souvent si destructive ; fréquence de la syphilis nerveuse, conjugale et familiale ; apparition du tabes et de la paralysie générale chez des sujets contaminés à la même source.

Les faits qui viennent d'être énumérés montrent que les syphilitiques voués au tabes et à la paralysie générale sont contaminés dès le début par une variété spéciale de tréponème : race spéciale ayant acquis sans doute à travers les âges une aptitude plus grande à se localiser dans les centres nerveux. De plus, ce tréponème neurotrope se transforme peu à peu dans l'organisme humain qu'il a infecté ; son affinité pour le cerveau ou la moelle devient de plus en plus marquée à mesure qu'il pullule dans la substance nerveuse.

C'est précisément un tréponème neurotrope ayant subi cette évolution chez un paralytique général que MM. Levaditi et Marie ont étudié.

Bien que certains tréponèmes soient donc d'emblée neurotropes, ils vaccinent l'homme contre la syphilis cutanée et muqueuse. MM. Levaditi et Marie, renouvelant d'une façon plus précise les expériences de Kraft Ebing, ont vu que l'inoculation par scarification cutanée du virus dermotrope à des paralytiques généraux n'est suivie de l'apparition d'aucun accident syphilitique.

Morphological caracteristic and nomenclature of leptospira icterohæmorragiæ. (Hideyo Noguchi. *Journ. of exp. med.*, 1er mai 1918, n° 5, vol. XVIII, p. 575.)

Further study on the cultural conditions of leptospira icterohæmorragiæ. (Hideyo Noguchi. *Journ. of exp. med.*, 1er mai 1918, n° 5, vol. XVIII, p. 593.)

The terminal of leptospira icterohæmorragiæ in nature. (Hideyo Noguchi. *Journ. of exp. med.*, 1er mai 1918, n° 5, vol. XVIII, p. 602.)

Hideyo Noguchi a consacré une série de mémoires à l'étude du spirochète d'Ido et Inada qu'il avait pu classer, lors de recherches antérieures, dans la classe des *leptospira*.

Dans un premier mémoire, Noguchi étudie la morphologie

de l'agent pathogène. L'absence d'un flagellum terminal et la remarquable flexibilité de la portion caudale le distinguent nettement des organismes voisins. Contrairement aux autres spirochètes il résiste à l'action destructive de la saponine à 10 p. 100.

Comparativement, l'auteur étudie les autres genres : spirochètes saprospira, cristispira, spironema et treponema.

Il n'existe aucune différence entre les différentes races de leptospira icterohæmorragiæ isolées d'Amérique, du Japon, d'Europe.

Une série de planches illustrent remarquablement cet article. Les conditions et les caractères de cultures sont étudiés dans le mémoire suivant. La présence de sérum humain ou animal est absolument nécessaire à la culture. Le sérum d'homme, de lapin, de cheval, est recommandé.

Une culture abondante est obtenue avec le mélange : liquide de Ringer, sérum de lapin à 10/100.

On sait qu'Uhlenlut cultive le spirille d'Ido sur un milieu beaucoup moins riche (sérum physiologique + quelques gouttes de sérum de lapin) et obtient de très bons résultats que nous avons pu maintes fois contrôler.

Noguchi, contrairement à l'opinion d'Uhlenlut, affirme que le leptospira est un aérobie obligatoire (Uhlenlut le cultive sous huile de paraffine).

Le leptospira icterohæmorragiae est incapable de vivre plus de quelques heures dans les urines ou les fèces où il est détruit. Il en est de même de l'eau polluée et de l'eau d'égout où le parasite ne peut vivre plus de 3 jours.

La plupart des bactéries empêchent le développement du leptospira; la bile, les sels de soude le détruisent.

Les larves ou adultes de culex, de mouches de tiques, ne peuvent être porteurs de spirochètes et ne jouent aucun rôle dans la transmission de la maladie d'Ido. J. P.

Etiology of yellow fever. (Hideyo Noguchi *The Journ. of exp. med.*, 1919, n° 29, p. 347 et 367; 1919, n° 30, p. 1 et p. 13.) — Les recherches de la mission américaine confirmées par celles de Marchoux et Salimbeni avaient déjà fourni des données très précises sur l'étiologie de la fièvre jaune.

Par de véritables expériences entreprises sur l'homme, ces différents auteurs purent démontrer que la transmission du virus se faisait par l'intermédiaire du *stegouya fasciata* et on sait les mesures hygiéniques qui furent prises à Cuba et les heureux résultats qui en furent la conséquence.

Ces recherches permirent, en outre, d'obtenir des données assez précises sur le « virus de la fièvre jaune » rangé dans la catégorie des microbes filtrants. Mais la nature même de ce germe demeurait inconnue et personne n'attachait plus de valeur pathogène au microbe de Sanarelli.

Les recherches de Noguchi complètent heureusement nos connaissances à ce point de vue. Par injections dans la cavité péritonéale de cobayes de sang amarillain prélevé dans les premiers jours de la maladie, Noguchi détermine dans la très grande majorité des cas la production d'une maladie en tous points analogue à la fièvre jaune humaine avec fièvre, ictère, hémorragie, mort en quelques jours. A l'autopsie, mêmes lésions du foie et des reins. Dans le broyat de ces organes, Noguchi décela à l'ultramicroscope un organisme spiralé dont il put poursuivre l'étude et qu'il classa dans la catégorie des leptospira (ictéroïdes) qui contient déjà le leptospira icterohæmorragiæ.

Il s'agit d'un filament très délicat, mince surtout à ses extrémités, très mobile, prenant une forme en zig-zag et utilisant son crochet terminal comme flagellum pour progresser.

Il se colore par la méthode de Giemsa ou après imprégnation à l'argent (Fontana).

Sur milieu analogue à celui indiqué pour le lept. ict. hemo. (liquide de Ringer + sérum de lapin au 1/10), sous couche d'huile de vaseline, on obtient facilement des cultures du lept. ictéroïdes.

L'inoculation d'une culture de lept. ict. détermine chez le cobaye une maladie analogue à celle occasionnée par l'injection de sang amarillain et en tous points comparable à la fièvre jaune humaine. Il est facile de reproduire les inoculations en séries. Les lésions constatées aux autopsies sont identiques.

Enfin, Noguchi put prouver d'une façon indiscutable le rôle de lept. ictéroïdes dans la pathogénie de la fièvre jaune en mettant en lumière l'existence de substances neutralisantes pour le spirille dans le sérum de malades convalescents de fièvre jaune. Ce sérum préserve le cobaye contre l'inoculation d'une dose de culture mortelle pour un animal neuf.

Ce sérum possède, en outre, des propriétés curatives, ce qui permet d'espérer l'application prochaine de la sérothérapie à la fièvre jaune. J. P.

MALADIES INFECTIEUSES

Reproduction des infections paratyphique et typhique. Sensibilisation au moyen de la bile. (A. Besredka. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1919, n° 8, t. XXXIII, p. 557.) — Il est impossible de réaliser pratiquement chez les animaux les infections typhique et paratyphique par voie buccale, à moins de s'adresser aux singes anthropomorphes (Metchnikoff et Besredka).

Les bacilles introduits par les voies digestives franchissent le pylore et c'est au niveau de la muqueuse intestinale qu'ils rencontrent l'obstacle à leur dissémination dans l'organisme. Pour lever cet obstacle, M. Besredka a eu l'idée d'utiliser la bile. La bile de bœuf administrée au lapin par voie buccale a non seulement pour effet d'enrichir le contenu intestinal en virus, mais encore d'intensifier la sécrétion biliaire propre du lapin.

Cet afflux biliaire provoque une desquamation intense de la muqueuse intestinale et crée une véritable brèche favorisant l'absorption du microbe pathogène.

Quand on fait ingérer à un lapin de la bile de bœuf, puis une culture de bacille paratyphique B, l'animal succombe en 2 ou 3 jours à une infection générale aiguë, ou dans la cachexie en 12 à 15 jours. On trouve à l'autopsie l'intestin grêle congestionné contenant un liquide vert visqueux mélangé de paquets d'épithélium desquamé; les plaques de Peyer sont turgescentes; la vésicule biliaire distendue par une bile décolorée et trouble. L'ensemencement de la bile et du contenu intestinal donne abondamment du para B; il en est de même du sang si la maladie a évolué rapidement. Dans le gros intestin on trouva aussi des bacilles paratyphiques B, mais d'autant moins nombreux qu'on se rapproche davantage de l'anus.

Les résultats fournis par l'ingestion de bacille paratyphique B chez les lapins sensibilisés par ingestion de bile de bœuf sont absolument identiques à ce que l'on obtient chez le lapin après injection intraveineuse de cultures de bacilles paratyphiques B et aussi de bacilles d'Eberth; après les inoculations intraveineuses on constate la même localisation élective des bacilles pathogènes sur l'appareil biliaire et sur l'intestin, la même pullulation de ces bacilles dans le contenu de la vésicule biliaire et de l'intestin.

M. Besredka a constaté que les lapins ayant préalablement ingéré de la bile de bœuf succombent à l'inoculation intraveineuse d'une quantité de bacilles paratyphiques B très inférieure à celle qui est capable de tuer des lapins non préparés. Bien que l'état général du lapin ne subisse du fait de l'ingestion de bile aucun préjudice appréciable, cette ingestion a pour effet immédiat de faire fléchir l'immunité naturelle de l'animal vis-à-vis du bacille paratyphique. L'ingestion de bile n'ayant de répercussion que sur le tube digestif, le fléchissement de l'immunité doit être en rapport avec ce dernier. Là encore la pullulation excessive du bacille pathogène aidée par la bile et la desquamation intense de l'épithélium intestinal favorisant la pénétration du bacille dans l'économie sont la cause de la gravité de l'infection.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Consultaire. *Les 100 consultations de tous les jours*, par le Dr M. Ségard. In-8. — Prix : 18 fr. — Paris, Maloine et fils.

Carnet calendrier de traitement antisyphilitique, par le Dr Gougerot, profr agrégé à la Fac. de méd. de Paris. In-18, 16 p. — Prix : 1 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Le typhus exanthématique. (D. Danielopolu, Bucarest, 1919.) — Le livre de M. Danielopolu est le fruit d'observations personnelles relevées pendant l'épidémie de Moldavie de 1917-1918. Après avoir passé en revue les travaux de Ch. Nicolle sur le rôle du pou dans l'étiologie du typhus, travaux que de nombreux faits observés en Moldavie corroborent entièrement, l'auteur aborde l'étude clinique. En pleine épidémie la durée de l'incubation est environ d'une semaine. L'auteur distingue une *forme légère*, caractérisée par le peu d'intensité des phénomènes toxiques et le retour brusque à la santé accompagnant la défervescence; une *forme moyenne* qui présente certains phénomènes toxiques nerveux ou autres; la défervescence amène toujours une amélioration; mais il y a une phase toxique postfébrile qui s'atténue de plus en plus jusqu'à la guérison; une *forme hypertoxique* caractérisée par l'intensité des phénomènes toxiques et par leur accentuation après la défervescence et jusqu'à la mort. On peut décrire aussi une *forme abortive* très bénigne et très courte; et une *forme foudroyante*, tuant en pleine période fébrile du 6e au 10e jour.

En général l'intensité et la durée de l'*exanthème* se sont montrées en rapport direct avec la gravité de la maladie. Un des caractères de la forme hypertoxique est, en dehors des signes nerveux habituels, délire, agitation, stupeur particulièrement intenses, l'existence d'un syndrome spécial caractérisé par le tremblement des mains et des lèvres, la carphologie, le trismus et les grincements de dents, l'incontinence et la rétention d'urine et des matières, le hoquet, les troubles de la déglutition, la fréquence de la respiration; signalons aussi le myosis, l'inégalité pupillaire et même le signe d'Argyll-Robertson.

Le liquide céphalorachidien est parfois hypertendu; il est le plus souvent clair et incolore; pourtant dans les formes hypertoxiques il peut être légèrement trouble et aussi xanthochromasique, avec formation d'un léger coagulum fibrineux : la persistance de la coloration jaune du liquide céphalorachidien, même après la défervescence, est presque toujours d'un pronostic mortel. Il existe très souvent une réaction cellulaire dans le liquide céphalorachidien : 5 à 30 éléments par mmc., dans les formes moyennes, 30 à 300 dans les formes hypertoxiques. Dans les formes légères il n'y a que des lymphocytes pendant la première semaine; pendant la deuxième semaine se montrent des mononucléaires de plus grande taille et des cellules à noyau excentrique et à protoplasma basophile analogues aux plasmazellen de Unna (Devaux). Dans les formes légères cette réaction disparaît au moment de la défervescence. Dans les formes moyennes elle est plus accentuée et persiste quelques jours après la défervescence. Dans les formes hypertoxiques, les mononucléaires et les plasmazellen se montrent dès la fin de la première semaine; pendant la deuxième semaine apparaissent des polynucléaires et des globules rouges : tous ces éléments s'accroissent et persistent après la chute de la température jusqu'à la mort.

Parmi les troubles cardiaques et vasculaires, M. Danielopolu attire l'attention sur l'hypotension artérielle : il y a un parallélisme étroit entre l'intoxication de l'organisme et la courbe de l'hypotension, due autant à l'insuffisance du myocarde qu'à l'insuffisance surrénale.

Les modifications importantes de la tension artérielle et de la constitution du sang sont l'origine d'un phénomène spécial que M. Danielopolu décrit sous le nom de *syndrome des extrémités*. Pendant la *première phase*, ou *phase de vasodilatation sans cyanose*, les extrémités sont simplement d'un rose foncé et très chaudes, avec pouls plein et bien frappé; par piqûre du doigt on a une goutte de sang vermeil. La deuxième phase, ou *phase de cyanose chaude*, est caractérisée par la teinte rouge violacée des extrémités; le pouls reste bien frappé; une goutte de sang issue d'une piqûre du doigt est violacée ou noirâtre. La troisième phase, ou *phase de cyanose froide*, d'un pronostic toujours très grave, est caractérisée par le refroidissement des extrémités, des marbrures livides qui remontent de plus en plus haut le long des membres, des suffusions sanguines le long des veines; un pouls petit et fuyant. La goutte de sang obtenue par piqûre est noirâtre.

Chez les malades dont l'état général s'aggrave et chez qui la cyanose apparaît le nombre des globules rouges augmente. Il peut atteindre 7.500.000. Dans les cas moyens et légers existe une leucocytose sanguine modérée ne dépassant pas 20.000 par mmc. Dans les formes graves la leucocytose varie de 20.000 à 128.000 par mmc. De 15 malades ayant présenté une leucocytose de 30.000 et plus, aucun n'a guéri. Dans les formes mortelles, la leucocytose persiste après la chute de la température et s'accentue jusqu'à la mort. Dans 64 p. 100 des cas il y a eu mononucléose, dans 21 p. 100 polynucléose, dans 15 p. 100 des cas une formule hémoleucocytaire normale.

Dans le cas à mononucléose la proportion de mononucléaires peut varier de 50 p. 100 à 76 p. 100. Ce sont surtout des mononucléaires moyens ou grands; à signaler des formes énormes à gros noyau et très abondant protoplasma; et aussi des cellules analogues aux cellules de Turck ou aux plasmazellen d'Unna qui peuvent atteindre jusqu'à 6 à 8 p. 100 du chiffre des leucocytes.

Au point de vue des échanges, il faut signaler la rétention chlorurée, avec décharge polychlorurique pendant la convalescence. A noter également une *forme hématurique* caractérisée par des hématuries profuses sans signe d'insuffisance rénale et notamment sans azotémie.

M. Danielopolu pense que le typhus exanthématique confère une immunité des plus durables. La mortalité globale a été chez ses malades de 17 p. 100.

En ce qui concerne la thérapeutique du typhus exanthématique M. Danielopolu a employé avec quelque succès comme médicament cardiotonique la strophantine cristallisée Merck en injections intraveineuses à la dose de 1/4 de mmg., renouvelées jusqu'à 3 fois par jour; l'adrénaline a également rendu des services dans les cas avec grande hypotension.

M. Danielopolu a eu recours avec succès à une solution de 40 cg. de chlore dans l'eau physiologique à 6 g. 50 pour mille, qu'il a injecté dans les veines à la dose de 500 cmc. une ou deux fois par jour.

Hémorragies et troubles de la coagulation dans la spirochétose ictérigène. (Ph. Pagniez. *Ann. de méd.*, 1919, t. VI, n° 1.) — Dans la spirochétose ictérigène, les hémorragies sont d'importance considérable, mais de fréquence inégale. D'après les observations de Pagniez, il s'agit, en France surtout, d'épistaxis qui sont à peu près constantes dans les formes sérieuses. Ces hémorragies paraissent en rapport avec d'importantes modifications sanguines. On peut constater, au cours de la spirochétose ictérigène, l'allongement du temps de coagulation, la coagulation à type plasmatique, l'irrétractilité du caillot. Ces phénomènes sont en relation avec une *diminution considérable du nombre des plaquettes sanguines*. Cet effondrement du taux des plaquettes, indépendant de l'ictère, qui tombent aux environs de 40.000 à 50.000 ne dure pas et le chiffre ne tarde pas à se relever. Ce phénomène paraît bien spécial à la maladie d'Ido, car les chiffres de plaquettes ne descendent jamais aussi bas, même au cours de la fièvre typhoïde où Pagniez et L. Le Sourd ont constaté une chute voisine de 70.000. Ces faits sont à rapprocher de celui rapporté par Hayem, Bensaude, Pagniez et L. Le Sourd, qui ont observé une disparition totale des plaquettes dans des cas de purpura. Ils confirment encore le rôle des plaquettes dans la rétraction du caillot qui est l'expression d'une coagulation bien achevée. J. P.

Cf. — La grippe à Bourges. (Paul Jacquet. *Th. de Paris*, 1919-1920.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 15 francs par an.
Étudiants étrangers, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 6 fr. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hopitaux. — *Lecture des copies.* — Séance du 25 mars. — MM. Métivet et Leveuf, 27; Lorin, 25; Brocq, 28; Girode, 26.

Prochaine séance, jeudi 15 avril, à 17 heures, à Lariboisière.

— Dans la séance du 20 mars, M. Guimbellot a eu la note 26 et non 20.

— Concours de la médaille d'or. — *Médecine.* — La médaille d'or est attribuée à M. Jacquet. La médaille d'argent à M. Godlewski.

Chirurgie et accouchements. — Médaille d'or, M. Bloch.

— Concours de l'externat. — *Pathologie.* — Séance du 25 mars. — Question donnée : « Symptômes et complications de l'ulcère de l'estomac. »

M. Waitz, 17; Mlle Vignaux, 15; MM. Wuithier, 11; Villot (P.), 10; Vibert, 17; Willemin, 14; Willot (J.), 17 1/2; Wallich, 18; Mlle Vilter, 17; MM. Vlachos, 12; Weil et Michaud (P.), 8; Maumon, 9; Poulain (M.), 10; Parfoury, 11; Nida et Pagès, 15; Moussou et Mounier (P.), 14; Penther, 9.

Anatomie. — Séance du 25 mars. — Question donnée : « Articulation scapulo-humérale. »

MM. Bazelis, 12 1/2; Bonnemaison, 17; Bruder (J.), 10; Brunet (F.), 13; Arrivot (L.), 18; Baldy (R.), 11; Mme Bouchaud, 12 1/2; M. Brosio, 9; Mme Bertrand-Fontaine, 18; MM. Andler, 11; Bonnichon, 11 1/2; Bac, 12; Blondin, 14 1/2; Audebert (J.), 12 1/2; Anchel (J.), 10; Mlles Bonnis et Astaix, 12; MM. Béglerys, 9; Bardol, 14 1/2; Boussange, 16.

— Un concours pour la nomination à la place de médecin en chef du sanatorium Villemin à Angicourt (Oise) sera ouvert le lundi 3 mai 1920, à 14 heures, à l'hôpital Laënnec.

Le registre d'inscription sera ouvert du mardi 6 avril 1920 au samedi 17 avril inclusivement, de 10 heures à 15 heures, à l'administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du personnel médical.

— Un concours pour la nomination à 15 places de médecin de l'assistance médicale à domicile sera ouvert le mardi 11 mai 1920, à midi, dans la salle des concours de l'administration, 49, rue des Saints-Pères.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (service du personnel), de 10 heures à 15 heures, du mardi 6 avril 1920 au samedi 24 avril inclusivement.

CONCOURS DE L'ADJUVAT DES ASILES. — Un arrêté en date du 22 mars désigne M. le Dr Dequidt, inspecteur général, pour remplir les fonctions de président du jury du concours d'adjuvat des asiles, en remplacement de M. Rondel.

1re épreuve clinique. — 1re séance du 20 mars. — MM. Saquet, 13; Borel, 17; Chaumier, 14; Renaux, 12.

2e séance du 20 mars. — MM. Bonhomme, 20; Seringes, 20; Gouriou, 10; Pruvost, 11; Beaurain, 17.

2e épreuve clinique. — Séance du 22 mars. — MM. Abély, 19; Morel-Kahn, 15; Sengès, 18; Mlle Bouderlique, 22 1/2; MM. Renaux, 23; Pignède, 22.

Séance du 24 mars. — MM. Beaurain, 18; Borel, 10; Beaudouin, 22; Raynier, 23; Jourdran, 15; Martin, 15; Mourgue, 22; Seringes, 16; Mirc, 8; de Mourgues, 17; Courjon, 18; Malespine, 10; Lautier, 23; Bonhomme, 20 1/2; Piquemal, 23; Gilles, 15; Quercy, 14; Morel, 16; Chaumier, 15; Eissen, 20.

Liste des candidats admis. — 1. MM. Beaudoin, 105 1/4; Pignède, 105; Gilles, 103 1/2; Piquemal, 102 1/4; Abély et Quercy, 101; Raynier, 99; Gouriou, 98 1/2; Seringes, 97 1/2; Bonhomme, 97;

11. Lautier et Pruvost, 96 3/4; Mlle Bouderlique, 95; Renaux, 94 1/2; Sengès, 91 1/2; Livet et Mourgue, 91; Beaurain, 90 1/4; Eissen, 89 1/2; Sacquet, 80 3/4.

Ces 20 candidats sont déclarés admis, et le jury demande au ministre, étant donnée la force des épreuves, d'admettre également les 2 candidats dont les noms suivent : MM. Borel et Morel-Kahn qui ont 80 1/2.

Série B (asiles privés). — Sont déclarés admis : MM. Courjon, 95; Vian, 90 3/4; Chaumier 86 3/4; de Mourgues, 85 1/2; Montibert, 78 1/4.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Concours d'agrégation. — Le délai d'inscription est reporté jusqu'au 31 mars 1920. (*J. O.*, 24 mars 1920.)

FACULTÉS DES DÉPARTEMENTS. — Les *chefs de travaux* sont rangés par ordre d'ancienneté dans les classes suivantes :

1re classe, 12.000 fr. : MM. Ricquiet, Louis, Beylot, Lasserre, Chanoz, Lafite-Dupont, Dessoil, Soulé.

2e classe, 11.000 fr. : MM. Bosc, Muratet, Caumartin, Wunschendorff, Rochaix, Lisbonne, Sarvonat, Mazel, Desmonts, Faure, Soula, Zuber.

3e classe, 10.000 fr. : MM. Lamy, Maurin, de Verbizier, Imbert, Pech.

Préparateurs. — 1re classe, 10.000 fr. : MM. Lemaire, Merlet (père), Basset, Lescœur, Verdier, Tourneux (J.-P.), Ribollet.

2e classe, 9.000 fr. : MM. Bassal, Gaujoux, Davillier, Duroch.

3e classe, 8.000 fr. : MM. Laporte, Pujol, Baudrimont, Lapeyre, Gardère, Morlot, Jacod, Florence, Durand, Mougneau.

4e classe, 7.000 fr. : MM. Musso, Sicre, Langeron, Granel, Merlet (fils), Thiébaut, Simonin, Petiteau.

5e classe, 6.000 fr. : MM. Roques, Duboucher, Piétri, Gillet, Carière, Moureau, Vial, Rémy.

ÉCOLE DU VAL-DE-GRACE. — Voici les titulaires actuels des chaires du Val-de-Grâce.

Chirurgie. — 1° Chaire de chirurgie de guerre : professeur, M. Rouvillois ; agrégé, M. Maisonnet.

2° Chaire de médecine opératoire et de thérapeutique chirurgicale : professeur, M. Billet ; agrégé, M. Gabrielle.

3° Chaire de chirurgie spéciale : professeur, M. Reverchon ; agrégé, M. Worms.

4° Chaire d'expertises chirurgicales, d'appareillage et d'orthopédie : professeur, M. Duguet.

Médecine. — 1° Chaire des maladies et épidémies des armées et bactériologie : professeur, M. Dopter ; agrégé, M. de Vezeaux de Lavergne.

2° Chaire d'hygiène et de prophylaxie : professeur, M. Sacquépée.

3° Chaire de neuropsychiatrie et de médecine légale : professeur, M. Raymond ; M. Rouquier, délégué dans les fonctions d'agrégé.

4° Chaire d'expertises médicales et de législation militaire : professeur, M. Rieux.

Chaire de radiologie, électrologie, physiothérapie et radiumthérapie : professeur, M. Hirtz.

Chaire de chimie appliquée à la biologie et aux expertises de l'armée : professeur, M. Breteau.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — M. le prof. Arnozan (de Bordeaux) est nommé membre de la Commission extraparlementaire chargée d'étudier les projets relatifs au développement de l'enseignement supérieur.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Le *Journal officiel* du 25 mars publie un décret, en date du 13 mars 1919, relatif aux concours pour les postes de directeur médecin ou de médecin en chef des asiles publics d'aliénés du département de la Seine. Les concours seront annoncés au moins 2 mois d'avance dans le *Journal officiel.* Seront admis à y prendre part les seuls médecins du cadre des asiles publics remplissant au moment de leur inscription les conditions suivantes : pour les directeurs médecins et médecins en chef être âgés de moins de 50 ans ; pour les médecins adjoints avoir 6 ans de services effectifs dans leur grade.

MINISTÈRE DES TRAVAUX PUBLICS. — MM. les Drs Gley, membre de l'Académie de médecine, et L. Rénon, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, sont nommés membres du Comité de l'exploitation technique des chemins de fer pour 1920.

AÉRONAUTIQUE. — Il est institué auprès du sous-secrétariat d'Etat une commission consultative médicale : M. le Dr Georges Guillain, membre de l'Académie de médecine, en est nommé président, et M. le profr Pierre Duval, vice-président. En sont nommés membres : MM. André Broca, Jean Camus, Crouzon, Cantonnet, Charles Flandin, Robert Foy, Cl. Vincent, Garsaux et Mathieu de Fossey. M. Mathieu de Fossey remplira les fonctions de secrétaire.

PENSIONS MILITAIRES. — Sont nommés : membre du tribunal départemental à Douai, M. le Dr Toison ; membres suppléants : MM. les Drs Desmoulins et Bale.

CONGRÈS DE MONACO. — L'ouverture générale des Congrès aura lieu le 15 avril prochain d'après le programme suivant :

OUVERTURE LE 15 AVRIL. — A. *Congrès scientifiques* :
15, matin, séance d'ouverture ; soir, hydrologie.
16, matin, villes d'eaux ; soir, hydrologie.
17, matin, hydrologie ; soir, villes d'eaux.
19, matin, villes d'eaux ; soir, hydrologie.
20, matin, thalassothérapie ; soir, villes d'eaux.
21, matin, hygiène et climatologie ; soir, thalassothérapie.
22, matin, thalassothérapie ; soir, hygiène et climatologie.
23, matin, tourisme ; soir, hygiène et climatologie.
24, matin, hygiène et climatologie ; soir, séance de clôture.

B. *Congrès de l'alpinisme.* — Ouverture le 1er mai, clôture le 10 mai.

C. *L'exposition* sera officiellement inaugurée le 14 avril, la veille de la date du début des Congrès scientifiques, ce qui permettra à un certain nombre de nos adhérents d'y assister. Elle sera prolongée jusqu'à fin février 1921.

AVANTAGES OBTENUS POUR LES CONGRESSISTES. — La compagnie P. L. M. leur accorde une prorogation de la validité des billets de retour, qui seront valables du 12 avril au 17 mai. Un train spécial sera mis à leur disposition le 12 avril à 8 heures du soir. De plus le comité local d'organisation a prévu un crédit spécial qui leur permettra de rembourser aux adhérents, à leur arrivée à Monaco, 25 p. 100 des frais de leur voyage. Ce qui équivaudra à la réduction de 50 p. 100 sur les chemins de fer qui était toujours accordée aux congressistes avant la guerre et que les circonstances économiques actuelles n'ont pas permis d'obtenir des compagnies de chemins de fer.

Les hôteliers de la Côte d'Azur recevront les congressistes pour un prix de pension compris entre 18 et 25 fr. par jour, suivant la classe des hôtels. Et même l'on pourra trouver quelques chambres dans de petits hôtels ou des maisons de famille à des prix compris entre 14 et 18 fr. par jour.

Pour plus amples renseignements écrire à M. le Dr Victor Gardette, administrateur général des Congrès, à l'Institut Océanographique, 195, rue Saint-Jacques, Paris.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les Drs Blanchier, directeur de l'Asile de Ville-Evrard ; Davezac, médecin honoraire des hôpitaux ; Garrigou, professeur d'hydrologie à la Faculté de Toulouse ; Louis Laugier (de Nice) ; Henri Plaignard-Flaissières (de Toulouse) ; Sarda, professeur de médecine légale à la Faculté de Montpellier.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES ÉTUDIANTS NON SURSITAIRES DE LA CLASSE 1918

M. Antériou, député, demande à M. le ministre de l'Instruction publique si les étudiants non sursitaires de la classe 1918, pourvus du baccalauréat depuis trois ans, qui n'ont pu se faire inscrire à la Faculté parce qu'ils ont passé directement, en avril 1917, du lycée à la caserne, auront le droit de prendre quatre inscriptions cumulatives en mai prochain, en vertu des instructions du ministre de l'Instruction publique, parues au *Journal officiel*, le 11 décembre 1919, page 14338. (*Question du 2 mars 1920.*)

Réponse. — Les étudiants non sursitaires de la classe 1918, pourvus du baccalauréat complet, pourront dès leur libération prendre quatre inscriptions cumulatives en exécution des instructions du 11 décembre et subir en juillet ou en octobre 1920 l'examen correspondant. Ils devront, s'il y a lieu, justifier de deux mois de stage ou de travaux pratiques.



REVUE GÉNÉRALE

FORMES CLINIQUES. TRAITEMENT DU TÉTANOS

Par le Dr Pierre MOIROUD,
Prosecteur à l'École de médecine de Marseille.

Les cas de tétanos observés au cours de la guerre ont été, au moins au début, assez nombreux. Ils ont permis d'étudier d'une façon plus complète que dans la pratique civile certaines formes cliniques, jusqu'ici mal connues, d'établir la valeur des moyens prophylactiques, en particulier de la sérothérapie préventive, de voir mises en œuvre sur une grande échelle les diverses méthodes de traitement du tétanos confirmé.

Formes cliniques. — Nous n'étudierons qu'à grands traits la forme classique, *tétanos aigu, généralisé, précoce*, la plus anciennement connue, la plus fréquemment observée; il importe d'insister sur les formes anormales, *tétanos partiel, subaigu ou chronique, tardif*, dont la pathologie de guerre nous a fourni d'assez nombreux exemples pour que nous puissions apporter quelque précision à leur étude.

A. **Tétanos aigu généralisé.** — On peut schématiquement décrire 3 périodes faciles à reconnaître si l'on suit attentivement le malade.

1° Période de début. — Il est des signes précoces qu'il faut savoir reconnaître bien vite et qu'il faut rechercher systématiquement chez un blessé qui n'aurait pas reçu d'injection préventive.

Le *trismus* est le premier d'entre eux; souvent, avant que le malade n'attire l'attention sur lui, il existe. Pour le dépister dès sa première ébauche, on a conseillé de faire exécuter systématiquement, tous les jours, à tous les blessés récents, des exercices consistant en mouvements des mâchoires et du cou.

La *raideur de la nuque*, la *dysphagie* sont également des symptômes d'alarme.

L'extension des contractures aux muscles de la face se fait bientôt. Le blessé prend un masque grimaçant connu sous le nom de *rire sardonique ou cynique* : ailes du nez relevées, fente buccale élargie, paupières largement ouvertes ; seuls les yeux, par la conservation de leurs mouvements, font contraste dans cette physionomie figée.

Du côté du membre blessé, on peut observer quelques soubresauts tendineux, quelques spasmes qui n'occupent pas le premier plan comme dans le tétanos localisé.

La plaie, disaient les anciens auteurs, prend un aspect livide, sécrète moins; le malade présente une légère inquiétude, des insomnies, du vertige, tous signes bien trop vagues pour pouvoir être érigés en signes prémonitoires du tétanos.

2° Généralisation des contractures. — De la face elles s'étendent aux muscles du tronc et des membres, d'où les *attitudes spéciales* que prend le malade :

En *opisthotonos*, la prédominance de la contracture sur les extenseurs aboutit à l'arc de cercle;

En *emprosthotonos*, les fléchisseurs du rachis l'emportent : l'attitude rappelle alors la position en chien de fusil, ou, si elle est plus accusée, celle du fœtus in utero ;

En *pleurosthotonos*, l'incurvation latérale du tronc est plus particulière à une forme de tétanos prédominant sur une moitié du corps.

La contracture, ici comme à la face, est entrecoupée de *crises paroxystiques*, de contractions cloniques ; horriblement douloureuses, elles vont en croissant comme fréquence et comme durée. D'abord sous la dépendance d'excitations directes, il suffit bientôt d'excitations à distance pour les provoquer, car, en plus d'une *hyperesthésie générale*, superficielle et profonde, il y a une *hypersensibilité des organes des sens*, visuel et auditif en particulier : à la simple approche d'une lumière ou pour un bruit lointain, la crise se déclanche.

L'*hyperthermie* est d'observation courante, 40°, 41°, parfois même 42°; une température élevée et persistante est d'un pronostic fâcheux.

La *tachycardie* fait partie du tableau classique du tétanos : un pouls au-dessus de 100 n'indique pas, comme le disait Percy, un cas voué fatalement à la mort; une accélération à 130, 140, en dehors des crises paroxystiques, n'en est pas moins d'un fâcheux augure.

La formule sanguine est en relation avec l'état de la plaie initiale et dépend de la présence ou de l'absence de septicémie ou d'anémie. Il n'y a donc pas de réaction spéciale.

Le liquide céphalo-rachidien ne présente, lui aussi, aucune modification particulière : pas de réaction cellulaire, pas d'hyperalbuminose ; liquide stérile, toxicité nulle (1).

3° Terminaison : extension des contractures aux muscles respiratoires. — Puis les contractures envahissent les muscles respiratoires, muscles de la glotte, muscles inspirateurs; les crises d'asphyxie, se répétant, entraînent la mort.

Au point de vue de son évolution, nous pouvons distinguer 3 types cliniques :

a. Une *forme suraiguë*, le malade est emporté en 24, 48 heures, qu'il s'agisse d'une hypervirulence de la toxine tétanique ou de sa localisation initiale ou précoce sur les centres des muscles respiratoires; dans ces cas, le trismus est à peine ébauché et les contractures n'ont pas le temps de se généraliser.

On peut rapprocher de cette forme le *tétanos splanchnique*, bien que localisé aux muscles annexés aux viscères. Il se caractérise par la contracture des muscles de la déglutition et de la respiration, l'intensité de la dysphagie, de l'hydrophobie, les crises d'étouffement par spasme de la glotte et des autres muscles de l'appareil respiratoire. Mais son évolu-

(1) Sainton et Maillé. Note sur le liquide céphalo-rachidien dans le tétanos et son absence de toxicité, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 29 déc. 1914 et 4 janv. 1915.

tion est extrêmement rapide et la mort survient en 24 ou 48 heures.

b. Une *forme aiguë* qui dure de 4 à 5 jours. L'intoxication grave qu'entraîne la fixation de la toxine sur le système nerveux, l'épuisement que détermiment la contracture permanente et les crises paroxystiques subintrantes, les souffrances que provoquent les crises et leur appréhension continuelle, la fièvre élevée, l'inanition due au trismus et à la dysphagie, bien d'autres facteurs encore plongent le tétanique dans un état si lamentable que la mort est une délivrance pour ce malheureux qui assiste à son agonie avec son intellect jusqu'à la fin conservé.

c. Une *forme avec guérison.* Il s'agit de cas traités d'une façon précoce et active. La guérison est presque toujours lente : les contractures mettent longtemps avant de disparaître, la maladie évolue vers une phase chronique. Il est rare de voir un tétanique revenir rapidement et sans *séquelles* à l'état normal.

Chez un sujet en apparence guéri, la mort subite peut survenir sans cause apparente.

Rechute et récidive du tétanos ont été signalées.

La violence des contractions musculaires peut entraîner des accidents mécaniques.

Même le tétanique complètement et définitivement guéri ne redevient pas un blessé tout à fait semblable à celui qui, atteint du même genre de blessure, n'aura pas eu le tétanos : consolidation vicieuse des fractures, fracture spontanée, névrite persistante.

B. **Tétanos localisé.** — Maladie très anciennement connue, en même temps que très étudiée, il semblait que la guerre ne pût rien nous apprendre de nouveau sur elle. Cependant, pour la première fois dans nos armées, tous les blessés reçurent des injections de sérum antitétanique. Le résultat fut que le tétanos commun, celui que nous observions avant la guerre, disparut presque complètement. A sa place on observa des cas de tétanos survenant malgré le sérum : sans préjuger encore en rien de leur pathogénie, nous les étudierons sous le titre de *formes atypiques du tétanos* (1).

Elles présentent 2 caractères généraux :

a. Les contractures sont localisées à un ou plusieurs groupes musculaires. Ce sont essentiellement des tétanos partiels.

b. L'allure est subaiguë ou chronique, l'évolution assez lente se faisant le plus souvent vers la guérison.

Nous décrirons 2 types principaux :

1° Les tétanos céphaliques ;
2° Les tétanos partiels des membres.

I. **Les tétanos céphaliques.** — Comme le font justement remarquer Courtois-Suffit et Giroux, il est impossible de décrire une forme unique de tétanos céphalique : il faut reconnaître qu'il existe des formes bien tranchées, non seulement par les signes objectifs mais aussi par la marche et le pronostic.

En nous tenant à un critère facile à reconnaître, la paralysie des muscles de la région, nous étudierons les tétanos céphaliques non paralytique et paralytique.

A. **Tétanos céphalique non paralytique.** — 1° *Le tétanos céphalique simple.* — Il fait suite, le plus souvent, à une blessure de la tête. Cette forme est rare et s'accompagne uniquement de contractures de certains muscles faciaux ou cervicaux, de trismus uni ou bilatéral. Mais jamais on n'observe de troubles paralytiques ou dysphagiques.

2° *Le tétanos céphalique à forme dysphagique.* — Il est caractérisé par un spasme pharyngien qui précède le trismus ou s'y associe. Le trismus reste unilatéral pendant un temps variable, 4 à 5 jours, puis il se complète et s'accompagne d'une façon presque constante d'opisthotonos cervical ; celui-ci présente tous les degrés, depuis la simple raideur du cou jusqu'au renversement de la tête en arrière.

Le spasme pharyngien détermine des troubles dysphagiques plus ou moins accentués qui, parfois, atteignent une acuité très grande ; on a décrit un *tétanos hydrophobique* où non seulement la moindre absorption de liquides mais encore un attouchement pharyngé, la vue d'une boisson, déterminent de violents spasmes convulsifs dont le siège initial est souvent la plaie avec irradiations aux muscles de la face, du cou, voire même jusqu'au diaphragme.

A ces symptômes cardinaux, dysphagie et contracture des muscles du cou, s'ajoute parfois une dyspnée intense qui contribue encore à assombrir le pronostic déjà si grave de cette variété de tétanos atypique.

B. **Tétanos céphalique avec paralysie faciale** (1). — Décrit pour la première fois par Rose en 1872, il ne survient jamais qu'à la suite des plaies de la face, soit externes ou internes, dans le territoire d'innervation du facial ; dans la majorité des cas l'hémiplégie siège du côté de la blessure, porte d'entrée de l'infection. Il y a diplégie faciale lorsque la plaie est médiane.

Cette forme se caractérise par 3 signes essentiels :

1° Les contractures localisées à la région cervico-faciale. Le trismus est presque toujours le premier en date, puis il est suivi par les contractures : en général, elles débutent du côté atteint, mais elles peuvent siéger du côté opposé ou même des deux côtés. Elles sont de degré variable ; il peut s'agir simplement de raideur ou, dans les cas très marqués, d'une immobilisation de la tête dans une attitude forcée réalisant l'opisthotonos cervical. Elles sont toniques avec des accès spasmodiques réveillés par la moindre excitation.

2° L'existence de paralysie faciale pouvant atteindre le facial, les nerfs moteurs de l'œil, l'hypoglosse.

---

(1) Voir comme revue d'ensemble :

a. Courtois-Suffit et Giroux. *Les Formes anormales du tétanos*, Coll. Bleu horizon.

b. Fernand Mercier. Le tétanos partiel, *Th. de Paris*, 1919-1920.

b. Contribution à l'étude des tétanos frustes, *Th. de Paris*, 1918-1919.

(1) Péan de Sapincourt. Du tétanos céphalique avec paralysie faciale, *Th. de Paris*, 1904.

La paralysie faciale, complète ou incomplète, ne manque jamais dans cette forme atypique, bien que les paralysies soient extrêmement rares dans le tétanos classique. Elle est le plus souvent précédée par le trismus et apparaît, en général, du 7e au 12e jour. C'est une paralysie de nature toxi-infectieuse, comparable aux paralysies de la diphtérie.

Le type le plus fréquent est la *paralysie faciale périphérique complète*, dans laquelle participent exclusivement tous les muscles innervés par les 2 branches du facial sans que les nerfs moteurs des muscles des osselets ou de la corde du tympan soient jamais atteints. Ainsi se trouve réalisé le type de la paralysie faciale habituelle.

Dans certains cas, le facial supérieur est respecté : il s'agit de *tétanos à paralysie faciale incomplète, type inférieur*.

A titre beaucoup plus exceptionnel la toxine peut respecter le facial inférieur : le *tétanos céphalique à type facial supérieur* se trouve ainsi réalisé.

Enfin, il existe des cas de *paralysie faciale totale* avec participation des muscles des osselets et de la corde du tympan. Il y a donc, surajoutés, des troubles de l'ouïe, de l'odorat et du goût. La toxine a envahi le facial intrapétreux, ce qui indique une forme beaucoup plus grave avec tendance à la généralisation.

Le nerf facial n'est pas le seul qui puisse être touché par la toxine tétanique.

Le tétanos céphalique peut s'accompagner d'*ophtalmoplégie*, et ainsi se trouve réalisée une forme clinique à laquelle Worms a donné le nom de tétanos bulbo-paralytique (1). Il s'agit le plus souvent de blessures dans la région orbito-sourcillière.

Les signes de la paralysie de la 3e paire n'offrent aucun caractère spécial qui les distinguent des ophtalmoplégies d'autre origine. Il faut savoir cependant que, lorsque la paralysie est localisée dans certains muscles innervés par la 3e paire, c'est presque toujours le releveur de la paupière supérieure qui est le plus souvent touché. En étudiant les mouvements de l'œil on voit qu'il est dans une position fixe, on constate seulement de légers mouvements en dehors, le muscle droit externe étant moins paralysé que les autres. La paralysie isolée des 4e et 6e paires est exceptionnelle. On peut observer également des troubles pupillaires, soit simultanément avec les paralysies, soit plus rarement isolés. Albert, dans sa thèse (2), signale que le sphincter de l'iris est toujours contracté et la pupille, rétrécie, devient punctiforme, insensible à la lumière.

L'ophtalmoplégie peut siéger du côté de la blessure, mais souvent elle est bilatérale d'emblée ou envahit successivement les deux globes oculaires.

Enfin, on peut, au cours du tétanos céphalique, observer, associée à une paralysie faciale et à une ophtalmoplégie, une paralysie de l'hypoglosse déterminant un *syndrome labio-glosso-laryngé* prédominant. L'intérêt naît surtout à ce fait que, au point de vue pathogénique, elles plaident en faveur de l'origine nucléaire des paralysies au cours du tétanos céphalique.

3° Le troisième signe essentiel qui caractérise ces tétanos atypiques, c'est l'évolution essentiellement chronique sans fièvre, respectant l'état général. La mortalité ne dépasse pas 50 p. 100.

Il est inutile d'insister sur les différentes théories successivement émises pour expliquer ces paralysies. Les recherches expérimentales de Brünner, Vaillard et Vincent, ont montré que la paralysie est consécutive à la contracture et due à une virulence plus grande de la toxine tétanique ou à une action plus prolongée de ce poison. De plus, les recherches anatomo-pathologiques montrent que les paralysies ne sont pas dues à des altérations des nerfs périphériques, mais de préférence à des lésions cellulaires. Il n'y a donc pas névrite mais lésion nucléaire : ces paralysies sont d'origine centrale.

Plus importante est la question du diagnostic, car, au moment où l'on constate les signes du début, la plaie, porte d'entrée, est souvent insignifiante, ou cicatrisée, ou oubliée du malade. En présence d'une plaie de la face qui a pu être souillée par de la terre ou qui renferme un corps étranger septique, et qui s'accompagne de contractures isolées ou seulement d'asymétrie faciale, il ne faut jamais oublier la possibilité d'un tétanos céphalique avec paralysie faciale. Même en l'absence de trismus il faudra toujours s'entourer de tous les renseignements possibles fournis par les commémoratifs, l'interrogatoire du malade, l'examen clinique complet et les recherches biologiques avant d'écarter l'hypothèse d'une infection atypique à bacille de Nicolaïer.

Quelle est la cause de l'ophtalmoplégie? Si l'on n'a pas de commémoratif traumatique, on peut penser à la méningite tuberculeuse. Si l'on constate l'existence d'une plaie, on peut se demander si l'ophtalmoplégie n'est pas due simplement à une fracture de l'orbite avec hémorragie intraorbitaire. Si le traumatisme a été d'une certaine gravité, on peut s'attarder à discuter aussi la possibilité d'une fracture de la base du crâne avec signes de compression, mais en pareil cas on observe d'autres symptômes plus graves.

II. **Les tétanos partiels des membres.** — Il ne faudrait pas croire que les formes partielles, localisées, du tétanos aient échappé à l'observation des anciens auteurs. En 1363, Guy de Chauliac fit le premier la distinction entre les tétanos généralisés et localisés. Au XIXe siècle, les chirurgiens firent des distinctions semblables, mais l'histoire du tétanos partiel des membres est de date récente.

La localisation peut porter sur un seul membre, presque toujours un membre inférieur ou sur deux membres symétriques généralement, d'où 2 formes :

1° La forme monoplégique;
2° La forme paraplégique.

1° **Forme monoplégique.** — Nous prendrons comme type de description la forme monoplégique du membre inférieur.

C'est un certain temps après la blessure, alors que la plaie est déjà cicatrisée ou en bonne voie de cicatrisation qu'apparaissent les premiers signes : la pé-

(1) WORMS. Du tétanos bulboparalytique, *Th. de Lyon*, 1905-1906.

(2) ALBERT. Sur le tétanos céphalique, *Th. de Lyon*, 1890.

riode d'incubation, phase insidieuse pendant laquelle l'infection tétanique se développe sans que rien permette de la déceler, est en moyenne de 15 à 20 jours; elle peut être de moins longue durée et ainsi l'on distingue 2 formes de tétanos localisé : le *tétanos localisé précoce, tardif.* Nous insisterons sur ce point important en étudiant la pathogénie de ces formes atypiques.

a. *Période de début.* — Qu'il s'agisse de l'une ou l'autre, la phase de début est la plus intéressante à connaître, car il est urgent de porter un diagnostic précoce pour traiter les tétaniques dès le début de l'infection.

Du côté de la plaie on peut noter certaines modifications sans grand intérêt; plus constantes sont, à ce niveau, les douleurs lancinantes, les spasmes dans les muscles voisins suivis de crampes et de soubresauts tendineux. Une *douleur brusque, localisée* dans un membre, *sans lésion apparente* chez un blessé, est un signe capital.

A cette douleur succède bientôt la *contracture* dans la même région; les crampes ont pour caractère essentiel de provenir surtout d'excitations extérieures. Tout au début il peut s'agir d'une légère raideur compatible avec la marche; puis la contracture atteint tout ou partie des masses musculaires du membre blessé et peut remonter jusqu'à la paroi abdominale.

Claude et Lhermitte ont signalé deux signes qu'il faut rechercher, car ils peuvent avoir leur utilité pour le diagnostic différentiel :

1° L'hyperexcitabilité excessive des muscles et des nerfs aux courants faradiques et galvaniques; elle persiste longtemps encore après la guérison clinique;

2° L'exagération de la réflectivité osseuse et tendineuse.

b. *Période d'état.* — Douleurs et contractures atteignent leur maximum d'intensité; alors on observe presque toujours des *phénomènes peu durables de généralisation.* Ceux-ci n'enlèvent d'ailleurs aucun des caractères particuliers à la localisation spéciale de la maladie. Maladie locale elle reste locale malgré le trismus, malgré l'ébauche de la raideur de la nuque, malgré, dans certains cas, quelques troubles respiratoires.

Ce sont les contractures qui dominent la scène clinique, contractures localisées et qui s'accompagnent de douleurs extrêmement vives, arrachant des cris au malade. Celles-ci irradient tantôt dans tout le membre blessé ou restent localisées à un segment de membre, ou gagnent d'autres régions, le membre opposé, l'abdomen.

Les contractures sont intenses; elles peuvent être le seul symptôme partiel, elles restent tout au moins l'élément primordial. Elles se présentent sous 2 types particuliers : 1° il peut s'agir de secousses convulsives très pénibles se caractérisant par des mouvements cloniques; ceux-ci surviennent en général par accès qui, d'abord plus fréquents, deviennent plus répétés à mesure que la maladie évolue; 2° on observe de la contracture d'emblée persistante donnant à la palpation la sensation d'un membre de bois. La contracture en extension est la règle.

Les signes généraux n'ont pas ici la même valeur que dans la forme classique du tétanos. L'élévation de la température est très irrégulière : la courbe générale est ascendante depuis le début des douleurs et se maintient haute jusqu'à disparition. Le pouls s'accélère, devient fréquent, mais reste régulier. Les urines diminuent de quantité, les troubles sphinctériens (rétention d'urine) peuvent exister pendant les crises convulsives. Le facies du malade qui avait déjà attiré l'attention à la période de début devient plus caractéristique encore. Le malade est même pendant les périodes d'accalmie très anxieux et son visage revêt une expression étrange qui frappe au premier abord.

L'évolution de cette forme est chronique et la tendance générale est vers la guérison dans la majorité des cas; mais on peut observer une généralisation secondaire, comme nous le verrons en étudiant la pathogénie.

Le diagnostic du tétanos partiel est assez délicat, surtout tout à fait au début. Un certain nombre d'affections peuvent prêter à confusion et le simuler plus ou moins fidèlement.

La *tétanie* ne sera pas confondue avec le tétanos local. La contracture siège surtout aux membres supérieurs, détermine une attitude bien caractéristique : les muscles contracturés sont durs et soulèvent la peau comme des cordes fortement tendues; elle évolue par crises dans l'intervalle desquelles le membre est en état de résolution musculaire. Si la compression du paquet vasculo-nerveux du membre provoque une crise spasmodique dans le tétanos comme dans la tétanie (signe de Trousseau), il n'en est pas de même du facial : le tétanos partiel ne réagit pas aux excitations à distance.

Les contractures d'origine centrale par lésion méningée, cérébrale ou médullaire. — L'existence d'une blessure du crâne ou du rachis, les renseignements fournis par la ponction lombaire autoriseront à rattacher ces contractures à leur véritable étiologie. Personne ne confondra les spasmes tétaniques avec les crises d'épilepsie jacksonienne, ni avec le syndrome décrit par Kojejnikow sous le nom d'épilepsie partielle continue.

Les contractures par lésions des nerfs (1). — En multipliant les lésions traumatiques des nerfs, la guerre a permis de mieux connaître le syndrome d'excitation ou d'irritation des nerfs moteurs et des nerfs mixtes; celui-ci peut se traduire, non seulement par des douleurs, mais encore par de l'exagération des réflexes tendineux et de la contracture.

René Le Fort (2), dans un travail intitulé *Accidents pseudotétaniques chez des blessés atteints de lésions des nerfs compliquées de la présence de corps étrangers*, signale l'histoire de 3 blessés qui, après avoir reçu l'injection préventive de sérum, ont présenté des accidents douloureux et spasmodiques du membre blessé avec contracture; ces accidents ont

(1) M. Ducoste. Les contractures dans les lésions nerveuses périphériques, *Soc. de biol.*, 24 juillet 1915. — A. Léré et Roger. Sur quelques variétés de contractures posttraumatiques et leur traitement, *Soc. méd. des hôpit.*, 22 oct. 1915.

(2) Le Fort. *Acad. de méd.*, 17 août 1915.

disparu après enlèvement des corps étrangers qui se trouvaient en contact avec le nerf.

Ce problème est très complexe, car la blessure d'un nerf peut non seulement simuler un tétanos local, mais en favoriser l'éclosion. Une observation de Phélip et Policard est à ce point assez suggestive : il s'agissait d'un tétanos subaigu et bénin qui a évolué, malgré 2 injections préventives, 17 jours après une excoriation de la main ; le membre blessé, siège initial des signes tétaniques, avait été, plusieurs années auparavant, atteint de névrite traumatique du nerf médian.

Les *contractures ou pseudocontractures consécutives à des lésions locales*, os, articulations, tendons, muscles, se différencient par leur stabilité, l'attitude fixe imprimée au membre et aussi par un examen attentif de la région intéressée qui permet toujours de trouver rapidement la cause de la contracture.

Les *contractures hystériques* peuvent simuler d'autant mieux les contractures tétaniques qu'elles peuvent être partielles. Le début est subit et rapide, et d'emblée la contracture atteint son maximum. La rigidité peut être extrême, difficile à vaincre ; on observe d'ordinaire des troubles objectifs de la sensibilité : anesthésie, hyperesthésie dont la topographie est régionale et limitée souvent au territoire même occupé par la contracture.

Le diagnostic différentiel doit se faire par la recherche des deux signes indiqués par Claude et Lhermitte dans les tétanos partiels, à savoir : l'hyperexcitabilité excessive des muscles et des nerfs aux courants galvanique et faradique ; l'exagération de la réflectivité osseuse et tendineuse. De plus, la contracture hystérique cesse momentanément, parfois définitivement, sous le sommeil chloroformique.

Somme toute, poser le diagnostic de tétanos localisé au début est chose très délicate, mais les affections qui peuvent prêter à confusion possèdent assez de signes propres et caractéristiques pour être, dans la majorité des cas, fixé rapidement.

2° **Forme paraplégique** (1). — Il peut exister des formes intermédiaires entre le type monoplégique et le type paraplégique. L'un des types ne s'installe que pendant quelques jours pour disparaître ensuite sans laisser de traces. L'observation de Pozzi est la première qui ait été publiée de cette variété clinique. Il s'agissait d'un tétanos localisé à type monoplégique prédominant, avec, pendant quelques jours, atteinte du membre inférieur opposé, réalisant, durant ce laps de temps, le type paraplégique.

Les signes de début sont identiques à ceux observés dans le tétanos monoplégique.

La *variété paraplégique inférieure* est la plus fréquente. Les membres sont en extension forcée, le pied en varus. Les muscles du mollet, étendus au maximum, donnent l'impression d'une masse extrêmement résistante ; il est très facile de soulever d'une pièce par les orteils le membre inférieur tout entier figé en extension. La plupart du temps la contracture envahit les muscles abdominaux inférieurs tout au moins, si bien que le ventre offre une paroi résistante et ligneuse. Lorsque cette forme est pure, le sujet a le libre exercice de ses membres supérieurs, de ses articulations vertébrales supérieures, de ses muscles de la face, il y a un contraste frappant avec la moitié inférieure du corps immobile et comme pétrifiée.

La *variété paraplégique supérieure* est exceptionnelle ; il n'en existe qu'un cas (Demontmerot) : les bras, les avant-bras, les poignets et les mains étaient en flexion forcée.

Les signes généraux sont peu marqués ; il n'existe qu'une légère élévation thermique qui disparaît bien vite la crise une fois terminée. L'état général reste bon ; l'évolution est fort longue.

Rappelons ici pour mémoire qu'il existe une forme de tétanos généralisé à début paraplégique, les contractures généralisées venant masquer par moments la localisation paraplégique initiale.

3° **Formes frustes à évolution lente et à incubation prolongée.** — Bien qu'il ne s'agisse pas toujours dans ces cas de tétanos partiel, nous signalons ici ces formes sur lesquelles Claude et Lhermitte ont attiré l'attention.

La plaie initiale est d'ordinaire peu importante et cicatrisée lors de l'éclosion des premiers symptômes. Ceux-ci consistent dans une légère raideur, soit des muscles du membre blessé, soit d'emblée des masséters. Ces contractures légères permettent au blessé convalescent d'accomplir sans grand trouble les occupations de la vie courante, puis elles se précisent, s'exagèrent et s'étendent. L'état général reste excellent, et en général ces malades sont considérés comme atteints de contractures névropathiques. Mais à bien les examiner on est frappé par l'expression un peu étrange de leur facies : les traits apparaissent comme figés, très accusés, le cou rigide. Si l'on commande au malade d'ouvrir la bouche, tous les muscles de la face et du cou entrent en contraction et les minces fascicules des peauciers se dessinent nettement sous le tégument. L'ouverture de la bouche est malaisée et la protraction de la langue difficile : celle-ci est marquée de l'empreinte des dents.

La même hypertonie peut se retrouver sur les muscles des membres inférieurs : ceux du membre supérieur échappent à cette contracture, sauf si la blessure initiale les a atteints.

En général, on n'observe pas des paroxysmes de contracture comme dans le tétanos classique, ou bien ceux-ci sont très passagers et difficiles à saisir.

L'état général se maintient excellent et le pronostic de l'affection reste bénin.

On penserait à des contractures névropathiques si l'on n'avait soin de rechercher avec attention l'hyperexcitabilité excessive des muscles au courant galvanique et faradique et l'exaltation de la réflectivité osseuse et tendineuse avec clonus du pied et danse de la rotule.

Si l'étude clinique nous a montré combien ces formes de tétanos atypiques s'éloignaient de la forme généralisée à grands symptômes, l'étude de leur pathogénie est du plus grand intérêt.

Comment expliquer ces tétanos localisés ?

(1) Demontmerot. De la forme paraplégique dans le tétanos chronique *Th. de Paris*, 1904.

Expérimentalement chez des animaux peu sensibles le tétanos débute toujours au lieu de l'infection, et si l'on a soin de n'utiliser que des doses faibles l'animal ne meurt pas, la contracture reste localisée au membre inoculé. On sait aussi qu'une injection de toxine suffisante pour provoquer un tétanos généralisé n'aboutit qu'à un tétanos atypique si elle a été suivie d'une injection de sérum dans un laps de temps ne dépassant pas 2 heures.

Ainsi ces formes sont sous la dépendance de 2 facteurs :

1° L'introduction d'une *minime quantité de toxine* dans l'économie qui dépend de la présence dans la blessure de germes peu nombreux ou à virulence atténuée ;

2° L'*immunité relative du blessé* qui peut être :

Naturelle : certains sujets ne supportent-ils pas des doses toxiques qui seraient mortelles pour d'autres ;

Acquise : la plupart des tétanos partiels observés l'ont été chez des blessés qui avaient reçu une ou plusieurs injections de sérum antitétanique ; Borrel les a très justement nommés des **tétanos postsériques** (1). « Il s'agit bien là, dit Widal, d'un tétanos par immunisation incomplète, tétanos qui représente un bel exemple de ces types morbides modifiés dont la médecine préventive est en train de doter l'histoire naturelle des maladies infectieuses. »

Le tétanos postsérique sera d'autant plus localisé que l'action de l'antitoxine sera plus puissante. C'est cette action de l'antitoxine qui commande à la fois les signes cliniques et le pronostic du tétanos. Aussi un des traits les plus frappants du tétanos postsérique est l'*inconstance et la variabilité des symptômes* (2). Dans le tétanos ordinaire, celui qui survient chez des sujets n'ayant jamais reçu de sérum antitétanique, la toxine atteint successivement dans un ordre constant tous les étages du système nerveux depuis les nerfs de la région blessée jusqu'aux centres bulbo-médullaires ; mais chez les sujets injectés la pathogénie est toute spéciale. Le *tétanos est le résultat d'une protection sérique incomplète.* « Dans ces conditions, la réaction des centres supérieurs pourra se montrer incomplète, irrégulière et incoordonnée ; au lieu d'obéir à la toxine avec la régularité habituellement observée dans le tétanos classique, chacun des centres est devenu libre de réagir isolément, d'une manière variable et même inconstante. » (Montais.) L'injection sérique préserve en général les centres supérieurs qui, dans le tétanos ordinaire, sont les derniers atteints. Ainsi beaucoup de tétanos postsériques sont-ils localisés au membre blessé. Le *tétanos n'est plus alors qu'une maladie locale* : la toxine arrête son action aux nerfs et aux centres nerveux du membre blessé. Le tétanos reste médullaire, comme l'a dit Montais, au lieu de devenir bulbo-protubérantiel.

La sérothérapie n'a donc pas donné une immunité absolue ; ainsi que le dit Lumière (3) il semble qu'elle puisse se trouver en défaut pour deux raisons principales :

a. Lorsque la quantité de toxine sécrétée au sein des plaies est considérable et hors de proportion avec la dose de sérum injectée ; dans ce cas le tétanos apparaît très peu de temps après l'injection de sérum et malgré elle : il s'agit d'un *tétanos postsérique précoce*.

b. Lorsque l'immunité conférée par l'injection préventive est partiellement ou totalement épuisée au moment où se font au niveau de blessures plus ou moins anciennes, cicatrisées ou non, des ensemencements tétaniques à la suite d'une intervention chirurgicale ou d'un traumatisme qui libèrent des spores enfermés dans des corps étrangers enkystés. Ce sont les *tétanos postsériques tardifs*, de beaucoup les plus fréquents. Leur évolution n'est qu'un des multiples exemples du réveil de l'infection des plaies par l'acte chirurgical, réveil sur lequel les membres de la Société de chirurgie ont longuement discuté en 1915, à la suite d'une communication de Phocas.

Et puisqu'il s'agit de protection sérique incomplète à durée limitée, le pronostic de ces tétanos tardifs ne sera pas aussi bénin qu'on le peut supposer. « Plus le temps écoulé entre l'injection préventive et les premiers signes de tétanos est long, plus la symptomatologie se rapproche de la forme classique du tétanos précoce et plus le pronostic devient sévère. » Nous avons signalé, en étudiant la symptomatologie, l'apparition des signes d'ébauche de généralisation et qu'il fallait prêter une grande attention à la présence ou à l'absence de trismus.

En considérant ce seul symptôme on peut distinguer, avec Lumière et Montais, 3 variétés de tétanos postsériques :

a. *Tétanos sans trismus.* — Dans ces cas l'antitoxine injectée a évité la fixation du poison sur le système nerveux central limitant son action aux nerfs moteurs du membre blessé. Ces tétanos sans trismus ont beaucoup moins de gravité que les autres formes.

b. *Tétanos avec trismus tardif.* — Les centres bulbo-médullaires ne sont qu'incomplètement protégés. On constate alors l'apparition d'un trismus tardif ou incomplet, accompagnant la contracture locale. Le pronostic est ici moins favorable.

c. *Tétanos avec trismus d'emblée.* — Ici l'effet protecteur du sérum est épuisé ; la pénétration de la toxine est redevenue libre, les centres supérieurs peuvent être atteints. Ces cas sont presque toujours mortels.

C. **Les troubles cérébraux dans le tétanos.** — Il était classique de dire, jusqu'à présent, que le tétanos respectait l'intégrité de l'intelligence. Et, en effet, la toxine tétanique suivant une marche progressivement ascendante, atteignait successivement les extrémités nerveuses, puis la moelle, puis le bulbe. A ce moment les malades mouraient avant que le cerveau ait pu être touché par la toxine tétanique. Or, depuis que, grâce au sérum, on peut préserver les centres bulbo-médullaires de lésions fatales, on a vu le poison tétanique gagner les centres cérébraux et donner lieu à des accidents céré-

(1) Borrel. *C. R. de la Soc. de biol.*, 16 mai 1916.
(2) Montais. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, juillet 1916. — Lumière. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, janv. 1917.
(3) Lumière. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, janv. 1917.

braux. Bérard et Lumière (1), Lumière et Astier (2) ont décrit ces troubles mentaux.

Ils consistent en hallucinations, délire, phobie à exacerbation nocturne; leur début est brusque; ils s'installent avec leur intensité maximum et demeurent constants pendant 8 jours au moins, puis s'atténuent progressivement. Il faut 15 à 20 jours pour que leur disparition complète survienne. Ils ne s'accompagnent d'aucune élévation thermique et l'apyrexie a toujours été constante dans la crise mentale, excepté dans un cas qui a évolué fatalement, chez lequel, d'ailleurs, l'hyperthermie relevait d'une infection locale associée.

Le tétanos cérébral qui constitue la forme la plus bénigne de l'intoxication tétanique des centres nerveux semble donc être une preuve de l'efficacité de nos méthodes de prophylaxie et de thérapeutique antitétanique. *(A suivre.)*

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 15 MARS 1920)

Reproduction expérimentale de trachome (conjonctivite granuleuse) chez le lapin. — MM. Ch. NICOLLE, A. CUÉNOD et G. BLANC.

Sur la détermination d'amanites vénéneuses à l'aide de réactions colorées. — M. J. BARLOT. Les trois amanites mortelles réagissent de la façon suivante au contact de 11 ou 11 gouttes d'une dissolution aqueuse d'acide sulfurique :

Amanite phalloïde = coloration en violet;

Amanite panthère = brun foncé;

Amanite citrine = brun verdâtre.

Ces réactions paraissent caractéristiques; d'autres réactions analogues peuvent être observées avec une dissolution de potasse ou avec l'acide nitrique.

De plus, ces trois amanites mortelles peuvent être distinguées par une hémoréaction qui leur est commune.

Des fragments du péridium ou du stipe sont traités par une goutte de sang frais humain ou de sang de mouton additionné de ferricyanure de potassium : amanites phalloïde et A. panthère = coloration noire; A. citrine = même coloration moins intense.

Sur l'épuration des eaux d'égout par les boues activées. — M. R. CAMBIER.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 23 MARS 1920)

Du rôle de la Croix-Rouge américaine dans la lutte contre la tuberculose, en France, pendant la guerre. — Sur ce sujet, M. LETULLE a fait un rapport très détaillé des services rendus par la Croix-Rouge américaine, services trop méconnus et à l'égard desquels la France semble être restée un peu trop indifférente. C'est donc une bonne œuvre qu'a accomplie M. Letulle en rappelant ses éminents services. On pourra se faire une idée de leur importance quand on saura que la Croix-Rouge américaine y a dépensé 16.500.000 fr.

A peine arrivés en France, les Américains ont constitué un bureau spécial d'où sont partis toutes les mesures, tous les secours, toutes les œuvres créés en vue de la lutte contre la tuberculose, dans tous les départements de la France, dans l'armée et au Maroc. Créations d'hôpitaux, de sanatoria, de dispensaires, coopération avec l'Assistance publique, le Service de santé, adjonction de centaines de lits dans des établissements déjà existants, secours en ravitaillement alimentaire, en médicaments, en linge, en vêtements, en mesures de désinfection, en création de baraquements; secours au Maroc, secours à l'armée, etc.

L'énumération que nous a faite M. Letulle des moyens employés par la Croix-Rouge américaine pour s'opposer aux ravages causés par la tuberculose, des résultats fort encourageants qui ont été obtenus, constitue un travail considérable.

Il y a eu là de la part de nos Alliés une œuvre humanitaire vraiment magnifique qui n'a pas été appréciée comme elle le méritait et qui est bien digne de la reconnaissance de la France tout entière.

Aussi n'avons-nous pas été surpris, après le rapport de M. Letulle, d'entendre M. VINCENT proposer à l'Académie d'émettre un vote de reconnaissance à la Croix-Rouge américaine pour les services considérables qu'elle a rendus à la France, pendant la guerre, dans la lutte antituberculeuse.

Cette proposition, mise aux voix, a été adoptée à l'unanimité.

Il appartenait à l'Académie nationale de médecine de se faire dans cette circonstance l'interprète de la France.

Autre proposition, également mise aux voix et également adoptée à l'unanimité, formulée par M. NETTER : l'Académie exprime également ses félicitations et ses remerciements à la Commission Rockfeller de la tuberculose.

Du rôle du calcium sur la glycosurie. — M. PHOCAS.

Existence chez l'homme de formes évolutives du spirille de la fièvre rémittente. — MM. ARDIN-DELTEIL et DERRIEN.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 19 MARS 1920)

Septicémie à méningocoques C guérie par la vaccinothérapie intraveineuse. — MM. E. SERGENT, P. PRUVOST et F. BORDET. Il s'agit d'une forme intermittente prolongée de méningococcémie ayant évolué pendant 3 mois sans détermination méningée et s'étant manifestée par la triade symptomatique déjà décrite entre autres par Netter, Ribierre et ses collaborateurs : fièvre pseudopalustre ou plutôt intermittente, irrégulière, dont chaque accès est accompagné de poussées d'éléments papulo-noueux et d'arthralgies. La sérothérapie intraveineuse se montra à peu près sans influence, il en fut de même d'une injection sous-cutanée d'un stock-vaccin; par contre la même dose de stock-vaccin introduite par voie veineuse fut suivie d'un succès immédiat et complet. La vaccinothérapie intraveineuse semble donc bien être la méthode de choix dans ces septicémies prolongées, les réactions générales qu'elle provoque sont en effet modérées et ses résultats d'une rapidité incomparable à ceux obtenus jusqu'ici par la sérothérapie ou la vaccinothérapie sous-cutanée.

Palpation et radiologie du bord inférieur du foie. — MM. R. GLÉNARD et J. AIMARD, étudiant les services que peut rendre la radiologie à l'étude des modifications de forme du bord inférieur du foie dans les maladies du tube digestif et de la nutrition, concluent qu'au cas de grande minceur hépatique à ce niveau la ligne obtenue par les rayons X ne correspond qu'imparfaitement à la crête recherchée; d'un autre côté l'examen radiologique ne peut permettre à lui seul de faire le diagnostic entre une vésicule biliaire dilatée d'une part, et de l'autre une languette hépatique (lithiase biliaire) ou une hypertrophie monolobaire du foie.

La palpation, à condition qu'elle soit pratiquée par le procédé du pouce, donne d'une façon générale des renseignements plus précis et plus détaillés. A ce dernier point de vue, elle permet d'accrocher la crête du bord du foie à la limite de l'excroissance hépatique en cas de languette ou d'hypertrophie monolobaire, tandis qu'on ne trouve qu'une saillie globuleuse en cas de vésicule biliaire dilatée.

Ces réserves étant faites, la radiologie du bord inférieur du foie devenue facile depuis la généralisation des méthodes d'insufflation gastrique et intestinale mérite d'être employée

(1) BÉRARD et LUMIÈRE. *Acad. de méd.*, 18 déc. 1917.
(2) LUMIÈRE et ASTIER. *Soc de thérap. de Paris*, 10 janv. 1917.

plus couramment avec latitude de recourir aux injections intrapéritonéales d'oxygène dans certains cas litigieux. Elle donnera la possibilité de suivre l'évolution des dimensions du foie en projetant sur papier quadrillé son calque orthodiagraphique et, corroborant les résultats donnés par la palpation qu'on pourra du reste, à l'occasion, pratiquer sous l'écran, montrera la grande fréquence des altérations hépatiques dans nombre de maladies où leur existence devrait être toujours systématiquement recherchée.

La bradycardie totale myogène. — MM. Ch. Laubry et A. Mougeot rapportent une observation démonstrative de bradycardie totale sinusale dans laquelle les épreuves du nitrite d'amyle, de l'atropine et de la compression oculaire étaient négatives. Le pouls à 48 s'accélérait à l'effort. D'autre part, les signes cliniques, d'insuffisance myocardique étaient nets : gros cœur dilaté, galop, hypotension, inaptitude à l'effort.

Les auteurs en concluent à une origine myocardique de la bradycardie totale. Ils rappellent que cette pathogénie a été timidement invoquée par Lian et Lyon-Caen et que des observations analogues ont été présentées par Descos, Hess. Ils citent d'autres observations personnelles qui, pour être moins complètes et moins probantes que leur observation princeps, leur paraissent cependant présenter d'assez grandes analogies cliniques pour rendre très probable l'origine myocardique des bradycardies totales constatées, par exemple, en période d'état de fièvre paratyphoïde, avec coexistence de bruit de galop.

Ils remémorent aussi quelques faits expérimentaux, entre autres la bradycardie totale « cardiotonique » provoquée chez le chien par M. Busquet avec de fortes doses d'or colloïdal et qui subsiste après section des deux nerfs pneumogastriques. Enfin ils n'omettent point de signaler la théorie du bloc sino-auriculaire invoquée pour expliquer l'absence de réaction à l'atropine et au nitrite d'amyle, par MM. Josué et Belloir, ils reconnaissent que cette théorie s'applique à certains faits, mais non à ceux qu'il leur a été donné d'observer.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 16 MARS 1920)

Fragilité osseuse congénitale. — M. Apert présente une fillette qui s'est fracturée 2 fois le fémur et 5 fois le tibia. Elle présente les autres caractéristiques de la maladie : sclérotique d'un bleu intense, largeur exagérée du crâne.

Anomalie congénitale du cœur. — M. Brizard présente le cœur d'un enfant de 8 ans morte de tuberculose pulmonaire : on trouve une large communication interventriculaire, insuffisance aortique, absence de valvules pulmonaires. Elle présentait bien les souffles orificiels de ses lésions. Mais pas de cyanose.

Le signe de Sicard dans l'appendicite aiguë. — MM. Savariaud et Jacob. En 1905 Sicard signale que dans l'appendicite et la fièvre typhoïde le reflexe cutané abdominal disparaissait dans la fosse iliaque droite — et que cette absence pouvait s'étendre à toute la peau de l'abdomen avec la progression des lésions. Peu après, Mme Nageotte attribue une grosse importance à ce signe dans l'appendicite. Dans un cas récent où ce signe était typique, M. Savariaud opère et ne trouve que de la côlite. M. Rolleston en Angleterre l'a trouvé dans la carcinose péritonéale et la pneumonie lobaire.

Reprenant l'étude de ce signe chez l'individu normal, les auteurs concluent qu'on ne peut le rechercher ni chez l'enfant, ni chez le vieillard; chez l'adolescent et adulte jeune il existe très souvent et de manière très variable. Chez des entéro-coliteux graves on l'a vu manquer. Ils concluent que c'est un symptôme sans aucune valeur pour le diagnostic et le pronostic.

Fistule médiane congénitale du cou. — M. Ombrédanne. Chez un enfant de 5 ans, l'auteur trouve une fistule près de la fourchette sternale se continuant par un trajet sous-cutané médian jusque vers l'os hyoïde, là une saillie et une tache brunâtre, prolongées par en bas par une cicatrice squameuse, au-dessus un tractus médian sous-mentonnier, fibreux, se terminant vers la pointe du menton légèrement bifide. L'ablation de cette fistule ne montre qu'un trajet sous-cutané, le seul point d'insertion profond étant au menton. Aussi M. Ombrédanne pense que ces fistules viennent d'une anomalie de formation du menton (réunion des 2 bourgeons maxillaires inférieurs et du tuberculum impar), le menton étant chez l'embryon au contact de la fourchette sternale. L'examen histologique n'a montré que de la peau saine sans glandes et revêtement spécial. Ces cas sont très rares, il en existe 13 ou 14 observations.

M. Veau qui a observé un cas semblable insiste sur l'importance qu'il y a à opérer ces enfants le plus jeune possible, car la présence du tractus mentonnier amène un arrêt de développement du menton.

Calculs vésicaux chez deux enfants. — MM. Thiers et Evrard. 1° Chez un enfant de 10 ans présentant des coliques violentes avec miction et cathéterisme impossibles, le toucher rectal montre une induration de l'urèthre prostatique. La radiographie révèle un calcul enclavé de l'urèthre, et un 2e calcul vésical; ablation par la taille (M. Mouchet); 2° chez un nourrisson de 15 mois présentant de la miction depuis 6 mois, troubles attribués d'abord à du phimosis, et opéré d'urgence, la radiographie ayant montré un calcul vésical, M. Mouchet trouve un calcul mou de 19 g. occupant toute la vessie, composé de phosphate ammoniaco-magnésien, et n'ayant pas de noyau central. Les auteurs se demandent si ces calculs ne sont pas des calculs dus à une infection vésicale, ou une infection ascendante venue de l'urèthre.

M. Comby rappelle combien est fréquente la lithiase rénale méconnue du nourrisson, il a dans une crèche pratiqué systématiquement leur recherche aux autopsies, et a pu recueillir un grand nombre de calculs de toutes formes, dimension, composition. Comme la lithiase vésicale est très rare chez l'enfant, il faut admettre que la plupart de ces calculs sont éliminés sans laisser de traces dans la vessie, mais certains peuvent y rester et donner lieu à des calculs vésicaux.

M. Netter signale que depuis 1918 il a vu chez plusieurs enfants âgés des hématuries à répétition, sans coliques néphrétiques et aucun symptôme. Il se demande s'il ne s'agit pas de bilharziose ou d'amibes acclimatés pendant la guerre.

M. Apert ne croit pas que la transmission de la bilharziose soit possible dans nos climats, l'incubation du parasite se faisant dans des mares d'eau chaude.

Pseudotétanos sérique. — M. Lesné. Chez une fille de 15 ans ayant fait une chute sur la tête avec plaie profonde souillée de terre on fait injection préventive de sérum antitétanique. Au 9e jour, fièvre à 40°, trismus unilatéral avec grande difficulté d'ouvrir la bouche. Le médecin pense à du tétanos et conseille de hautes doses de sérum. M. Lesné remarque que le début au 9e jour est bien tardif pour un tétanos céphalique, il n'y a pas de paralysie faciale, et à l'examen le trismus est un trismus secondaire à une arthrite temporo-maxillaire. C'est un accident sérique; traitement par l'aspirine, le surlendemain apparition d'un urticaire. Il est rare de voir un accident postsérique aussi localisé.

Paludisme autochtone chez un enfant de 4 mois. — MM. Tixier et Bidot. Une jeune femme qui a eu autrefois du paludisme en Vendée vient à Paris et peu après y accouche d'un enfant qu'elle nourrit au sein. A 4 mois il est pris d'accès de fièvre intermittente type (frisson 39°5, puis sudation, vomissements et diarrhée), accès revenant tous les 3 jours. L'examen montre du plasmodium vivax, traité avec des piqûres de formiate de quinine 0g05 par centimètre cube, en quelques piqûres les accès disparaissent définitivement, la piqûre est indolore et ne laisse pas d'induration. L'auteur se demande s'il ne s'agit pas de paludisme congénital. L'absence de la phase prémonitoire intestinale, le début par l'accès franc, pourraient y faire penser.

M. Lesné a vu un cas analogue chez un nourrisson de 6 mois originaire aussi de Vendée. La ponction de la rate montre des protozoaires, et la guérison a été très rapide avec des injections de formiate de quinine.

A propos de trois cas de tumeur maligne chez l'enfant. — J. Roux.

Rapport de la Commission sur la prophylaxie de la dipthtérie (1). — MM. MARTIN, NETTER, MERY, Jean HALLÉ, B. WEILL et HARVIER, rapporteur. Nous voyons encore de nos jours des épidémies très mortelles de diphtérie et cependant nous sommes aussi armés contre elle que contre la variole. Il faut étudier les moyens de prophylaxie et voir ensuite comment les appliquer.

I. MOYENS DE PROPHYLAXIE. — A. *Isolement du malade contagieux.* — Tout sujet atteint de diphtérie évidente ou fruste ou porteur de germe dans le mucus naso-pharyngé doit être isolé. Ceci n'est pas fait, même à l'hôpital, où les porteurs de germes sont rendus à la circulation. Si cette mesure doit être recommandée en temps habituel, en temps d'épidémie elle devrait être obligatoire.

B. *Déclaration obligatoire.* — Elle se fait beaucoup trop tardivement. Dans les écoles on est souvent prévenu qu'un enfant a la diphtérie 10 à 15 jours après qu'il a quitté l'école. Ce retard est dû à plusieurs causes :

La principale est que certains médecins ne font la déclaration qu'à la fin de la maladie, au moment où ils demandent la désinfection des locaux. La déclaration ne doit pas être faite seulement pour obtenir la désinfection, mais dès le début, pour prévenir la dissémination des germes.

D'autre part la transmission postale est insuffisante, la déclaration est adressée à la préfecture de police, d'où elle est envoyée au service d'hygiène de la Seine, puis au laboratoire. Ces transmissions devraient se faire par téléphone ou pneumatique.

Enfin la déclaration ne vise que les cas confirmés. Or en cas d'épidémie ce sont les cas frustres et suspects qui sont les plus dangereux pour la transmission.

C. *Désinfection.* — Elle n'offre rien de spécial. Il ne faut pas la pratiquer seulement à la fin, mais au cours de la maladie.

D. *Dépistage des cas frustres par l'examen des gorges.* — En face d'un cas de diphtérie toutes les gorges de l'entourage doivent être examinées, toute angine érythémateuse, toute rougeur d'un pilier doit être regardée comme suspecte et doit être isolée. Ces angines rouges se montrent bactériologiquement souvent comme de la diphtérie, en milieu épidémique.

Les porteurs de germes sont constitués soit par ces cas frustres soit par les convalescents de diphtérie franche.

E. *Injections préventives de sérum antidiphtérique.* — C'est le moyen prophylactique le plus puissant. L'immunisation est acquise au bout de 24 heures pour une durée de 3 à 4 semaines. Il n'est pas cependant à ériger en système absolu à cause des dangers d'anaphylaxie. Il faut l'appliquer dans certains cas.

On s'est demandé si au moyen de l'intradermo-réaction de Schick on ne pourrait pas déceler les sujets sensibles à la diphtérie et les porteurs de germes. En temps normal dans les écoles et les familles en présence d'un cas de diphtérie l'injection de sérum serait réservé aux cas à Schick positif. Mais en cas d'épidémie il faut faire le sérum à tous les cas car il n'est pas prouvé que les Schick négatifs ne deviennent pas contaminables.

F. *Vaccination active.* — Elle serait plus active mais elle est inapplicable en temps d'épidémie. Elle est très lente à s'établir, plusieurs semaines ou mois pendant lesquels l'enfant reste contaminable.

II. APPLICATION DE CES MOYENS. — A. *Dans les familles.* — L'isolement est réalisable dans les familles aisées, on examine la gorge des parents, frères, sœurs et on en pratique l'examen bactériologique.

Dans les familles nombreuses et pauvres l'isolement est impraticable. Il faut pratiquer l'injection préventive de sérum aux enfants, l'examen de la gorge au-dessus de 15 ans et même aux adultes en cas d'épidémie. Il faut faire pratiquer l'ébullition du linge du malade, prescrire l'emploi du sarreau et le lavage des mains pour la personne qui approche le malade. Ne rendre celui-ci à la circulation qu'après 2 examens négatifs de gorge.

B. *Dans les hôpitaux.* — L'examen du malade à l'entrée ne doit pas être pratiqué dans une salle commune, mais par l'interne de garde soit dans la voiture soit dans un box.

La désinfection des voitures d'ambulance est faite d'ordinaire, celle des voitures de place ne l'est pas. La déclaration de la maladie doit être faite aussitôt par l'Administration au moyen du téléphone. La sérothérapie préventive des frères et sœurs est alors pratiquée.

Tout entrant dans un service de rougeole doit subir l'injection préventive de sérum antidiphtérique. Si un cas éclate dans la salle, la dose est renouvelée. Si dans les salles de coqueluche, scarlatine, grippe, fièvre typhoïde, un cas se produit, l'injection préventive doit être pratiquée.

Si un cas de diphtérie se produit dans une salle de médecine générale, il faut faire les examens de gorge — ou le Schick. — Si un 2e cas survient il est prudent d'injecter tous les malades.

La surveillance des convalescents doit être très sévère, c'est là l'origine principale des épidémies. Les malades sont remis en circulation sans que 2 examens de gorge se soient montrés négatifs. Il faudrait obtenir de l'assistance publique la création d'une maison de convalescence extra muros pour les porteurs de germes.

C. *Dans les crèches.* — Même conduite à tenir.

D. *Dans les écoles.* — Actuellement la prophylaxie est toute passive et théorique. Le médecin de l'école est prévenu trop tard, au 3e et 4e jour, l'avertissement ayant à franchir 3 bureaux différents. On devrait sur la déclaration obliger de mentionner l'école à laquelle appartient l'enfant.

Actuellement le médecin scolaire prononce l'éviction de l'école des frères et sœurs, des enfants de la même maison. Le malade ne rentre qu'après 40 jours, un examen de gorge et la désinfection des locaux. Ces moyens sont insuffisants et dangereux, ils versent dans la circulation des porteurs de germes contagieux, sans pratiquer d'examens à domicile. Ces mesures sont inopérantes en cas d'épidémie. Si le foyer est à l'école, le médecin scolaire peut dépister les cas, éliminer les porteurs, mais le plus souvent le foyer est en dehors de l'école, ce sont des foyers familiaux. Le médecin scolaire est impuissant. L'enquête devrait être remise entre les mains d'un médecin hygiéniste reliant l'action du médecin de l'école et celle du médecin de la famille. C'est dans le milieu familial qu'il faut poursuivre les germes. On y trouve 50 p. 100 de porteurs de germes. Le malade n'est pas très dangereux tant qu'il est au lit, il devient dangereux quand il se lève et contamine l'entourage.

En résumé la Commission propose :

Pour le malade : 1° la déclaration obligatoire et précoce; 2° l'isolement; 3° la désinfection; 4° la sérothérapie préventive de l'entourage.

Pour le convalescent : 1° l'obligation de 2 ensemencements de gorge négatifs pour la remise en circulation; 2° les cas frustes dépistés doivent être soumis à la déclaration obligatoire; 3° l'assistance publique devrait posséder un établissement pour recevoir les convalescents et porteurs de germe de diphtérie.

La loi du 15 février 1902 qui a institué la déclaration et la désinfection obligatoire dans la diphtérie demande à être complétée de manière que l'hygiéniste soit mieux armé pour faire la prophylaxie de la diphtérie.

— La Société décide de consacrer la séance d'avril à la discussion de ce rapport.

(1) Voir début de la discussion. Soc. de Pédiatrie, séances de décembre 1919 et janvier 1920. Analyse in *Gaz. des hôp.*, 7 fév. 1920, n° 14, p. 22.

CONFÉRENCES DE CLINIQUE CHIRURGICALE. — M. Paul Thiéry, agrégé, a commencé ses leçons pratiques de clinique chirurgicale, à l'hôpital de la Pitié, le mardi 23 mars 1920, à la salle des conférences du service n° 9, et les continuera les lundis et jeudis, à 10 heures; les mardis, à 10 h. 1/2; les mercredis, vendredis et samedis, à 9 h. 1/2.

Les élèves externes et stagiaires seront exercés à tour de rôle à l'application des appareils, aux interventions de petite chirurgie, à la rédaction des observations, à la pratique de l'anesthésie et aux divers actes de la pratique courante de la chirurgie générale.

AVIS

En raison de l'élévation des frais d'affranchissement, pour éviter toute correspondance inutile, il ne sera répondu aux demandes de numéros que lorsqu'elles seront accompagnées du montant de ces numéros en timbres-poste ou mandat.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Physiologie normale et pathologique des reins, par M. L. Ambard, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Strasbourg, avec une préface du prof. Legueu, 2e édit. remaniée. Un vol. gr. in-8 de 368 pages et 43 figures ou schémas dans le texte et 3 planches hors texte en noir et en couleurs — Prix net : 18 fr. — Paris, Masson et Cie.

Les Symptômes et leur interprétation, par Sir James Mackenzie, professeur au London Hospital, membre du collège royal des médecins de Londres, traduit par le Dr Guilleaume (de Spa). Un vol. in-8 avec figures dans le texte. — Prix : 10 fr. — Paris, Félix Alcan.

Troubles mentaux et troubles nerveux de guerre, par M. Georges Dumas, professeur de psychologie expérimentale à la Sorbonne, médecin-major aux armées. Un vol. in-16 de la « Nouvelle collection scientifique ». — Prix : 4 fr. 50. — Paris, Félix Alcan.

Le Lait condensé, par le Dr Lassablière. Un vol. in-8 de 108 pages, avec une préface du prof. Ch. Richet. — Prix : — 3 fr. 50. Paris, Maloine et fils.

Traitement curatif et prophylactique de la grippe épidémique par le Dr Mirovitch. Une brochure. — Prix : 1 fr. — Paris, Maloine et fils.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 15 francs par an. Étudiants étrangers, 20 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 6 fr. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Gobelins* 19-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Pâques, le prochain numéro ne paraîtra que le samedi 10 avril.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Hopitaux de Paris. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 29 mars. — MM. Joltrain, 18; Ameuille, 19; Beaufumé, 17.

Séance du 30 mars. — MM. Vallery-Radot et Faroy, 19; Renaud, 19 1/2.

Séance du 31 mars. — MM. Lemaire, 20; Gaultier, 16; Laroche, 15.

— Le concours de médecin des hôpitaux est terminé. La séance de présentation n'aura lieu que le 13 avril. Nous pouvons cependant, d'après les notes, indiquer que MM. Ameuille, Chiray, Renaud, Lemaire et Pasteur-Vallery-Radot sont nommés médecins des hôpitaux.

— Concours de l'internat. — Sont déclarés admissibles à l'épreuve orale, dans l'ordre suivant :

MM. Boulin (Raoul), Walter, 28 points;

MM. Guillouet, Humbert (Jean), Marquézy, Cochez, Plichet, Cornet (Pierre), Ruppe, de Gennes (Lucien), Gaillard (Henri), Duval, Hirschberg, 27 points ;

MM. Ecot, Pierre, Auvigne, Nora, Paturet, Bocage, Ravina, Morice (André), Prieur, Huet (Pierre-Auguste), Chastang, Denoyelle, Lelong, Meyer, Fruchaud, Lemariée, 26 points;

MM. Hartglass, Minvielle (Martin), Richon, Aubin, Récamier, Boulanger-Pilet, Kermorgant, Gaume, Delahaye, Ill, Winter, Grellety-Bosviel, Bertrand (Louis), Surun, Dubois (Henri), Blamoutier, Laplane, Aurousseau, Grenier, Dubois (René), Reinhold, Thalheimer, Gervais, Fouet, Hermet, Joannon, Dujarier, Weissmann, Hartmann, Cordey, Lauzier, 25 points.

Mlle Thivolet, M. Benoiste-Pilloire, Mlle Labeaume, MM. Joanny, Jousseaume, Weill (René), Arbeit, Bourdier, Broca, Barbier (Emmanuel), Peignaux, Marie (André), Malgat, Boyau, Bardon, Solente, Clément (Robert), Doubrère, Lagrange, Théodoresco, Marceron, Rivalier, Leroux, Béthoux, Vigneron, Monniot, Bartel, Engelhard, Chevallier (Henri), Gayet, Le Chaux, Azoulay, Girard, Bazert, Perrochaud, Godard (Henri), Desnoyers, Le Rasle, Gambillard, Terris, Aris, 24 points.

Mme Michaux, MM. Chalet, Rousse, Andral, Vesselle, Tisné, Dauptain, Cerné, Delmas, Laurent (Pierre), Jeanjean, Duchon, Isch-Wall, Lautman, Larget, Aumont, Périsson, Valière-Vialeix, de Massary, de Brun du Bois-Noir (Roger), Deroche, Tierny, Lanos, Potez, Marchal, Bernard (Etienne), Deville, Basch, Ménard, 23 points.

MM. Wallon (Emile), Lebée, Rousseau (Pierre), Fatou, Ducuing, Deschamps, Debray, Flot, Blot, Barreau, Guérin, Huas, Viollet, Boisnier, Plait, de Brun du Bois-Noir (P.), Ferrier, Lestocquoy, Mérot, Phelippes de la Marnière, Niel, Lefèvre (Bernard), Dubranle, Bonnot, Piot, Garlopeau, Veil (Prosper), Froment, Walter, Bayle, Bertrand (Yvon), 22 points.

MM. Dugué, Delestre, Réglade, Charon, Florant, Ducrohet, Favory, Loyauté, Pollet, Berthon, Laurent (Marcel), Metzger, Génin, Schlesser, Cocault-Duverger, Clément (Jean), Leflaive, Cayla, Dambier, Marchant, Lafourcade-Cortina, Foucault, Tassin, Raiga, Largeau, Remy-Néris, Castéran, Lubin, 21 points.

MM. Renardier, Duchamp de Lageneste, Pouey, Jacquet, Bonnet, de Peretti della Rocca, Verger, Lebègue, Roullet, Labesse, Ollivier, Dufestel, Cornet, Blanchet, Ortodoxu, Reverdy, 20 points.

MM. Pecker, Desfarges, Denoël, Longepierre, Lange, Ebrard, Robin (Victor), Gornouec, 19 points.

— Les épreuves orales commenceront le 13 avril 1920, à cinq heures, à la salle de la rue des Saints-Pères.

— Concours de l'externat. — *Pathologie.* — Séance du 29 mars. — Question donnée : « Causes, symptômes et diagnostic de l'ascite. »

MM. Ravier, 12; Mlle Odier, 17; MM. Petit (Roger), 14; Mondet, 12; Mlle Michel, 10; M. Pruvost, 12; Mlles Mircouche, 16; Nicolle, 14; M. Puech, 16; Mlle Meurs, 14;

MM. Nédelec, 15; Naveau, 14; Méry, 12; Peynet, 11; Mme Meyer-May, 14; M. Mollaret, 18; Mlle Mortier et M. Meurisse, 14.

Séance du 30 mars. — Question donnée : « Symptômes et complications de l'angine diphtérique. »

MM. Mayer et Popovitch (Borislaw), 13; Piton, 7; Phelipeau, 10; Mer, 15; Pollet, 6; Perrin et Razimbaud, 10; Mlle Nitard, 14; MM. Navarre, 13; Mornas, 5; Pellerin, 15; Mme Poulain, MM. Potelune et Moret, 13; Milon, 10; Rabinovitch, 5; Mlle Papin, 13.

Anatomie. — Séance du 29 mars. — Question donnée : « Rapports des reins. »

MM. Abd-el-Nour, 11; Aubry, 15 1/2; Arnaud, 13; Caffort, 12 1/2; Mlle Boutigny, 16; MM. Biraud, 11; Asselin de Williencourt, 12 12; Bogdonovitch, 10; Boltanski, 14; Bouchard, 8; Barbaro, 15 1/2; Beaussier, 15; Blum, 16; Mlle Bonhomme, 14; MM. Bourdel, 12; Barbellion, 13; Mlle Aubriot, 11; MM. Baudet, 10; Agnès, 15.

Séance du 30 mars. — Question donnée : « Les deux muscles pectoraux et leurs nerfs. »

MM. Breton, 7; Baudrillart, 10; Busy, 9; Boucher, 13 1/2; Mlles Baud, 16 1/2; Bœgner, 16; MM. Bardy, 16 1/2; Brocherion, 14; Armand, 12 1/2; Blondel, 18; Bernheim, 7; Blanche, 13; Bonnerot, 9; Benda, 15 1/2; Azerad, 15; Fabre (Pierre), 10; Mlle Dreyfus-Sée, 13 1/2.

INFIRMERIE DE SAINT-LAZARE. — Le Dr Paul Lutaud est nommé chirurgien adjoint.

HOSPICE CIVIL DE TUNIS. — Après concours, ont été nommés : M. Masselot (Félix), médecin, et M. Bouquet, chirurgien de l'hôpital civil de Tunis.

ASSOCIATION MÉDICALE MUTUELLE DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE. — L'Association médicale mutuelle du département de la Seine, fondée par le Dr Gallet-Lagoguey, en 1886, a pour but, on le sait, d'allouer une indemnité pécuniaire aux membres de l'Association placés, par la maladie, dans l'impossibilité absolue d'exercer leur profession, soit temporairement soit d'une façon permanente.

L'Association compte actuellement 755 adhérents. Elle a distribué depuis 1886 des indemnités se montant à la somme de 1.680.320 fr. Pendant la guerre elle a versé aux blessés et malades mobilisés 322.540 fr. Son capital réservé se monte à 953.360 fr. 35. Ces chiffres indiquent suffisamment l'intérêt qu'il y a pour les jeunes médecins s'installant à Paris et dans le département de la Seine à donner leur adhésion à cette œuvre de prévoyance.

Ils trouveront tous les renseignements utiles au siège administratif, 116, rue de Rambuteau, à Paris.

LE RÉTABLISSEMENT DES DROITS D'ENTRÉE SUR LE COTON HYDROPHILE. — Un décret en date du 12 mars (*J. O.*, 20 mars 1920) rétablit au taux normal en France et en Algérie les droits d'entrée sur le coton hydrophile même imprégné ou pharmaceutique.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les Drs Marius Blanc (de Saint-Maxime), Dupeux (de Bordeaux) et Victor Fumouze, officier de la Légion d'honneur, décédé à Paris; ses obsèques ont eu lieu au milieu d'une affluence considérable dans laquelle figuraient toutes les notabilités du monde pharmaceutique parisien qui avaient tenu à apporter leur témoignage de sympathie au chef d'une maison respectée et à l'homme qui avait rendu à tous de si éminents services. Nous adressons à sa veuve, à ses enfants et en particulier au Dr Paul Fumouze, l'expression de nos confraternelles condoléances.

FACULTÉ DE MÉDECINE. — ENSEIGNEMENT DE LA RADIOLOGIE. — *Cours complet à partir du 12 avril.* — Demander le programme au secrétariat de la Faculté où on peut se faire inscrire tous les jours, de midi à 3 heures. — Prix : 150 fr.

CLINIQUE TARNIER (89, rue d'Assas). — COURS DE PRATIQUE OBSTÉTRICALE. — MM. Lequeux, Metzger, Lemeland, Chomé, Ecalle, Vaudescal, Didier, Royer, Brunel, Destremont, Viala et Iglésias. — A partir du 12 avril. — S'inscrire auprès du chef de clinique. — Prix : 100 fr.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — COURS COMPLÉMENTAIRE D'HYDROLOGIE THÉRAPEUTIQUE. — M. Piéry, agrégé, vient d'être chargé d'un cours d'hydrologie thérapeutique. Le cours a commencé le 10 mars, et sera complet en 16 leçons hebdomadaires, le mercredi de chaque semaine à 17 heures.

CHRONIQUE

LES ÉPIDÉMIES DANS L'EUROPE ORIENTALE

Le bureau central pour la lutte contre les épidémies en Europe orientale, créé au printemps de l'année 1919 sous les auspices du comité international de la Croix-Rouge, vient de publier un rapport très documenté (1) sur les épidémies qui ravagent l'Orient du vieux continent et qui menacent sérieusement notre pays. Nous croyons utile de le résumer.

Peste. — Jusqu'ici, la peste a été officiellement constatée sur le territoire d'Astrakan, à Constantinople, Smyrne, Salonique et au Pirée. D'autre part, d'après des nouvelles difficiles à contrôler, elle aurait fait son apparition en Ukraine.

Récemment, en effet, le journal tchèque *Ceske Slowo*, à la suite d'une interview avec le ministre des Travaux publics de la République ukrainienne, a annoncé l'apparition de la peste dans ce pays. Si ces bruits sont conformes à la réalité il pourrait y avoir là un grand péril pour tout le continent.

Choléra. — Le choléra a pris une grande extension en Podolie, en octobre 1919. Mais on a réussi à l'empêcher d'atteindre la Pologne. En Russie, d'avril à septembre 1918 on avait signalé 35.619 cas.

Typhus exanthématique. — Le typhus représente actuellement le fléau le plus dangereux, non seulement pour les Etats de l'Europe orientale mais pour l'Europe entière.

L'épidémie sévit dans toute la Russie (de novembre 1918 à juillet 1919 on a signalé 1.299.262 cas avec une mortalité de 6 à 8 p. 100) et elle se manifeste avec le plus de violence surtout dans la zone où se sont déroulées les opérations de guerre : Pologne orientale, Galicie orientale, Ukraine (2), Roumanie et Serbie. Des cas isolés sont constamment importés de ces pays dans les Etats voisins où ils constituent des foyers d'infection que l'on n'arrive souvent à détruire que très difficilement.

Variole. — On a pu combattre la variole avec succès dans tous les Etats où la vaccination a été pratiquée sur une grande échelle, soit par contrainte, soit facultativement. Le principal foyer d'expansion de cette maladie se trouve comme pour le typhus exanthématique sur les territoires où se sont déroulées les opérations de guerre.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'INCORPORATION DES ÉTUDIANTS DENTISTES

M. le lieutenant-colonel Josse, député, demande à M. le ministre de la guerre si les étudiants des écoles dentaires reconnues d'utilité publique (écoles d'enseignement supérieur libre) sont admis à bénéficier d'un délai d'incorporation jusqu'en octobre 1920, dans les mêmes conditions que les étudiants des écoles figurant à l'annexe n° 1 du projet de loi relatif à l'appel de la classe 1920. (*Question du 16 mars 1920.*)

Réponse affirmative. (*J. O.*, 28 mars 1920.)

(1) Rapport du bureau central pour la lutte contre les épidémies dans l'Europe orientale. (*Revue internationale de la Croix-rouge*, n° 15, Genève, 15 mars 1920.)

(2) V. *Gaz. des hôp.*, n° 17, 1919, p. 258 : La situation sanitaire en Ukraine.


administration prolongée
de
GAÏACOL INODORE
à hautes doses
sans aucun inconvénient
par le THIOCOL "ROCHE"
uniquement sous forme de
SIROP "ROCHE"
COMPRIMÉS "ROCHE"
CACHETS "ROCHE"
echantillon et littérature
Produits: F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21 Place des Vosges. PARIS
CACHETS "ROCHE"
DE THIOCOL
Chaque cachet renferme 0gr50
DE THIOCOL "ROCHE"
Sirop Roche
CH. WEISS
COMPRIMÉS ROCHE
DE
THIOCOL


HÉMOGLOBINE
DESCHIENS
ANÉMIE
CONSOMPTION
NEURASTHÉNIE
CONVALESCENCES
FER
VITALISÉ
OXYDASES
DU SANG

REVUE GÉNÉRALE

FORMES CLINIQUES. TRAITEMENT DU TÉTANOS[1]

Par le Dr Pierre MOIROUD,
Prosecteur à l'École de médecine de Marseille.

Traitement du tétanos. — 1° Traitement prophylactique. — Le bacille de Nicolaïer s'installe à demeure et s'établit dans la plaie, porte d'entrée de l'infection. Cette dernière devient donc le lieu d'élaboration de la toxine, qui arrive au système nerveux par deux voies, la voie sanguine et la voie des fibres nerveuses. Il s'ensuit que la prophylaxie du tétanos, devant être locale et générale, repose sur deux éléments fondamentaux :

a. Le nettoyage complet des plaies;

b. La sérothérapie antitétanique préventive.

a. *Traitement local des plaies.* — Il en est du tétanos comme des autres complications infectieuses des plaies : la base du traitement, le point capital, c'est l'acte chirurgical complet avec ablation large des tissus mortifiés, l'extraction des corps étrangers, l'exposition nette du foyer traumatique. Il a plus d'importance encore que le traitement sérothérapique dans la prophylaxie de l'infection tétanique, car seul il supprime le laboratoire où s'élabore la toxine.

b. *La sérothérapie antitétanique préventive.* — Il n'est plus un esprit à l'heure actuelle qui ose discuter ce point fondamental de la thérapeutique des plaies souillées et attritées. Et cependant, jusqu'à la veille des hostilités encore, le sérum fut sérieusement pris à partie par quelques-uns qui ne se contentaient pas de nier sa valeur prophylactique mais l'accusaient encore des pires méfaits.

1° *Le sérum est efficace* : des chirurgiens l'ont contesté, c'est cependant indiscutable. Nous savons quelle infime proportion de tétaniques on a observé pendant les dernières années de guerre, alors que l'emploi du sérum était devenu obligatoire et qu'on pouvait renouveler l'injection à diverses reprises, suivant la gravité de la blessure. Voyons par comparaison ce que l'on observait au début des hostilités, alors que le sérum était en quantité manifestement insuffisante. Bazy (2) a relevé 129 cas de tétanos sur 10.896 blessés hospitalisés dans le camp retranché de Paris; ces cas étaient presque exclusivement apparus dans les services où l'injection préventive n'était pas habituellement pratiquée. Walther (3) reçoit, du Val-de-Grâce, 200 blessés allemands. Le sérum n'étant pas, à ce moment, en quantité suffisante, 100 seulement purent recevoir une injection. Un seul eut le tétanos qui apparut le lendemain de son entrée à l'hôpital, c'est-à-dire que l'injection prophylactique avait été faite trop tard pour lui. Sur les 100 autres qui n'avaient pas été injectés, 18 eurent le tétanos. Fredet, au moment de notre première victoire de la Marne, trouve dans son hôpital de Mary-sur-Marne 12 blessés allemands soignés par un médecin allemand (1) : 6 de ces blessés meurent du tétanos alors que Fredet, qui employait la sérothérapie, ne voit pas un cas de tétanos chez ses blessés pourtant beaucoup plus nombreux. Comme le disait Championnière : « L'injection de sérum reste un devoir pour le médecin et un droit pour le blessé. »

En pratique vétérinaire les statistiques de Nocard, Vallée et Labat montrent que 16.917 chevaux, traités préventivement, de 1894 à 1906, fournissent un seul cas de tétanos.

Nous devons mentionner toutefois, à côté des merveilleux résultats obtenus par la sérothérapie préventive, l'apparition de tétanos malgré des injections de sérum antitoxique. Des cas de ce genre, très peu nombreux, ont été signalés en 1917 à la Société de chirurgie (Riche, Thierry, Silhol, Chavannaz) et récemment encore, à la même Société (14 mai 1919), Lecène rapportait deux cas mortels survenus malgré deux injections de sérum antitoxique. Ces faits démontrent qu'à elle seule la sérothérapie ne peut donner *toute garantie* contre l'infection tétanique : le traitement chirurgical supprimant le laboratoire où se fabrique la toxine garde ses droits imprescriptibles.

Quand faut-il injecter le sérum? Le plus tôt possible après la blessure, avant que la toxine ait eu le temps de se répandre dans l'organisme : c'est apporter à celui-ci des anticorps tout faits et immédiatement utilisables.

Quelle quantité? La dose inoculée habituellement est de 10 cc. d'un sérum titrant 4.000 unités antitoxiques. L'unité antitoxique française représente la quantité de sérum nécessaire pour neutraliser cent doses mortelles de toxine. La dose mortelle de toxine représente la quantité nécessaire pour tuer, en 4 jours et 5 jours, par inoculation dans les muscles de la cuisse, un cobaye de 350 g.

Une seule injection n'est pas suffisante : l'immunité qu'elle confère ne dépasse pas une huitaine de jours. Le bacille de Nicolaïer peut persister dans la plaie bien au delà de cette période; de plus il peut y avoir sécrétion surabondante de toxine, lorsque la plaie très suppurante est mal drainée. Il ne faudra donc pas hésiter en cas de blessures sérieuses, surtout du membre inférieur, dans les gelures ulcérées, à pratiquer d'emblée une injection de 20 cc. de sérum et de la répéter, lorsqu'on a affaire à des plaies profondément infectées.

Mais il existe, nous l'avons dit, des tétanos tardifs survenant dans un délai qui va de 1 à 4 mois et même davantage après la blessure (212 jours par exemple dans un cas de Bérard et Lumière). Ils sont dus à la latence des spores qui existent à la surface des germes, dans l'épaisseur des cicatrices : un traumatisme, un acte chirurgical le plus souvent, suffit à les réactiver et à déclancher l'infection. D'où le conseil de toujours pratiquer une nouvelle injection

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 31, p. 485.
(2) Bazy. *Presse méd.*, 4 fév. 1915.
(3) Walther. *Bull. Acad. de méd.*, 29 sept. 1914.

(1) Dutertre. *Le Tétanos en Allemagne et son traitement*, 1914-1915, Paris, Maloine.

de sérum au moment d'une intervention chirurgicale complémentaire qui peut libérer les germes infectants.

Vallée et Louis Bazy (1) ont proposé, pour ces cas, la *vaccination antitétanique :* c'est garantir le patient par l'action lente mais durable d'un vaccin. Ils emploient comme vaccin une toxine iodée : la toxine dont ils se sont servis avait un pouvoir tel que 1/10.000 de cc. suffisait à tuer un cobaye de 400 g. En mélangeant cette toxine avec une solution iodée (iode 1 g., iodure de potassium 2 g., eau distillée 200 g.) dans la proportion de 2/3 de toxine pour 1/3 de solution iodée, on obtient un liquide neutre pour l'organisme et cependant susceptible de le vacciner. On peut aisément injecter la première fois 4 cc. de toxine iodée, 8 cc. la seconde, 12 cc. la troisième. « Nous poursuivons de nouvelles recherches, disent les auteurs, mais dès à présent les résultats obtenus sont si satisfaisants, que nous nous permettons de recommander cette méthode. »

2° *Innocuité du sérum antitétanique :* on a attribué au sérum antitétanique une série d'accidents communs aux divers sérums thérapeutiques. Il ne s'agit donc pas de propriétés spéciales au sérum antitétanique, et ces complications sont bien connues depuis les travaux de von Pirket et de Charles Richet.

Dans les accidents de la sérothérapie il faut distinguer ceux qui sont consécutifs à une première injection et ceux qui surviennent après une réinjection. Ces faits sont bien connus à l'heure actuelle : nous ne pouvons y insister ici; qu'il nous suffise de rappeler les mesures à prendre pour les éviter.

La méthode antianaphylactique de Besredka est basée sur l'emploi des doses subintrantes. Si l'on réussit en effet à provoquer un choc anaphylactique léger, on peut injecter, peu de temps après, de fortes doses de sérum sans accidents graves : on injecte 1 cc. sous la peau, et 3 ou 4 heures après on donne la totalité de la dose sérique nécessaire.

Il faut signaler encore l'administration préventive de chlorure de calcium à la dose de 1 g. par jour, celle de l'adrénaline, à la dose de 10 à 15 gouttes de la solution au millième. Par son pouvoir hypertenseur, elle empêcherait et contre-balancerait la chute brusque de la pression artérielle du choc anaphylactique.

Cette crainte des accidents sériques doit toujours rester présente à l'esprit du médecin qui emploie des doses massives de sérum.

2° **Traitement du tétanos confirmé.** — 3 indications sont à remplir :

1. Enrayer l'infection : traitement local;
2. Neutraliser l'intoxication;
3. Calmer les crises.

A. **Enrayer l'infection.** — A la faveur d'associations saprogènes, le bacille sécrète sa toxine : aussi comme dans le traitement prophylactique on devra désinfecter les plaies, débrider, drainer, aller à la recherche des projectiles : on a d'ailleurs constaté parfois une grande amélioration après enlèvement des corps étrangers (éclat d'obus en général) sur lesquels on a retrouvé le bacille. Dans les cas aigus, pour supprimer d'une façon radicale le foyer qui sécrète la toxine, le chirurgien procède parfois à l'amputation du membre; le tétanos s'amende dans quelques cas après cette intervention : un pareil sacrifice ne sera fait que dans les cas graves et dans ceux où la conservation du membre n'est pas assurée (lésions vasculaires, gelures étendues et profondes).

On a saupoudré les plaies avec du sérum spécifique sécrété; cela sans grands résultats.

A cause de l'anaérobiose du bacille de Nicolaïer, on a préconisé les insufflations d'oxygène ou d'air, l'eau oxygénée, les oxydants (peroxydes, persulfates).

Les *injections hypodermiques d'oxygène* ont été pratiquées par Léger (1) : elles sont faites à l'aide d'une aiguille hypodermique reliée par un tube de caoutchouc à un ballon d'oxygène ; il faut se servir de hautes doses, 2 litres environ, à une ou deux reprises espacées de 24 heures. Les accidents asphyxiques sont rapidement calmés, les spasmes diminuent de fréquence et l'état général s'améliore. Dans 3 observations de tétanos aigu on constate cette action surprenante de l'oxygène et la guérison. Walther confirme cette heureuse influence du traitement, mais en l'associant au traitement sérique et au chloral.

B. **Neutraliser l'intoxication.** — Pour ce faire nous avons à notre disposition des agents chimiques et le sérum qui apporte des anticorps tout faits et immédiatement utilisables.

1° *Agents chimiques.* — Les *injections phéniquées* ont été employées avec succès (méthode de Bacelli). In vitro ce corps annulerait l'action toxique d'une culture de bacilles tétaniques à haute dose; une demi-heure après l'injection, il se produit une sédation et une diminution des contractures. « Ce qui nous semble devoir être retenu de nos recherches est la grande rapidité avec laquelle le malade se trouve calmé; au bout de 24 à 36 heures, les secousses se suppriment, le malade peut goûter un repos réparateur. » (Proux. Thèse Bordeaux, 1916.)

Les injections doivent être pratiquées plusieurs fois par jour autour de la plaie; la dose quotidienne varie de 0,40 à 1 g. et même 1g50 (Proux). Les injections seront faites tous les jours pendant la première semaine, espacées ensuite suivant les besoins; elles sont peu douloureuses et ne s'accompagnent d'aucun accident du côté des reins.

L'acide phénique doit être administré soit en solution hydro-glycérinée, soit en solution huileuse :

Acide phénique pur	5 gr.
Glycérine	50 gr.
Eau	450 gr.

Camphre	0g.01
Acide phénique	0g.10
Huile d'olives stérilisée	10 cc.

(Gerest.)

Huile d'olives	10 gr.
Phénol	1 gr.
Dissous dans éther	0g.50

(Proux.)

(1) Vallée et Louis Bazy. Vaccination active contre le tétanos (*Acad. des sciences*, 25 juin 1917; *Soc. de chir.*, 27 juin 1917).

(1) Léger. *Soc. de chir.*, 3 mars 1915.

Lumière (1) ayant poursuivi pendant plusieurs années l'étude de l'action des oxydants sur la toxine tétanique a constaté que les persulfates alcalins possédaient au plus haut degré le pouvoir de détruire les poisons tétaniques. Il a soigné ces malades par des injections intraveineuses de 20 cc. d'une solution de *persulfate de soude* pur et neutre à 5 p. 100, faites une ou deux fois par jour. Ce sel possède une action favorable constante atténuant ou supprimant même les crises de contracture. Les tétaniques deviennent insensibles aux excitations extérieures et ne présentent plus ces crises si douloureuses qui contribuent à faire du tétanos l'une des maladies les plus effrayantes et les plus redoutables. Les excellents résultats obtenus par Lumière ont été confirmés par W. du Bouchet (2) et Louis Bazy (3).

Signalons pour mémoire l'usage des antiseptiques, l'injection de formol, de sublimé, de métaux colloïdaux, de néo-salvarsan.

2° *La sérothérapie curative.* — Voici quelles sont à ce point de vue les conclusions adoptées par la IVe conférence interalliée pour l'étude des plaies de guerre (Paris, octobre 1919). Elles nous dispensent de tout commentaire.

« La sérothérapie est inoffensive comme méthode de traitement curatif, à condition de prendre les précautions nécessaires contre l'anaphylaxie quand on pratique les injections intraveineuses ou intrarachidiennes.

« La question de l'efficacité du traitement curatif par sérothérapie reste à l'étude. »

De leurs expériences Roux et Vaillard, Nocard avaient conclu que, « lorsque les premiers symptômes du tétanos apparaissent, la toxine élaborée dans le foyer d'infection est parvenue aux centres nerveux, et ceux-ci peuvent être suffisamment atteints pour que la mort survienne fatalement. L'antitoxine injectée sous la peau neutralise bien la toxine en circulation, mais ne remédie pas aux lésions produites ». Si l'on analyse les diverses statistiques ayant trait à la sérothérapie curative, un jugement favorable prédomine et l'action du sérum ne peut être niée : ainsi d'après une statistique, sur 190 cas soignés sans sérum la mortalité a été de 79 p. 100; sur 330 cas soignés par le sérum elle n'a été que de 62,1 p. 100.

Pour avoir quelque efficacité la sérothérapie curative doit être : précoce, massive : injecter en 2, 3 jours, 100, 200 cc. de sérum et même plus.

Quelle voie faut-il employer? on ne doit pas se borner à des injections sous-cutanées, mais chercher à associer : 1° l'injection paranerveuse; 2° l'injection intraspinale; 3° l'injection intraveineuse; 4° l'injection périlésionnelle.

Périlésionnelle, elle sera sous-cutanée ou intramusculaire, mais elle est considérée par certains comme illusoire et ils ne l'emploient qu'à titre accessoire pour augmenter la dose de sérum introduit dans l'économie soit par voie intrarachidienne soit par voie intraveineuse.

(1) LUMIÈRE. Sur l'emploi du persulfate de soude dans le traitement du tétanos, *Lyon chir.*, oct. 1915.

(2) W. DU BOUCHET. *Soc. de chir.*, 8 avril 1917.

(3) Louis BAZY. Ce que la guerre nous a appris sur le tétanos, *Journ. des prat.*, 11 mars 1919.

Les injections intraveineuses sont plus actives que les sous-cutanées : toutefois cette voie est la plus apte à provoquer le choc anaphylactique et Carnot affirme que sa supériorité thérapeutique n'est nullement établie. Les partisans de cette méthode préconisent de lancer dans la circulation à la première injection 100 cc., puis ensuite une dose de 40 cc. Walther, Barnsby et Mercier l'ont défendue. Ces derniers auteurs pratiquaient des injections décroissantes de 50 à 10 cc. associées à des injections intraveineuses de chloral.

Un étranger, Heddaüs, a préconisé l'injection carotidienne, dans le but de porter directement l'antitoxine jusqu'au cerveau : on met la carotide à nu, sous anesthésie locale, et on y enfonce l'aiguille obliquement dans la direction du courant sanguin. Elle n'est pas à recommander.

La sérothérapie intrarachidienne a été très employée en France. Mais la ponction lombaire est très difficile chez les tétaniques, voire même impossible sans l'anesthésie générale au chloroforme : cette intervention devient donc une grosse complication chez un tétanique contracturé. Voici la technique de d'Hotel (1) : dès le début, on pratique une ponction lombaire et on injecte 40 ou 60 cc. de sérum. Le malade est ensuite placé tête basse dans une inclinaison de 45°, en « déclivité bulbaire » pendant une durée de 6 heures environ; 48 heures plus tard on recommence une injection de 40 cc. et ainsi de suite à 2 ou 3 reprises. Doyen (Soc. Biologie, 31 oct. 1914) sur 24 cas non personnels traités par cette méthode ne compte que 3 cas mortels, soit une proportion de 80 p. 100 de guérison. En même temps on donnait du chloral à haute dose. Ces injections déterminent une inflammation légère de la séreuse : les réactions méningées puriformes aseptiques (Widal, Sicard et Salin) sont exceptionnelles avec le sérum français.

On doit rapprocher, de la sérothérapie intrarachidienne, l'*injection intracérébrale*, qui porte l'antitoxine au contact même de la toxine et qui est presque infaillible dans le tétanos expérimental (Roux et Borrel). La réalisation chirurgicale n'a pas justifié ces résultats expérimentaux. La technique n'est pas très compliquée : incision curviligne de 4 cm. à concavité inférieure, dont le centre est situé sur le trajet d'une verticale passant par le bord antérieur de l'apophyse orbitaire externe, à 8 cm. de celle-ci; trépanation par un fin perforateur; introduction de l'aiguille de la seringue de Roux qu'on enfonce de 2 à 3 cm. dans la substance cérébrale; injection de 3 cc. de sérum, très lentement goutte à goutte. L'injection est faite dans la région motrice de l'écorce, un peu en avant des circonvolutions rolandiques, afin que, sans que l'aiguille pénètre jusqu'à elles, le sérum puisse les gagner facilement par imbibition. Une injection est faite dans chaque hémisphère; on la continue quotidiennement jusqu'à sédation des symptômes.

Cette technique compte bien des échecs et un assez grand nombre d'accidents graves, parfois mor-

(1) D'HOTEL (de Poix). Injections de sérum antitétanique faites le malade étant placé en déclivité bulbaire, *Acad. de méd.*, 27 oct. 1914.

tels (délire, crise épileptiforme). La statistique réunie par Vallas donnait une mortalité de 52 sur 84 cas. La différence entre les résultats expérimentaux et ceux obtenus chez l'homme s'explique par la prédominance cérébrale du tétanos animal et la prédominance bulbaire du tétanos humain.

En dehors des injections cérébrales et sous-arachnoïdiennes qui cherchent à porter l'antitoxine au contact direct du névraxe imprégné par la toxine, il est d'autres procédés qui s'adressent aux troncs nerveux conduisant la toxine, de la plaie aux centres médullo-encéphaliques : *injections paranerveuses* de Sicard, qui se font à la racine du membre, au voisinage des nerfs; injections *pararadiculaires* d'Apert et Lhermitte qui se font *épidurales*, dans le canal sacré; plus faciles que les précédentes, elles ont l'avantage de plonger dans un bain antitoxique toutes les branches nerveuses venant du membre inférieur, sans que le sérum soit dilué comme il est dans le liquide céphalo-rachidien. Signalons ici que dans ce cas, Jousset, cité par Walther, a eu l'idée d'injections profondes de 20 à 30 cc. autour du pharynx, dans la région sous-maxillaire : elles ont calmé le trismus et la dysphagie.

C. **Calmer les crises.** — La médication sédative purement symptomatique est de la plus haute importance dans le traitement du tétanos. A l'origine, dit Widal, le tétanos n'est qu'une simple localisation infectieuse au niveau d'une plaie, mais en raison de l'action élective de la toxine que sécrète son microbe, c'est comme maladie du système nerveux qu'il se présente à nous dès que se révèlent ses premières manifestations. Ainsi, pour le combattre, une médication symptomatique doit venir en aide à la sérothérapie.

La moindre excitation extérieure détermine, nous le savons, de violentes crises de contraction clonique. Non seulement il faut isoler avec soin le tétanique, mais encore chercher à modérer l'excitabilité de son système nerveux. La plupart des anesthésiques et calmants ont été administrés dans ce but. *Un tétanique qui dort est un tétanique à moitié guéri.*

De tous, le *chloral* reste le plus employé. On le donne en potion aux tétaniques qui n'ont pas trop de trismus et chez lesquels la déglutition ne provoque pas de spasmes, en lavement chez les autres : 3 à 4 lavements par jour à la fois médicamenteux et nutritif (150 g. de lait et un jaune d'œuf). La dose quotidienne habituelle est de 8 à 12 g., suivant l'intensité des contractures; certains auteurs ont dépassé cette dose et Nigay (*Presse méd.*, 21 janv. 1915) est allé jusqu'à 28 g. Cette tolérance anormale s'expliquerait, d'après Demelle, par ce fait que la cellule nerveuse absorbe sans danger d'autant plus de toxique qu'elle est en état d'hyperfonctionnement plus intense; de plus l'élimination de ce sel est rapide : 70 à 86 p. 100 sont décélables dans l'urine après 18 heures. Malgré cela on observe des accidents de chloralisme aigu et surtout chronique.

Le chloral a été administré également en injections intramusculaires, à la dose de 2 à 4 g. dans 20 cc. d'eau stérilisée, 3 à 4 fois par jour; Barnsby et Mercier ont utilisé les injections intraveineuses de solution chloralée à 5 p. 100, en raison de 3 injections de 60 cc. par 24 heures. Associé à la sérothérapie, cette médication leur a donné 6 guérisons sur 8 cas.

Le *chloroforme* a été donné en inhalations dans des crises aiguës désespérées (Martin et Dané, Walther). L'*éther*, que les vétérinaires utilisaient déjà en inhalation rectale dans le tétanos du cheval (Moret), a été injecté dans les veines, aux doses de 5 à 15 cc. dans 150 à 450 cc. d'une solution salée normale, suivant la méthode de Noël et Souttar; chaque injection est suivie d'un sommeil profond de plusieurs heures.

Le bromure de potassium, la belladone, la jusquiame, les opiacés sont employés souvent comme adjuvants d'autres médications sédatives. Les injections de morphine sont répétées jusqu'à 4 à 5 fois dans la même journée; elles auraient l'inconvénient de faciliter la constipation, la congestion cérébrale, la bronchoplégie.

Les *bains* tièdes ou chauds, quotidiens ou biquotidiens, d'une 1/2 heure à 1 heure de durée, diminueraient le nombre des paroxysmes et, en agissant sur le trismus, faciliteraient l'alimentation du malade.

Le *sulfate de magnésie* est une médication des plus vantées et des plus décriées. Le traitement du tétanos par ce sel est basé sur les expériences des physiologistes qui ont montré son pouvoir inhibiteur sur le système nerveux; la magnésie agirait comme le curare en provoquant une paralysie des terminaisons des nerfs moteurs des muscles du squelette, la paralysie des muscles de la respiration et des intercostaux surviendrait en dernier lieu. Le problème consiste donc à chercher la dose qui peut paralyser uniquement les nerfs des muscles sans mettre en danger la vie par suite de l'asphyxie. Certains auteurs attribuent aussi à ce sel une action narcotique.

On se sert ordinairement d'une solution à 25 p. 100; Griffon et Lian recommandent, pour la première injection, 3 cc. de cette solution pour un adulte pesant 70 kg.; ils augmentent progressivement pour les injections suivantes. Celles-ci sont répétées 2, 3, 4 fois si c'est nécessaire.

L'injection sous-cutanée ou intramusculaire est le plus mauvais moyen d'introduire la substance dans l'organisme puisqu'on n'est pas sûr d'obtenir ainsi une vitesse de résorption optimum, elle est de plus extrêmement douloureuse. On peut par cette voie injecter, 2 à 3 fois par jour, 10 à 15 cc. de la solution à 25 p. 100.

L'injection intraveineuse a l'avantage d'exercer une action durable sur les nerfs et elle permet de la maintenir pendant plusieurs heures. On pourra donc l'employer lorsque le blessé est en danger de mort par asphyxie résultant des crampes : on utilise une solution à 3 p. 100, 25 cc., représentant 0gr75, dose recommandée par Griffon et Lian et qui peut être renouvelée plusieurs fois par jour. L'injection doit être poussée lentement en surveillant la respiration pendant qu'on la pratique : il faut l'arrêter si les mouvements respiratoires deviennent trop faibles ou si le malade se cyanose. En cas de danger, on

doit pratiquer une injection d'une solution à 5 p. 100 de chlorure de calcium (2 cc.).

Le traitement par voie lombaire donne des résultats qui ont une durée plus longue : on peut injecter par ce procédé 2 cc. de la solution à 25 p. 100 sans accidents. Mais les difficultés de la ponction lombaire sont parfois considérables chez les tétaniques d'où impossibilité d'introduire le médicament par cette voie.

Le principal avantage de la méthode réside, de l'avis de ses adeptes, dans la sédation des spasmes douloureux qui peut durer plusieurs heures. Les inconvénients sont assez nombreux : les uns légers et passagers, comme une poussée thermique, du zona, des érythèmes, de la céphalée, de la rétention d'urine ; les autres beaucoup plus graves, tels que paralysie des membres inférieurs, coma passager, surtout troubles respiratoires angoissants, accélération ou plus souvent ralentissement du rythme pouvant aller jusqu'à l'arrêt complet. Ces accidents seraient amendés par le chlorure de calcium et une injection sous-cutanée de 1 mg. d'atropine.

En plus de cette médication symptomatique, nous disposons d'un *traitement symptomatique chirurgical* contre les phénomènes asphyxiques graves qui résultent de la contracture des muscles respiratoires.

La trachéotomie a été essayée ; Jehn (de Zurich) a conseillé la section bilatérale des phréniques ; expérimentalement, on sait que cette phrénicotomie double n'entraîne aucun trouble. La respiration artificielle après l'intervention est devenue possible et l'auteur a pu calmer ainsi 35 crises graves d'asphyxie. Mais il ne faut avoir recours à cette paralysie du diaphragme que seulement pour permettre la respiration artificielle.

Ces deux interventions sont d'un emploi exceptionnel.

3° **L'alimentation du tétanique**. — Le degré de trismus ou de dysphagie commande la possibilité ou l'impossibilité de l'alimentation buccale. Une sonde de Nélaton introduite peu profondément, un biberon placé entre les arcades dentaires permettront d'introduire de petites quantités de boissons et avec prudence pour ne pas réveiller le spasme pharyngien.

En fait, c'est la voie rectale qui est employée : 2 lavements alimentaires, 2 injections de sérum glucosé seront donnés dans les 24 heures, et on pourra y joindre le chloral et le bromure, à la dose de 3 g. pour chaque sel.

Le tétanique est un déshydraté : une ou plusieurs injections sous-cutanées de sérum physiologique ou glucosé seront également pratiquées chaque jour.

*
* *

Conclusions. — 1° Mieux que le sérum, avant le sérum, la désinfection méticuleuse des plaies, l'acte chirurgical méthodique complet préviendra l'apparition de l'intoxication tétanique.

2° Le tétanos une fois déclaré, la revision de la plaie s'impose encore supérieure, débridements, esquillectomies, voire même amputation.

3° L'injection de sérum est « un droit pour le blessé, un devoir pour le médecin ». Cependant, l'action préventive du sérum est de courte durée, il faut donc en renouveler l'injection, et son action curative n'est pas spécifique ; on doit toutefois faire de la sérothérapie la base du traitement curateur.

4° Les formes généralisées sont le plus souvent mortelles. Le sérum introduit par les diverses voies, la médication antitoxique et sédative seront combinés; on pourra ainsi obtenir parfois de très heureuses guérisons.

5° Quoique localisées, les formes atypiques ne doivent pas être négligées. Malgré le début bénin et parfois la longue incubation, il faut, dès les premiers symptômes, les traiter d'une façon aussi énergique, aussi intensive que les formes généralisées. Les formes atypiques sont les plus susceptibles de guérir par des doses massives de sérum.

ACTIONS THÉRAPEUTIQUES DES SELS DE TERRES RARES DE LA SÉRIE DU CÉRIUM

Par MM. H. GRENET et H. DROUIN.

Nous avons exposé, dans une note présentée à l'Académie de médecine par M. le prof. Achard (1), les résultats thérapeutiques que nous ont donnés, dans les infections tuberculeuses chroniques, les injections intraveineuses de sulfates de *samarium*, de *néodyme* et de *praséodyme*. Qu'il s'agisse d'une tuberculose pulmonaire ou d'une tuberculose locale, le processus de réparation est le même et peut se résumer ainsi : diminution de la suppuration, assèchement des lésions, tendance à la cicatrisation fibreuse, guérison par sclérose; en même temps modifications importantes de l'état général, augmentation du poids, retour des forces et de l'appétit.

Nous reviendrons sur cette question avec plus de détails. Mais nous voulons dès maintenant exposer un ensemble de faits expérimentaux et cliniques, qui montrent l'importance générale que les sels de terres rares appartenant à la série du cérium nous paraissent devoir prendre en thérapeutique. Sans doute leur rôle dans la tuberculose nous semble primordial ; mais leurs applications ne doivent pas se limiter à cette maladie.

Action physiologique. — M. A. Frouin, dans une série de recherches encore inédites, a constaté que les sulfates de lanthane, samarium, néodyme et praséodyme peuvent être injectés dans le péritoine ou les veines des animaux (lapins, cobayes) et sont bien tolérés. Ils déterminent une leucocytose mononucléaire progressive, intense et durable. Après vérification de l'innocuité de ces sels, nous les avons injectés chez l'homme, et avons constaté des modifications humorales qui confirment les expériences dont M. Frouin nous avait donné connaissance.

Les sulfates de samarium, lanthane, néodyme et

(1) *Acad. de méd.*, 2 mars 1920. — Rapport de M. le prof. Achard, 9 mars 1920. Cf. *Gaz des hôpit.*, 1920, n° 26, p. 412.

praséodyme, employés isolément ou mélangés les uns aux autres dans des proportions variables, peuvent être injectés dans les veines en solution aqueuse à 2 p. 100. En injectant quotidiennement, pendant 20 à 25 jours consécutifs, une dose portée progressivement de 2 à 5 cc. de la solution, on ne détermine, chez l'homme sain, aucune réaction appréciable, aucune élévation de température, et le sujet peut vaquer à ses occupations habituelles.

Sous l'influence de ce traitement, les hématies subissent souvent une augmentation de nombre qui ne dépasse jamais le chiffre initial de plus de 500.000 par millimètre cube. Leur forme, leur volume, la résistance globulaire ne présentent pas de changement appréciable.

Les hématoblastes deviennent rapidement plus nombreux.

Les modifications les plus nettes portent sur les leucocytes. Une demi-heure après l'injection, ils passent en moyenne de 6.000 à 12.000 par millimètre cube. Cette leucocytose s'accentue avec la continuation du traitement et atteint souvent, après 20 injections, 50.000 à 60.000 par millimètre cube (95.000 dans un cas), et cela sans que le sujet présente aucun trouble. Elle ne décroît que lentement après l'arrêt du traitement, et l'on peut trouver encore, au bout de 14 jours, 12.000 leucocytes par millimètre cube. Voici un cas démonstratif :

	HÉMATIES	LEUCOCYTES
30 avril 1919 : avant l'injection..	3.940.000	9.000
3 h. apr. l'inject.	3.990.000	16.000
5 mai (5 injections)...........	4.300.000	55.000
10 mai (10 injections).........	4.340.000	86.000
2 juin (20 injections)..........	4 300.000	95.000
Arrêt de traitement.		
10 juin (8 jours de repos).......	4.200.000	29.000
16 juin (14 jours de repos)......	4.250.000	12.000

La formule leucocytaire est profondément modifiée : mononucléose considérable avec diminution relative des polynucléaires. L'observation suivante est caractéristique.

	4 MAI 1919 (avant le traitement)	7 MAI (3 inj.)	10 MAI (6 inj.)	14 MAI (10 inj.)	30 MAI (23 inj.)
Polynucléaires pour 100.......	70	65	65	60	54
Grands et moyens mononucléaires.	16	24	25	28	33
Lymphocytes.....	10	8	8	9	8
Eosinophiles.....	2	2	1	1	1
Formes de transition.........	2	1	1	0	4

Ces modifications du nombre des globules blancs et de la formule leucocytaire sont analogues à celles que M. A. Frouin avait antérieurement constatées chez l'animal (communication orale).

La teneur du sérum sanguin en albumine, la coagulation, la pression artérielle, le pouls, la diurèse et la composition des urines ne subissent pas de changements notables.

Chez les sujets fatigués, on constate, au bout de quelques jours, une sensation de mieux-être, un relèvement de l'appétit, une augmentation sensible du poids. Cette action, constante et rapide, se continue après l'arrêt du traitement.

ACTION BACTÉRIOLOGIQUE. — M. A. Frouin a montré, dès 1912, que l'addition au milieu nutritif de 0,005 p. 100 et peut-être une dose inférieure, de sulfates de cérium, lanthane, néodyme, praséodyme ou samarium, favorise le développement du bacille tuberculeux; que, à des doses plus élevées, cette action favorisante est beaucoup moins marquée; enfin, que, à la dose de 0,10 p. 100, les sulfates de néodyme et praséodyme empêchent tout développement du bacille tuberculeux.

Le même auteur a constaté (communication orale) que, à des doses non empêchantes, les sels précités modifient la morphologie et les affinités tinctoriales du bacille, en même temps que la teneur en graisse tombe de 35 ou 40 p. 100 (chiffre normal) à 22 ou 16 p. 100.

Mais là ne se borne pas l'action des sels de terres rares en bactériologie. Elle a été étudiée dans son ensemble par M. A. Frouin et ses collaborateurs, et les recherches de MM. Becquerel, Simonini, Fenestre et Gérard, Girard et Audubert ont confirmé ou appliqué leurs résultats. M. A. Moussalli (1), dans une thèse remarquable inspirée par M. Frouin, a fait récemment une revue de ces travaux, et apporté des faits nouveaux relatifs au pouvoir bactéricide et au pouvoir antivirulent de ces sels. Expérimentant l'action du thorium et des sulfates de lanthane, d'erbium et d'yttrium (ces trois derniers métaux pouvant être considérés comme représentant chacun un groupe de terres rares) sur le bacille pyocyanique, le bacille de Shiga et le bacille de Flexner, il a constaté que « la nocivité d'une émulsion microbienne traitée par un sel de terre rare n'est pas en rapport avec le pouvoir microbicide de ce sel ». Ainsi le sulfate de lanthane, relativement peu microbicide, possède un pouvoir antivirulent plus grand que les sulfates d'erbium ou d'yttrium; le sérum des cobayes immunisés avec une émulsion de pyocyanique traitée par le lanthane ou par le thorium acquiert vis-à-vis de ce bacille un pouvoir agglutinant et un pouvoir immunisant; et il semble, disent MM. A. Frouin et Moussalli, que cette méthode d'immunisation pourrait être généralisée et donnerait des résultats pour la production de sérums antimicrobiens.

Nous nous sommes inspirés de ces travaux dans nos essais de préparation de vaccins, ainsi que nous l'indiquerons plus loin.

Tels sont les principaux faits expérimentaux qui nous paraissent comporter des conséquences pratiques. Nous ne reviendrons pas ici sur l'application que nous en avons faite à la tuberculose. Nous avons estimé que, tant en raison de la mononucléose provoquée que de l'atteinte du bacille lui-même, les sels de la série du cérium devaient être essayés contre les infections tuberculeuses chroniques. Déjà M. Rénon avait entrevu leur utilité possible; et, dans un article d'ensemble résumant ses recherches sur le problème de la chimiothérapie antituberculeuse (2), il indique, au milieu d'autres substances,

(1) A. MOUSSALLI. Action de quelques sels de terres rares sur le bacille pyocyanique et sur les bacilles de la dysenterie, *Th. de doctorat en pharmacie de Nancy*, 1919.

(2) *Monde méd.*, juillet 1919

les sels de terres rares comme susceptibles théoriquement de donner des résultats. Les succès que nous avons enregistrés, succès qui ne sont pas toujours immédiats, mais que l'on voit s'affirmer progressivement et avec régularité en continuant le traitement selon la technique que nous avons précisée, établissent dès maintenant le rôle capital des sulfates de terres cériques dans la thérapeutique antituberculeuse. Mais l'importance primordiale de leur action contre la tuberculose ne doit pas faire négliger leurs autres emplois possibles. Quelques-uns des chapitres que nous abordons ci-dessous ne sont encore qu'à l'état d'ébauche. Tels quels, ils nous semblent mériter de retenir l'attention.

Les sels que nous avons expérimentés sont les sulfates de lanthane, de samarium, de praséodyme, et surtout de néodyme. Ils paraissent avoir, dans tous les cas, des effets fort analogues, sinon identiques. Nous étudierons leur action générale (injections intraveineuses) et leur action locale, et terminerons par l'indication d'une méthode nouvelle de préparation des vaccins.

I. Action générale (injections intraveineuses d'une solution à 2 p. 100). — *Action contre les infections.* — Contrairement à ce que nous avions supposé d'abord, croyant à une exaltation des réactions défensives de l'organisme par la leucocytose provoquée, il ne nous a pas paru que les sels de terres rares, employés seuls, fussent très efficaces contre les infections aiguës. Plusieurs de nos malades ont été, en cours de traitement, atteints d'infections diverses (furonculose, grippe, fièvre typhoïde) qui ont évolué normalement, sans atténuation manifeste (1).

Action de renforcement thérapeutique. — Il en va tout autrement, semble-t-il, lorsque ces sels sont associés à un traitement reconnu utile contre la maladie en cours; et l'on observe alors, dans certains cas tout au moins, une véritable exaltation de l'action médicamenteuse.

Dans plusieurs cas de syphilis, des lésions arsenio-mercurio-résistantes ont cédé rapidement à une série de 15 ou 20 injections de sulfates de terres cériques, comme si les spécifiques jusqu'alors impuissants entraient brusquement en action. De même, on obtient la cicatrisation ou l'assèchement rapide des lésions secondaires avec des doses faibles de mercure et surtout de novarsenobensol. A eux seuls, il est vrai, les sels de terres rares ont, dans la syphilis, une action cicatrisante réelle, mais éphémère et tout à fait insuffisante ; et leurs effets, dans les cas auxquels nous faisons allusion, sont vraiment dus à leur association avec le mercure ou l'arsenic : l'étude de ces observations sera reprise ultérieurement.

Dans l'acné pustuleuse où l'étain tel que nous l'employons, en solution lipoïdique (1), donne, mais assez lentement, des résultats, nous avons pu, en associant l'injection intraveineuse de sulfates de terres cériques à l'injection intramusculaire d'étain lipoïdique, obtenir des améliorations, puis des guérisons beaucoup plus rapides.

Quelques observations encore trop peu nombreuses de rhumatisme franc et de rhumatisme gonococcique nous paraissent confirmer cette notion du rôle général de renforcement des actions médicamenteuses par les sels de la série du cérium.

Ce pouvoir s'explique sans doute par l'intensité de la mononucléose provoquée par les injections. On admet que les grands mononucléaires jouent un rôle capital dans l'absorption et dans le transport des médicaments (2). Si l'on se reporte aux chiffres donnés plus haut, qui nous montrent que la leucocytose peut dépasser 60.000 par millimètre cube avec une proportion de grands et moyens mononucléaires atteignant 30 p. 100, on voit jusqu'à quel point est augmentée la surface d'absorption.

Chose curieuse, il semble que l'activité des agents externes eux-mêmes puisse être renforcée : sur un lupus ancien traité en même temps par le radium, la réaction consécutive aux applications de radium se montra beaucoup plus vive après que nous eûmes commencé les injections.

Autres faits cliniques. — Il est un autre ordre de faits cliniques dont l'interprétation peut prêter à la discussion suivant la théorie pathogénique admise. Nous voulons parler du traitement du psoriasis et de l'eczéma chronique. Nous n'avons soumis aux injections de sulfates de terres cériques que peu de malades atteints de l'une ou l'autre de ces affections ; mais, sans que nous puissions donner encore de conclusions fermes, il semble que les résultats obtenus dans ces cas puissent supporter avantageusement la comparaison avec les autres traitements internes préconisés jusqu'ici. Faut-il trouver là un argument en faveur de la nature tuberculeuse du psoriasis (pathogénie soutenue depuis longtemps par divers auteurs) et de l'eczéma (Milian)? Ou bien doit-on simplement admettre une action heureuse de modifications humorales encore mal connues? Nous ne pouvons pas, actuellement, nous prononcer sur cette question.

Action sur les propriétés générales du sérum. — M. A. Frouin et Mlle Ledebt ont étudié l'influence des sulfates de terres cériques sur les hémolysines. Appliquant ces travaux à un point spécial, nous avons constaté l'effet atténuant, *in vitro*, de ces sels sur la réaction de Bordet-Wassermann (3). Les mêmes faits se retrouvent *in vivo* après injections intraveineuses de sulfates de terres cériques : chez un syphilitique, la réaction, franchement positive au début, peut devenir complètement négative en quelques jours, sans que les lésions aient été modifiées; mais elle redevient positive très rapidement lorsqu'on cesse

(1) M. Carnot nous signale qu'il a déjà, il y a 3 ans, essayé sans succès, chez quelques paludéens, des injections intraveineuses de diverses solutions de terres rares, qui lui avaient été remises par M. Frouin (dose moyenne injectée : 0g20 de sel). Il n'a pas publié ses recherches, les résultats ne lui ayant pas paru mériter qu'on en tienne compte (exception faite peut-être pour le rhodium, qui d'ailleurs n'appartient pas au groupe des terres rares).

(1) Hudelo, Montlaur et Drouin. *Soc. méd. des hôpit.*, octobre 1918.

(2) Voir à ce sujet F. Bezançon et M. Labbé. *Traité d'hématologie.*

(3) *Soc. de biol.*, février 1920.

les injections. L'introduction d'une substance chimique définie est donc capable (à elle seule, et sans que l'on puisse invoquer une atténuation notable de l'infection) de modifier le sens de la réaction. Ce fait est d'autant plus frappant que, si l'on associe aux injections un traitement mercuriel ou arsenical, la réaction n'évolue que beaucoup plus lentement vers la négative, malgré l'amélioration beaucoup plus rapide des lésions.

II. Action locale. — De même que, injectés dans les veines, les sulfates de terres cériques exercent sur les lésions tuberculeuses une action cicatrisante et sclérosante (due sans doute à l'augmentation du nombre des grands mononucléaires dont on connaît le rôle dans la constitution du tissu conjonctif), de même, employés localement, ils possèdent un pouvoir cicatrisant important.

Ce pouvoir a été bien vu, depuis longtemps, par M. A. Frouin : sur ses indications, M. Hudelo dans quelques ulcères variqueux et chancrelles, M. L. Fournier dans une dizaine de chancrelles, avaient appliqué les sels de terres rares en pansement, avec des résultats encourageants (qui n'ont pas été publiés). M. A. Frouin nous ayant prié de les essayer dans les mêmes cas, nous en avons obtenu de bons effets, à la condition d'employer une solution assez étendue (à 1 et même 0,5 p. 100). Mais, mis au courant de l'ensemble des recherches expérimentales, déjà publiées ou inédites, de M. A. Frouin, il nous avait paru dès lors que cette action locale ne devait pas être la propriété la plus importante des sulfates de terres cériques; et devant les résultats obtenus par le traitement interne, nous avons quelque peu négligé l'étude de cette application thérapeutique que nous n'avons expérimentée que dans un nombre assez restreint de cas.

Nous avons appliqué ce pouvoir cicatrisant et sclérosant au traitement abortif du bubon chancrelleux et de la bartholinite par injection locale de sulfates de terres cériques. Nous publierons prochainement un certain nombre d'observations (recueillies avec M. Sajous) de bubons traités par ce procédé : dans plusieurs de ces cas où l'évolution suppurative était trop avancée pour permettre d'espérer une résorption complète sans fistule, la fistulisation a été cependant réduite au minimum et la cicatrisation abrégée. Dans une autre série de cas, l'intégrité relative des téguments a permis une guérison rapide sans ouverture à la peau. Dans les bartholinites, l'injection locale d'une solution à 2 p. 100 amène la sclérose rapide de la paroi et la guérison en quelques jours avec persistance d'un noyau dur et indolore, qui se résorbe après une à deux semaines sans laisser de traces.

Nous avons obtenu des résultats excellents et rapides dans la métrite gonococcique, très encourageants dans la blennorragie urétrale de l'homme. L'action locale d'une solution étendue à 1 ou 0,5 p. 100 peut même être mise à profit dans le vulgaire coryza.

III. Essais de préparation de vaccins. — Appliquant les travaux de MM. A. Frouin et Moussalli sur l'action antivirulente et antitoxique des sels de terres rares et principalement des sels de lanthane, nous avons essayé de préparer des vaccins à l'aide des procédés expérimentaux employés par ces auteurs.

Nos recherches ont porté sur le staphylocoque, le streptocoque, et le tétragène, provenant d'infections cutanées diverses. Nous avons utilisé les sulfates de lanthane et de néodyme. Nos vaccins ont été, jusqu'à présent, autogènes.

Ils sont constitués par une émulsion, en sérum physiologique, de microbes ayant subi pendant 48 heures à la glacière le contact de solutions de sulfates de lanthane ou de néodyme à 1 p. 100. Ils présentent les particularités suivantes :

1° Le microbe a conservé toute sa vitalité; réensemencé sur gélose peptonée, il donne en 24 heures une culture aussi abondante que celle qui lui a servi de point de départ;

2° Le microbe a perdu, semble-t-il, toute virulence, puisque le lapin survit et augmente de poids après 3 injections intraveineuses espacées de 5 en 5 jours, de 2, 3, 4 cc. de vaccin, soit 90 fois la dose mortelle (0,01) pour le lapin témoin, injecté par la même voie avec le microbe non préparé.

Nous avons expérimenté avec succès ce vaccin sur quelques malades atteints d'infections cutanées rebelles, notamment une furonculose incessamment récidivante depuis 3 ans, malgré des traitements stanneux répétés. Sous l'influence de 6 injections de vaccin (1 cc. intramusculaire quotidien) les éléments en évolution se sont affaissés en 2 jours et tous les éléments nouvellement apparus se sont flétris sans suppuration. La malade revue 4 mois après n'avait pas refait de poussée.

Localement l'injection est parfaitement supportée. Il n'y a aucune réaction générale fébrile, à peine une légère courbature, d'ailleurs très inconstante, le soir des premières injections.

Nos essais continuent et nous procédons à la constitution d'un stock à polyvalence étendue.

Ce rapide exposé de nos recherches montre ce que l'on peut attendre dès maintenant de l'emploi thérapeutique des sulfates de terres cériques. Nous retiendrons, avant tout, leur importance primordiale dans le traitement des tuberculoses chroniques : sur ce point essentiel et qui domine tout, nous reviendrons prochainement avec l'ampleur nécessaire.

Mais le rôle de ces produits contre la tuberculose ne doit pas faire négliger leurs applications secondaires, sur lesquelles nous avons insisté aujourd'hui : par les modifications humorales qu'ils déterminent, par leur rôle de renforcement thérapeutique, par leur utilisation possible dans la préparation des vaccins, par leur action locale, ces sels paraissent devoir prendre en médecine humaine une place considérable. Nous n'avons fait qu'effleurer bien des points qui méritent une étude approfondie; mais nous croyons du moins avoir indiqué les principales voies dans lesquelles pourront s'engager les recherches.

Si nous avons pu étudier et faire connaître le rôle des sels de terres rares de la série du cérium en thérapeutique, et surtout leur action contre la tuberculose, c'est en partant des travaux physiologiques et bactériologiques poursuivis par M. A. Frouin ou



sous sa direction; c'est aussi grâce à l'obligeance avec laquelle il nous a fourni les produits nécessaires que nous avons pu mener à bien nos recherches.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 22 MARS 1920)

Modifications du testicule des oiseaux sous l'influence de la carence. — M. P. PORTIER. La privation de vitamines produit des modifications importantes du testicule qui sont caractérisées essentiellement par un arrêt dans le fonctionnement de la glande et par des phénomènes d'involution qui aboutissent d'abord au ralentissement, puis à l'arrêt de la spermatogenèse, enfin à la résorption des spermatozoïdes, des spermatides et de nombreux noyaux.

Sur le prétendu pouvoir dynamogène de l'alcool. — M. ATHANASIU. Tous les physiologistes ne partagent pas la même opinion, on le sait, en ce qui concerne la valeur dynamogène de l'alcool. Les expériences de l'auteur jettent une nouvelle lumière sur la question.

L'alcool, dit-il, ne pouvant s'incorporer au protoplasma vivant comme l'albumine, la graisse et le sucre, reste une substance étrangère pour lui avec action toxique, paralysante, sur le système nerveux en première ligne.

De là toute la série des illusions que l'alcool procure :

Illusion d'échauffement par la paralysie des centres vasomoteurs, d'où l'afflux du sang dans le tégument, dont la température s'élève, il est vrai, mais aux dépens de la chaleur interne qui baisse;

Illusion de force plus grande par la paralysie des centres inhibiteurs de la motilité;

Illusion de vitesse plus grande dans le processus de l'idéation par la paralysie du système de freinage psychique.

Action de la sécrétine sur le métabolisme. — MM. J.-E. ABELOUS et L.-C. SOULA.

Rôle du bétail de la basse-cour dans la défense contre la malaria. — M. Jean LEGENDRE. Les anophélines recherchent particulièrement le sang des mammifères, ils délaissent l'homme pour s'attaquer aux équidés, bovidés, suidés, rongeurs, avec une préférence marquée pour le sang des rongeurs. Ils ne s'attaquent pas aux oiseaux et poules préservés par leurs épais matelas de plumes.

C'est donc par l'élevage des mammifères domestiques et en particulier du lapin domestique, pièges vivants, que l'homme pourra se défendre, en même temps qu'il prononcera une offensive en utilisant les ennemis naturels des anophèles, les poissons, qui en détruisant dans l'eau beaucoup de larves de culicides, protègent en même temps l'homme et les animaux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 30 MARS 1920)

Le traitement de l'encéphalite léthargique. — M. NETTER fait observer que l'épidémie qu'il a été le premier à signaler à Paris s'est étendue, non seulement dans Paris, mais dans la banlieue, dans toute la France et même, aujourd'hui, dans le monde entier. Jusqu'ici pas de médication spécifique. On a successivement essayé les sérums antipesteux, antitétanique, antistaphylococcique. Se basant sur l'analogie, au point de vue de l'anatomie pathologique, de l'encéphalite léthargique avec la polyomyélite et la rage, il y a lieu de penser qu'il s'agit d'un virus analogue. Cette opinion est d'ailleurs basée sur des faits expérimentaux que rappelle M. Netter. Des savants américains seraient arrivés à reproduire la maladie sur des lapins.

Au point de vue thérapeutique, il faut chercher des substances agissant sur les éléments nerveux ganglionnaires. Voici les moyens qu'a successivement essayés M. Netter : un sérum provenant de convalescents de l'encéphalite léthargique, l'urotropine, le jubozand, enfin l'abcès de fixation qui avait déjà donné de bons résultats dans la grippe grave et dans la polyomyélite. M. Achard a employé l'injection intrarachidienne de sérum provenant de sujets atteints de la maladie ; il en a obtenu un bon résultat. On a obtenu des succès du même moyen dans la polyomyélite ; mais alors que 7 à 8 injections suffisaient pour celles-ci, il faudrait en faire pendant 3 mois dans l'encéphalite léthargique. M. Netter s'est bien trouvé de l'urotropine en ingestion et non en injections. On a aussi proposé les préparations arsenicales. M. Netter a vu un cas de mort après une injection d'arsenobenzol. Il repousse ce moyen. Mais il déclare avoir vu de bons résultats de l'abcès de fixation. Fochier (de Lyon) a publié plusieurs succès de cette médication. Il semble, d'après les chiffres, que sur une série de malades traités par ce moyen la mortalité a été notablement moins considérable que sur une série de malades traités par d'autres moyens.

Mais il faut encore l'épreuve du temps; quelle que soit la gravité de l'affection et de l'épidémie actuelle, il y a lieu d'espérer que, peut-être, la sérothérapie nous fournira une arme contre cette affection.

Sur l'anorexie chez le pigeon nourri au riz décortiqué et le rôle des vitamines dans la nutrition. — Poursuivant ses travaux sur les phénomènes de carence, M. Auguste LUMIÈRE démontre que si les pigeons nourris — et surtout gavés — avec du riz décortiqué succombent rapidement dans l'inappétence complète avec des symptômes qui sont ceux de l'inanition, c'est que les grains ainsi absorbés par eux ne peuvent progresser au delà des premières voies digestives. Le bol alimentaire n'est pas, en effet, imprégné comme il devrait être normalement par les sucs des glandes à sécrétion externe, dont l'activité est nulle. Il en résulte que la masse alimentaire, restée sèche et, dans le jabot, compacte et solide, ne saurait continuer la traversée du tube digestif. Il manque donc au riz décortiqué, type des aliments avitaminés, des substances excitatrices de la sécrétion glandulaire. C'est ainsi qu'il sied, par conséquent, de se représenter les vitamines. Il y a là une explication toute nouvelle du rôle que jouent ces dernières dans la nutrition et les expériences menées à bien par M. Lumière le démontrent de saisissante façon.

Un cas de sculpture « automatique ». — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et J. VINCHON rapportent l'observation d'une mystique délirante qui, après une extase, tout en gardant conscience de ses actes, mais comme sous l'empire d'une volonté étrangère, maîtresse du bras qu'elle engourdit, modèle en 3 heures un buste de la Vierge, dans un sentiment gothique tout à fait étranger au caractère antérieur des œuvres de la malade, sculpteur de talent. Des photographies de travaux antérieurs et un moulage de la sculpture postextatique mettent ce contraste en évidence.

L'analyse psychologique permit de retrouver dans ce cas, mais avec des interprétations pathologiques, la suite des processus intellectuels tendant vers l'automatisme, qui existent à des degrés divers chez les artistes. Expliquer les écrits des spirites ou la sculpture de cette mystique par l'automatisme seul, serait insuffisant et l'on peut répéter d'elle ce que Jérôme Cardan, cet auteur inspiré, écrivait de la genèse de son livre *De subtilitate* : « Ces choses sont de trois genres : aucunes sont par songe, aucunes par extase et esbahissement, aucunes en pure veillance. »

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 15 francs par an.
Étudiants étrangers, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 6 fr. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Macé, Jeannin, Couvelaire, Demelin, Cathala, Enriquez et Alglave.

— Un concours pour la nomination à deux places d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 14 juin 1920, à midi, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49. Cette séance sera consacrée à la composition écrite.

MM. les docteurs qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'administration du lundi 17 mai au samedi 29 du même mois inclusivement, de 10 heures à 15 heures, dimanches et fêtes exceptés.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 1er avril. — Question donnée : « Symptômes et complications des néphrites chroniques. »

MM. Petit, 11; Perret, 8; Michel-Béchet, 18; Quignon, 15; Poulet, 5; Pérard, 19; Mlles Maybluh, 16; Mitchitch, 5; M. Quenza, 13; Mlle Pailler, 9; M. Paris, 16; Mlle Ostwalt, 18 1/2; Mme Poissonnier, 16.

Séance du 6 avril. — Question donnée : « Causes, symptômes et diagnostic de l'insuffisance aortique. »

MM. Lavialle et Leibovici, 15; Mlle Maugé, 13; MM. Lévy (R.), 14; Lambling, 19; Mallein-Gerin, 14; Luton, 18; Lieutaud, 20; Langue et de Manet, 14; Lapeyre, 15; Mars, 9; Lapalle, 8; Mlle Lécharny, 16; MM. Marmasse, 14; Laval, 17; Martin, 17 1/2.

Anatomie. — Séance du 1er avril. — Question donnée : « Configuration extérieure et rapports du cœur. »

MM. Fabre (André), 10 1/2; Evrain, 12 1/2; Dubois, 16; Mlle Crémieu, 9; MM. Delimal, 11 1/2; Dereux, 17; Dubois, 9; Chassagnac, 10; Dufieux, 17 1/2; Carette (C.), 14; Delaveuve, 13; Chalot, 18 1/2; Mlle Chorlet, 11; M. Delafontaine, 14; Mlle Dupin et MM. Chabrut, 10; Dufour, 13 1/2; Deguillaume et Duprez, 11.

Séance du 6 avril. — Question donnée : « Sacrum. »

MM. Chêne, 8; Corneau, 16 1/2; Carvaillo, 15; Djordjevitch, 16; Coquille, 7; Denis (G.), 14; Campana, 10; Denain, 8; Deslandres, 10; Ehrenberg, 15 1/2; Mlle Desgrez, 15; MM. Carette (Paul), 9; Canouet, 13; Descomps et Chapuis (P.), 15 1/2; Camus (P.), 16; Couton, 14; Debavelaère, 9; Canonne, 10.

HOPITAUX DE PROVINCE. — ROUEN. — Un concours pour la nomination d'un chirurgien adjoint des hospices civils de Rouen aura lieu le lundi 28 juin 1920. S'inscrire avant le 2 juin au secrétariat des hospices, 1, rue Germont, à Rouen.

ASILES DE LA SEINE. — M. Marie est nommé médecin en chef de la consultation à l'asile clinique ; M. Lwoff est nommé médecin en chef à l'asile de Villejuif; M. Leroy est nommé médecin en chef à l'asile de Maison-Blanche; M. Treille est nommé médecin en chef de la division des femmes à l'asile de Ville-Evrard.

GUERRE. — COMITÉ CONSULTATIF DE SANTÉ. — Sont nommés :

Président : M. le médecin inspecteur général Sieur.

Membres : MM. les médecins inspecteurs généraux Vincent, Rouget, Bassères, Gouzien; les médecins inspecteurs Ferraton, Simonin, Jacob, Pouy, Bonnet, Rigollet, et le pharmacien inspecteur Bodard.

Membres consultants : *Civils* : MM. les prof. Roger, Quénu, Walther et Fernand Bezançon.

Militaires : MM. Dopter, Rouvillois, Duguet et Breteau.

COMMISSION SUPÉRIEURE CONSULTATIVE D'HYGIÈNE ET D'ÉPIDÉMIOLOGIE MILITAIRE. — Sont nommés :

Président : M. Roux.

Vice-président : M. Laveran.

Membres civils : MM. Strauss, sénateur; Emile Vincent, député; les prof. Roger, Robin, Chauffard, Widal, Teissier, Léon Bernard; M. Calmette.

Membres militaires : MM. le général Ozil; les médecins inspecteurs généraux Sieur, Vincent, Rouget, Toubert, Gouzien, Vaillard, Kermorgant; l'intendant Moizard; le médecin inspecteur Polin; le médecin principal de 2e classe Lévy.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE SURVEILLANCE DES EAUX DESTINÉES A L'ALIMENTATION DE L'ARMÉE. — Sont nommés :

Membres civils : MM. Roux; Strauss et Pottevin, sénateurs; Emile Vincent, député; Colmet d'Aâge, Imbeaux et Loamy, du corps des Ponts; Dienert; le prof. Paul Courmont; Dabat, Martel, Dolfus, Bonjean.

Membres militaires : MM. le général Jullien ; les médecins inspecteurs généraux Sieur, Vincent, Toubert; l'intendant Moizard; le pharmacien inspecteur Bodard; les prof. Dopter et Sacquépée (du Val-de-Grâce); le médecin principal Lévy.

— M. le médecin inspecteur général Sieur, président du Comité consultatif de santé et inspecteur des services chirurgicaux, a été chargé, pour l'année 1920 et tout en conservant ses fonctions actuelles, de l'inspection permanente de l'Ecole d'application du Service de santé, de l'Ecole du Service de santé et des hôpitaux d'instruction de Paris et de Lyon.

— M. le médecin inspecteur général Bassères, directeur du Service de santé de la 16e région, est nommé directeur du Service de santé de la 15e région.

M. le médecin principal de 1re classe Niclot, médecin chef de l'hôpital Villemanzy, est nommé directeur du Service de santé de la 16e région.

UN SINGULIER CAS DE BOTULISME. — Notre confrère Faxton E. Gardner (de New-York) montrait récemment dans la *Gazette des hôpitaux* (n° 32, 1920), la fréquence du botulisme en Amérique. L'édition européenne du *New-York Herald* du 6 avril dernier signale des cas bien singuliers d'intoxication produite par des conserves de saumons. Il s'agit de 42 détenus de la prison d'Etat de Dannemora (New-York) qui ont été transformés en batterie électrique (?) en mangeant tout simplement des conserves de saumon qui contenaient des germes infectieux ; deux sont déjà morts et 16 toujours malades à l'hôpital de la prison. Les germes développés dans les conserves ingérées avaient la propriété de déterminer une surcharge électrique de l'organisme, de sorte que les malades produisaient des étincelles électriques en touchant du fer et augmentaient l'intensité lumineuse du filament en approchant simplement leurs doigts d'une ampoule électrique. On a également observé des troubles de la vision. L'apparition de cette maladie a attiré l'attention des médecins et des savants, plusieurs spécialistes prêtent leur concours aux autorités de la prison pour l'étude de ces cas singuliers.

J. LE GOFF.

LES IRRÉGULARITÉS DANS LA DISTRIBUTION DES JOURNAUX. — Le sous-secrétaire d'Etat des postes et télégraphes a adressé aux directeurs départementaux et chefs de service de l'administration des postes et télégraphes la circulaire suivante :

« Je suis fréquemment saisi de plaintes au sujet de l'arrivée tardive ou irrégulière des journaux.

Dans un moment où la presse se trouve aux prises avec les plus graves difficultés, il est du devoir de l'administration de lui faciliter l'accomplissement de sa tâche si importante à tous égards, en assurant avec la ponctualité désirable les opérations d'expédition, de transport ou de distribution.

La régularité dans le service des abonnements est, en effet, un des éléments primordiaux de la bonne marche des entreprises de publication; tout retard même accidentel est préjudiciable à l'éditeur.

Vous voudrez bien examiner la situation actuelle, l'améliorer sur les points où vous pourrez le faire immédiatement et, le cas échéant, me saisir d'urgence, sous le timbre du bureau compétent, des propositions qui nécessiteraient l'intervention de l'administration centrale. »

HOTEL-DIEU. — GYNÉCOLOGIE MÉDICALE. — M. Paul Dalché fera son cours le jeudi à 10 heures, à partir du 15 avril.

LABORATOIRE DE BACTÉRIOLOGIE. — M. le profr Bezançon et M. le Dr Philibert, chef des travaux, commenceront le mardi 20 avril 1920, à 2 h. 1/2 au laboratoire de bactériologie, un cours complémentaire en 35 leçons, portant sur la bactériologie générale et ses applications pratiques à la clinique. Ils le continueront les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Le cours sera publié.

Le laboratoire sera ouvert aux élèves pour les travaux pratiques tous les jours de 2 h. à 5 h.

Il sera donné des indications pratiques supplémentaires, avec manipulations afférentes à ceux des élèves qui désireront s'exercer particulièrement au diagnostic bactériologique de la fièvre typhoïde, de la tuberculose, de la syphilis et de l'analyse bactériologique de l'eau.

Les droits à verser pour les travaux pratiques sont de 150 francs.

Les bulletins de versement, relatifs aux travaux pratiques seront délivrés au Secrétariat de la Faculté, les mardis, jeudis et samedis de midi à 3 h.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES. — *Cours pratique de dermatologie et de vénéréologie* du 12 avril au 12 juin 1920, sous la direction de M. le prof. Jeanselme, avec la collaboration de MM. le prof. Sebileau, les Drs Thibierge, Darier, Hudelo et Milian, médecins de Saint-Louis ; Gougerot, agrégé; Darié, de Jong, Tixier, Lian, Sézary, médecins des hôpitaux ; Coutela, ophtalmologiste des hôpitaux ; Hautant, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux ; Sabouraud, Levaditi, Bizard, Marcel Sée, Barbé, Noiré, Rubens-Duval, Touraine, P. Chevallier, Burnier, Marcel Bloch, Giraudeau, Pomaret et Schulmann.

Pour renseignements, s'adresser au laboratoire de la Faculté (hôpital Saint-Louis), Dr Marcel Bloch.

Inscription : secrétariat de la Faculté, guichet 3, prix 150 fr.

SERVICES P.-L.-M. D'EXCURSIONS PAR AUTO CARS DANS LA FORÊT DE FONTAINEBLEAU. — La Compagnie P.-L.-M. a repris le 1er avril et jusqu'au 31 octobre 1920, ses services d'excursions dans la forêt de Fontainebleau.

Ces services en correspondance directe avec les trains de et pour Paris comprennent deux circuits quotidiens : l'un, dans la matinée, pour la visite de la partie nord de la forêt, l'autre, dans la soirée, pour la visite de la partie sud de la forêt.

Indépendamment de ces deux circuits quotidiens, un troisième circuit périodique comportant la visite de toute la forêt avec arrêt à Barbizon pour le déjeuner, est mis en marche, les jeudis, dimanches et jours fériés à toute époque de la saison et, en outre, le samedi pendant les mois de juillet, août et septembre.

Pour de plus amples renseignements, demander le prospectus spécial à l'agence P.-L.-M. de renseignements, 88, rue Saint-Lazare, au bureau de renseignements de la gare de Paris, au bureau de correspondance de la place Denecourt, à Fontainebleau, etc.

BIBLIOGRAPHIE

LA GUERRE DU SERVICE DE SANTÉ. — Sous ce titre l'*Opinion* publie depuis la semaine dernière une étude d'ensemble sur le fonctionnement du service de santé aux armées. L'auteur M. Paul Abram s'est gardé de toute interprétation. Il s'est contenté de relater des faits et de les éclairer en versant au débat des documents pour la plupart inédits.

En voici le sommaire que le manque de place nous force à résumer, mais qui suffit à indiquer le grand intérêt de cette étude :

I. *La préparation à la guerre.*
II. *Les prévisions.*
III. *Les premiers mois.*
IV. *L'offensive de septembre 1915.*
V. *L'éducation chirurgicale.*
VI. *La lutte avec le commandement.*
VII. *L'âge des H. O. E.*
VIII. *Les unités chirurgicales type 3e armée.*
IX. *Les Flandres.*
X. *Le service de santé pendant la bataille de France.*



REVUE GÉNÉRALE

LES OPÉRATIONS ANKYLOSANTES
DANS LE
TRAITEMENT DU MAL DE POTT

Par M. LANCE,
Assistant d'orthopédie à l'hôpital des Enfants-malades.

Le traitement local du mal de Pott comporte deux grandes indications : mettre au repos le foyer tuberculeux et s'opposer à l'inflexion du rachis en attendant la réparation et la consolidation spontanées.

La réparation du foyer demande des années, et, comme M. Ménard l'a montré dans son beau livre sur le mal de Pott, elle ne s'effectue que lorsque le contact entre la vertèbre au-dessus et la vertèbre au-dessous du foyer est obtenu ; il ne se crée pas de cal osseux dans le foyer. Ce rapprochement est aidé par la luxation en arrière, par l'atrophie, le tassement des arcs postérieurs. En même temps, très souvent, ces arcs se soudent amenant une immobilisation spontanée définitive.

Ces soudures spontanées ont été de nouveau étudiées par G. S. Huntington, Brackett, de Quervain. On s'est demandé si cette ankylose, si longue à venir, ne pourrait pas être pratiquée opératoirement et si on n'arriverait pas à supprimer ainsi la nécessité du décubitus.

La première opération de ligature des apophyses épineuses dans le mal de Pott a été tentée par Hadra (U. S. A.) en 1891.

En 1893, en France, Chipault reprend ces essais. Il pratique la ligature en 8 des apophyses épineuses avec un fil métallique, non seulement pour immobiliser, mais aussi pour redresser sous anesthésie générale les gibbosités récentes avec forte contracture musculaire. Il rapporte 3 observations avec 2 succès. Il est à remarquer que, dans ces cas, la douleur qui empêchait les malades de marcher avait cessé avec l'opération. Mais la rechute se fit, les fils coupant peu à peu les apophyses.

En 1910, Lange (de Münich) propose de fixer les apophyses épineuses entre deux attelles de fer étamé tenues par des fils de soie. Un seul cas fut opéré avec amélioration.

C'est en 1911 avec Hibbs (de New-York) puis, quelques mois après, Albee (de New-York) que l'ostéosynthèse de la colonne vertébrale dans le mal de Pott entre véritablement dans la pratique.

A partir de ce moment opérations et publications se multiplient. Nous en avons fait une bibliographie aussi complète que possible. Rangée par années, avec indications des discussions de sociétés, elle nous dispense ici d'un long exposé.

Devant l'excellence constante des résultats, la reprise de la vie ordinaire sans appareillage au bout de quelques semaines de lit, proclamée par Albee, la méthode a fait de rapides progrès aux Etats-Unis. Nous y avons relevé actuellement plus de 50 chirurgiens ayant indiqué les résultats de plus de 1.200 opérations. De là elle s'est répandue dans l'univers entier, au Canada (Forbes, Geggie, Turner), à la Havane (Inclan), aux îles britanniques (Adams, Girdlestone, Mac Murray, Winnett, Bennett, Mac Loughnane, Wheeler), en Nouvelle-Zélande (Sandston), en Australie (Lambert), au Japon (Kuroïwa), en Allemagne (Vulpius, Vogel, Wiesinger), en Autriche (Clairemont, Spitzy), en Suède (Waldenstrom), en Italie (Maragliano), en Belgique (Lorthioir), en Espagne (de Mata).

Chez nous, dès 1913, notre maître le prof. Ombrédanne opère quelques enfants à Bretonneau et nous permet de collaborer à ces interventions. Puis Guillot et Dehelly, Calvé, Barbarin opèrent quelques malades. Interrompues par la guerre, ces tentatives ont été reprises par Tuffier, P. Duval, Delbet, Dujarier.

Les affirmations de succès constant d'Albee n'ont pas été admises sans conteste. De vives discussions ont eu lieu en Amérique ; en 1913, Nutt, Ridlon, Sayre, Davis, Baër ont formulé des critiques ; en 1917, à Boston, Lovett, Soutter, Torndike ont soulevé des objections. En 1914, au Congrès d'orthopédie de Berlin, Albee ne peut maintenir toutes ses affirmations premières. En Angleterre, dans les services de sir R. Jones, à Baschurch hospital, Girdlestone, Winnett ont presque complètement abandonné l'opération ou les indications en ont été très restreintes. En France, les résultats n'ayant pas répondu à son attente, M. Ombrédanne a abandonné la méthode et quelques chirurgiens ayant été en Amérique ont pu se rendre compte que les résultats éloignés étaient moins beaux et moins constants qu'on ne l'avait dit au début. Il en est résulté un discrédit et une indifférence imméritée, et, sans aller pour elle jusqu'à l'enthousiasme de quelques publications récentes, la méthode mérite au moins qu'on l'étudie.

Il y a maintenant assez d'observations publiées, assez d'années écoulées pour que les résultats éloignés puissent être connus et qu'on se fasse une opinion.

Nous exposerons d'abord les diverses techniques d'ostéosynthèse de la colonne vertébrale, puis nous en discuterons les résultats d'après les observations publiées et nous tâcherons de dégager de là les indications.

Technique opératoire. — OPÉRATION DE HIBBS. — On trouvera, en français, la description détaillée de cette opération dans l'article de Guillot et Dehelly. Dans sa première description (27 mai 1911), Hibbs, par une incision médiane de la peau, découvrait le sommet des apophyses épineuses. Ce sommet et les faces latérales sont entièrement dénudés de tout tissu, y compris le périoste, et cela au niveau des vertèbres malades et d'une vertèbre saine au-dessus et au-dessous. On pratique ensuite à la pince coupante une section incomplète de haut en bas de la base de ces épines.

On complète la fracture en bois vert de manière à basculer l'apophyse vers le bas et à mener la pointe de la supérieure au contact de la surface de celle qui est au-dessous. La plaie est ensuite refermée par suture des plans musculo-fibreux, et de la peau.

Dès 1912, Hibbs complète cette manière de faire

qui avait dû se montrer insuffisante, par la dénudation de la face postérieure des lames jusqu'à la base des apophyses transverses. En plus, il conseille avec une rugine courbe de dénuder en passant sous le bord inférieur des lames le bas de leur face antérieure (celle qui fait partie du canal rachidien), de briser un peu de ce bord inférieur des lames de manière à combler l'espace compris entre deux lames superposées par des parcelles osseuses. On rabat par dessus les lambeaux périostiques et les parties molles.

Depuis 1914, Hibbs apporte une nouvelle modification. Pour amener l'ankylose des articulations vertébrales, après enlèvement des ligaments, on cherche sur la base des apophyses transverses l'interligne articulaire. Avec un ciseau étroit enfoncé horizontalement on sectionne les surfaces articulaires. Il suffit de regarder un canal rachidien pour se rendre compte, en cas de dérapage, du danger pour la moelle, les racines, les réseaux veineux, d'une telle technique.

Hibbs semble y avoir renoncé car, depuis 1916, il remplace le ciseau par une petite curette qui détruit le cartilage.

Dans ses premières publications, Hibbs admet que chez l'enfant il peut être indispensable à la dénudation osseuse d'ajouter un greffon. Par la suite il juge que l'ankylose rachidienne obtenue par la soudure des apophyses épineuses, des lames, des apophyses articulaires suffit sans aucun greffon. Pour Albee, au contraire, la présence d'un greffon est nécessaire.

Opération d'Albee. — On la trouvera décrite, en français, dans l'article d'Albee de la *Revue de chirurgie*. Elle consiste à fendre longitudinalement les apophyses épineuses sur la ligne médiane depuis le sommet jusqu'à la base, puis à fracturer en bois vert une des moitiés en la rejetant de côté avec les parties molles. L'ensemble forme une gouttière profonde bordée par les sections des épines. Un greffon est prélevé sur le tibia puis solidement fixé dans la gouttière par des points de tendon de kangourou; finalement les moitiés d'apophyses épineuses sont rapprochées au maximum par la suture des muscles et ligaments sus-épineux.

Au début, Albee faisait la section des apophyses et du tibia à la gouge et au maillet. Albee et la plupart des chirurgiens ont remplacé peu à peu le ciseau par une scie circulaire (moteur électrique ou à main) plus rapide, moins traumatisante, moins shockante. Pour la taille du greffon, au lieu de deux traits de scie parallèles, Albee emploie deux scies jumellées. Barbarin préfère le ciseau qui donne un greffon « feuilleté » plus perméable aux ostéoblastes. Dans un cas, M. Tuffier a enlevé le greffon à la scie à chantourner.

Le greffon, tel que le taille Albee, est une baguette de longueur variable, 15 à 18 mm. de largeur sur 8 à 12 mm. d'épaisseur. Souple chez l'enfant, il est rigide chez l'adulte. Il ne peut alors s'adapter à la courbure de la gibbosité et il faut le sectionner partiellement du côté opposé au périoste. Ce dernier doit toujours être respecté, il est utile à la vitalité du greffon (Albee, Bennett, Girdlestone, etc.).

On a cherché à simplifier cette prise du greffon. Bennett, par exemple, pour 3 maux de Pott opérés dans la même matinée, prend les 3 greffons sur le même tibia, ce qui fait 4 opérations au lieu de 6. Dujarier préfère au greffon d'Albee les greffes ostéopériostiques de Delagenière, plus faciles à prélever.

Whitman a proposé de placer de chaque côté des lames deux attelles de péroné. Nous-même avons proposé à M. Ombrédanne l'emploi comme greffon du rebord spinal de l'omoplate, facile à prélever par la même incision que l'opération sur le rachis. Ce greffon a de 15 à 18 mm. de largeur, mais son épaisseur n'atteint que 4 à 5 mm. Dans le même but, Dobrotworski a proposé d'employer les côtes dont Lorthioir se sert avec succès. Ce greffon, robuste, a l'avantage de s'adapter le plus souvent à la courbure des gibbosités.

Gallie, dans 5 cas, a employé avec succès des os bouillis (3 tibias humains pris à l'autopsie, 1 côte de bœuf, 1 radius de chien).

De même que le choix du greffon, la manière de préparer son lit a varié. Chez l'enfant, les apophyses épineuses sont trop minces pour être dédoublées, et cartilagineuses sur une grande partie; aussi Halstead, Lambert les sectionnent sur le côté, à la base, les basculent, glissent le greffon sous elles, puis rabattent le greffon ostéopériostique par dessus.

G. Duval abrase l'apophyse épineuse saillante de la gibbosité à sa base, fend les lames au-dessus et au-dessous, et place le greffon dans ce lit. Calvé recommande l'abrasion des apophyses épineuses à la base et le dédoublement des lames pour faire une large dénudation.

Henderson (frères Mayo), Whitman, Ryerson, Dujarier, sans sectionner les apophyses épineuses, pratiquent la dénudation d'une ou deux des faces latérales des apophyses pour y fixer le ou les greffons. C'est la technique à laquelle, d'après M. Tuffier, Albee se serait rallié.

On tend donc actuellement : 1° à augmenter au maximum les surfaces de dénudation; 2° à fixer le greffon dans la gouttière vertébrale. C'est, en somme, en venir à une combinaison des méthodes de Hibbs et Albee.

On tend aussi à faire la fixation plus longue, au moins deux vertèbres saines au-dessus et au-dessous du foyer cliniquement délimité. Ceci est prudent. Le foyer est toujours plus étendu qu'on ne pense. « Si vous trouvez deux vertèbres malades à l'examen clinique, répète M. Ménard, la radio vous en montre 3, l'autopsie 4. »

Valeur comparative des deux techniques. — Ces faits enlèvent beaucoup d'intérêt à la discussion sur la valeur comparative des deux méthodes. L'opération d'Albee a eu beaucoup plus de partisans. Quelques auteurs seulement pratiquent exclusivement le Hibbs (Hibbs, Galland, Wheeler, Plummer, Jacobs, Campbell, Guillot et Dehelly). D'autres les pratiquent concurremment (Henderson, Rugh, Mac Loughnane, Sherman et Mac Chesney, Smith, Allison et Hagan, Watkins, Calvé).

On a reproché à l'opération de Hibbs sa difficulté. Certains auteurs, ayant eu des échecs au début, ont avoué après Hibbs « qu'il fallait l'avoir vu opérer » pour avoir une idée de la minutie de sa technique (Ryerson, Ely, Jacobs, Campbell, H. B. Thomas). On l'accuse d'exposer plus à ouvrir le foyer tuberculeux, de donner chez l'adulte un cal peu fourni. Au contraire, certains préfèrent le Hibbs parce que la surface d'accollement osseux est plus étendue et se rapproche plus de la guérison naturelle (Thomas, Campbell). Dehelly, après un voyage en Amérique, trouve que le Hibbs donne de meilleurs résultats chez l'enfant.

Enfin, on remarque que la méthode d'Albee s'applique surtout à la région lombaire et dorso-lombaire (Thomas, Sherman et Mac Chesney, Calvé), là où les bosses sont peu volumineuses, les gouttières vertébrales étroites et profondes. Le Hibbs conviendrait plutôt au dos, lieu des grosses bosses, où les lames imbriquées se touchent, où les gouttières sont larges et peu profondes. Mais Calvé fait remarquer que l'un des premiers résultats de l'inflexion vertébrale au dos est d'amener l'écartement en éventail des lames.

Complications. — I. Opératoires. — 1° *Mortalité opératoire* (*anesthésie, shock, embolie graisseuse*). — L'opération d'Albee, très rapide (20 minutes avec l'instrumentation d'Albee), se faisant sans perte appréciable de sang (garrot sur la cuisse enlevé seulement quand le pansement très serré est terminé) n'offre pas de gravité. Celle de Hibbs, plus longue (50 minutes), minutieuse, sans perte importante de sang quand on rugine bien l'os, reste peu grave.

Cependant la mortalité opératoire n'est pas nulle. Sur 144 observations recueillies dans les auteurs, on note : 1 mort sous éther, 1 mort de shock (à l'autopsie on trouva le greffon en contact avec la moelle), soit 1,4 p. 100. Albee sur 198 cas a eu 4 morts (2 p. 100) d'anesthésie ou de shock. Chez quelques auteurs on trouve des faits semblables (Gœnslen, Ely, Galloway, etc.) et dans presque tous les cas il s'agit de tout petits enfants, ayant 4 ou 5 ans, qui semblent supporter mal ces opérations. D'après Albee, le shock serait dû à l'emploi du ciseau et du maillet et disparaîtrait par celui de la scie électrique. Notons que l'anesthésie générale n'est pas indispensable ; de Quervain a opéré à l'anesthésie locale.

Dans quelques cas de mort sur la table ou dans les 36 heures (Albee, Lovett, Watkins 1 cas, Ryerson 2 cas) on a incriminé l'embolie graisseuse partie de la section osseuse tibiale. Il semble donc que la mortalité opératoire ne soit pas négligeable chez le jeune enfant. Chez l'adolescent et l'adulte, les risques se réduisent à ceux de toutes les opérations sanglantes de peu de gravité.

2° *Ouverture du canal rachidien.* — Outre le cas de Girdlestone où cet accident entraîna la mort par shock, un cas de Porter fut suivi de formation d'hydrocéphalie (?).

3° *Ouverture du foyer tuberculeux.* — Une complication malheureusement plus fréquente est de tomber sur des lésions tuberculeuses des arcs postérieurs ou des abcès méconnus. On a reproché à l'opération de Hibbs d'y exposer beaucoup plus que celle d'Albee. C'est vrai ; mais cependant Albee lui-même dit (1913) que, dans ses 55 premières opérations, le foyer a été 3 fois ouvert, sans d'ailleurs aucun inconvénient. Tous les auteurs n'ont pas été aussi heureux et certains (R. L. John, J. T. Rugh, Blodgett, Allison et Hagan, Campbell, Gaenslen, chacun 1 cas, Ryerson, H. L. Taylor, chacun 2 cas, Hibbs 5 cas sur 210 opérations) ont vu des fistules se créer au niveau de la plaie opératoire et l'opération a transformé un mal de Pott fermé en un mal de Pott ouvert, complication grave, bien que les fistules postérieures, près du foyer, aient moins de gravité que les fistules à long trajet (fistules inguinales ou crurales).

II. Postopératoires. Fracture du greffon. — Elle est parfois accidentelle : dans une chute de l'enfant (Calvé), c'est exceptionnel. Le greffon se fracture plus souvent presque spontanément et au bout d'un long temps (6 mois, 10 mois). Hibbs qui appelle ces cas des « pseudarthroses du greffon » les évalue à 2 p. 100. La fracture se fait en général au niveau du foyer et on trouve à la réopération (Hibbs, Rugh, Allison et Hagan, de Mata) le greffon solide au-dessus et au-dessous et de la résorption au niveau du foyer.

Nécrose. Elimination du greffon. — Dans le cas d'infection du greffon, on le voit se nécroser et s'éliminer. Tantôt la nécrose n'est que partielle (Albee, Gaenslen, Allison et Hagan), il se détache une lamelle superficielle, la plaie se désunit partiellement et se ferme après élimination. Le plus souvent elle est totale (Girdlestone, Rugh, Sherman et Chesney, Painter, Jacobs, Ryerson, Tuffier). Ces cas sont plus fréquents chez les petits enfants, difficiles à tenir propres. On voit alors la plaie s'ouvrir en totalité, mais se fermer en général très vite, en 15, 20 jours. Chose curieuse, dans presque tous les cas, l'élimination du greffon n'a pas empêché la soudure osseuse de se faire et le résultat final a été bon.

Saillies des bouts du greffon. — Dans des cas pas très rares, les bouts, surtout le bout supérieur du greffon, viennent faire saillie à la peau, soit que la fixation ait été insuffisante, le greffon vient pointer lorsque le rachis s'infléchit, soit que du fait de la croissance le greffon s'allonge. Dans ces cas on est obligé de réintervenir pour réséquer un morceau de greffon (Albee, Billington, Ryerson, Rugh, etc.).

Fracture du tibia. — Elle est exceptionnelle (1 cas de Rugh, 1 mois après l'opération) et il faut pour la prévenir mettre à la jambe un léger appareil plâtré.

Evolution du greffon et de l'ankylose osseuse. — Le greffon vit-il ? se résorbe-t-il ? Cette résorption graduelle fait-elle place à la création d'os nouveau aux dépens des éléments du greffon ? Pendant ce remaniement, le greffon conserve-t-il sa rigidité ? Les faits vont répondre à ces questions.

Expérimentation. — Les expériences d'Albee, de Lewis et surtout celles très précises de de Quervain et Hoessly sur l'animal montrent que le greffon se soude aux apophyses épineuses par un cal fibreux qui s'ossifie lentement, qu'il vit ; mais toutes prouvent aussi qu'il se résorbe et est remplacé peu à peu par de l'os nouveau. Il est seulement ostéo-conducteur pour les ostéoblastes venus des sections osseuses voisines ; il fournit les sels de chaux nécessaires à la reconstruction osseuse. Des expériences faites chez de jeunes animaux en période de croissance mettent en évidence que le greffon suit dans sa croissance la colonne vertébrale.

Pièces humaines. — 1° *Réopérations.* — Pour des causes variables (saillie du bout supérieur, greffon trop court, extension du mal de Pott au-dessus ou au-dessous, fractures et « pseudarthroses » du greffon) on a été amené souvent à réopérer des malades; malheureusement dans quelques cas seulement, on a fait une biopsie de l'ancienne soudure osseuse. Dans un cas de résection du bout supérieur du greffon, Albee l'a trouvé soudé et vivant. Hibbs réopérant 3 cas « d'Albee » pour fusion incomplète a trouvé le greffon presque entièrement résorbé et réduit à une mince pièce osseuse. Ely réopérant 3 « Hibbs » a trouvé une fusion complète des lames, mais incomplète des apophyses épineuses, il mit un greffon dans les 3 cas. Watkins réopère un « Hibbs » pour faire une laminectomie décompressive. Il trouve une fusion énorme, l'ensemble des lames formant une masse osseuse « comme un sternum ». Enfin dans un cas de Gallie, de greffe d'os mort, une biopsie faite 2 ans après montre un os nouveau solide et bien vivant.

2° *Pièces d'autopsie.* — A l'autopsie de malades ayant subi l'opération de Hibbs, Watkins trouve, au bout de 4 mois, la fusion osseuse très solide. Ely, dans un cas opéré 5 mois auparavant, trouve les lames bien fusionnées, mais les épines incomplètement soudées, et le foyer tuberculeux encore en activité.

A l'autopsie de malades opérés selon la technique d'Albee, au bout de 5 semaines (Maragliano) le greffon n'est pas encore soudé ; à 2 mois (1 cas, Plummer; 2 cas, Ely) il est soudé, solide, vascularisé ; à 4 mois la soudure est solide (Ombrédanne), de même à 6 mois (Maragliano) et au bout de 2 ans (Ely). Mais, remarque capitale, Plummer, Ely, Maragliano notent que des mouvements de flexion, de torsion de la pièce sont possibles malgré la soudure du greffon (à 2 mois, à 6 mois) et l'examen microscopique montre une fusion par du tissu fibreux, dense, en voie d'ossification par place, au moyen d'apport du greffon et surtout des apophyses épineuses. Chez le malade d'Ely, mort 2 ans après l'opération, le remaniement du greffon n'était pas terminé et on trouvait encore un mélange d'os mort et d'os vivant.

Autre fait intéressant, dans tous les cas on a trouvé le foyer tuberculeux encore en activité, ou même ayant progressé de bas en haut (Maragliano, Plummer, Ely, Ombrédanne). Dans le seul cas d'Ely le foyer semblait en voie de guérison, mais 2 ans après l'opération !

Que conclure de tous ces faits ?

1° Le greffon se résorbe peu à peu et est remplacé par de l'os nouveau. Le greffon fournit une part des éléments nécessaires. La résorption du greffon, plus rapide chez le jeune enfant (Henderson), peut, chez lui, aller plus vite que la formation de l'os nouveau.

2° Le greffon se soude et adhère intimement au bout de quelques semaines. Cette fusion se fait par un cal fibreux qui ne devient entièrement osseux qu'après plus de 6 mois.

3° Le greffon s'allonge par les bouts, surtout si les extrémités n'ont pas été fixées à des apophyses épineuses d'où saillie et escarre possible de la peau.

4° Le greffon suit la croissance du porteur.

5° Il s'épaissit, s'élargit et forme une masse osseuse parfois 2 ou 3 fois plus volumineuse que le greffon primitif.

6° Le foyer tuberculeux reste en activité pendant des mois et des années ou même peut progresser malgré l'immobilisation.

Radiographies. — On a longtemps, pour prouver la vitalité du greffon, sa non-résorption, sa soudure, tiré argument de ce fait qu'il restait opaque à la radiographie, s'opacifiait encore au bout de quelques mois, restant plus foncé que des vertèbres. Maragliano montre par des séries de radiographies l'évolution du greffon. Pour lui, quand on l'insère, le greffon est très visible, plus opaque que les vertèbres décalcifiées par la tuberculose sur lesquelles il est implanté. Peu à peu cette différence de ton s'atténue et le greffon tranche de moins en moins sur les os voisins, non parce qu'il se décalcifie comme on pouvait le craindre dans le terrain tuberculeux où il se trouve mais parce que là, comme dans les pseudarthroses, il apporte aux os voisins les sels de chaux nécessaires à leur reconstruction osseuse (théorie Heitz-Boyer). Quand cette recalcification du foyer est faite et dans les pseudarthroses la soudure osseuse complète, le greffon ne se distingue plus des apophyses épineuses, il est de la même teinte.

Constatations cliniques. — On peut constater à la main et à la vue l'hypertrophie qu'au bout d'un certain nombre de mois subit le greffon. On peut aussi constater l'étendue de la mobilité du dos conservée malgré la greffe. Certains auteurs notent avec satisfaction que la soudure de 5, 6 vertèbres et plus ne gêne en rien les fonctions du rachis. Citons par exemple la photographie donnée par Allison et Hagan d'un enfant opéré quelques mois auparavant et qui arrive presque à toucher, genoux raides, le bout de ses pieds avec ses mains. Cette figure inquiétante montre le dos absolument courbe même au niveau du foyer. Elle ne peut s'accorder avec un greffon rigide. Nous verrons plus loin (résultats) le nombre considérable de rechutes de la gibbosité, impliquant, tout au moins chez l'enfant, l'insuffisance de rigidité du greffon.

A priori d'ailleurs comment concevoir chez un enfant greffé à 5 ans que le greffon puisse rester rigide pendant toute la croissance sans amener soit une incurvation du rachis en arrière, soit un arrêt de la croissance. Or rien de tel n'a été observé. Le

greffon suit la croissance et son remaniement osseux prolongé pendant des années doit nuire à sa solidité.

Valeur mécanique de l'ankylose des arcs postérieurs. — L'ostéosynthèse dès arcs postérieurs dans le mal de Pott vise en somme à 2 buts mécaniques précis :

1° Immobilisation absolue des vertèbres malades. — D'après ce qui précède nous voyons que l'immobilisation reste incomplète pendant au moins 6 mois et plus jusqu'à soudure complète du greffon.

2° Faire obstacle a l'inflexion vertébrale sous le poids du tronc dans la station verticale, d'où suppression du décubitus et du port d'un appareil de maintien.

La transmission du poids du tronc par les corps vertébraux est remplacée au niveau des vertèbres détruites par la double colonne des apophyses articulaires. Mais sous l'action du poids du corps et de la contraction des muscles abdominaux, la partie sus-jacente de la colonne vertébrale tend à s'infléchir en avant, les apophyses articulaires servant de point d'appui ; les apophyses épineuses basculant tendent à s'écarter en éventail. Tant que les ligaments inter et sus-épineux résistent, l'écartement ne peut avoir lieu. Dès qu'ils cèdent le bras postérieur du levier, l'apophyse épineuse, s'élève ; la gibbosité est créée. L'ankylose postérieure spontanée des vieux pottiques présente une force de résistance à la flexion du rachis et un pouvoir supportant que, dans une pièce d'autopsie, de Quervain et Hoessly ont estimé à 30 kg., donc suffisant pour porter la tête et le haut du tronc (remarquons qu'il serait insuffisant pour le port de lourds fardeaux). Mais M. Ménard a insisté sur le grand nombre d'années qu'elle met à se constituer, et le tassement des arcs qui la précède et la favorise. Albee y substitue l'action immédiate du greffon qui en fixant entre elles les extrémités des apophyses épineuses s'oppose dans la station verticale à leur bascule, donc à l'inflexion vertébrale, à la déformation pottique même sans appareil.

Ceci suppose 2 choses : 1° que le greffon est et reste rigide jusqu'à la soudure spontanée de guérison c'est-à-dire pendant de longues années ; 2° que le point d'appui du levier (apophyses articulaires) reste solide.

Remarquons d'abord que chez l'enfant la baguette tibiale est souple. Elle s'adapte à des cyphoses déjà notables et Albee attribue à cette élasticité un rôle dans le redressement de la cyphose. Chez l'adulte un gros greffon est absolument rigide. Mis en place, reste-t-il rigide ? D'après ce que nous avons vu, on peut dans certains cas en douter. Chez l'enfant, pendant la croissance, la preuve semble faite de l'insuffisance fréquente du soutien. De plus, le mal de Pott de l'enfant est essentiellement destructeur et à marche extensive. Or quand des corps vertébraux ont été détruits, M. Ménard a montré que la cicatrisation osseuse définitive du foyer ne se faisait que lorsque le contact du corps vertébral au-dessus et au-dessous a été obtenu par inflexion vertébrale : « La tuberculose ne fait pas de cal osseux à distance » (M. Ménard). Ce contact est favorisé par le recul des arcs postérieurs des vertèbres détruites, par leur atrophie, leur tassement, on peut se demander si en retardant l'inflexion inévitable, en empêchant le recul, le tassement des arcs vertébraux, la greffe ne serait pas nuisible à la guérison du foyer. Si elle le permet c'est qu'elle n'est plus rigide et alors inutile. Chez l'enfant aussi, on voit souvent au niveau des vertèbres détruites les apophyses articulaires, les lames, la base des apophyses transverses décalcifiées, ramollies, n'offrant plus aucune résistance quand elles n'ont pas été rongées, détruites par la tuberculose. Que devient alors le point d'appui du levier ? L'action mécanique est alors changée et c'est le greffon lui-même qui, comme un arc sur les deux extrémités duquel on appuie, a à supporter le poids du tronc, la contraction des muscles abdominaux, le port de fardeaux, les efforts d'un enfant turbulent. Si sa rigidité est douteuse, comment pourrait-il ne pas s'infléchir ?

Chez l'adolescent après la fin de la croissance ou chez l'adulte, il en est tout autrement. Le mal de Pott est bien moins destructeur que chez l'enfant (1). L'effondrement des corps vertébraux n'existe pas ou est très lent. Le siège de la lésion est surtout lombaire et la tendance à la gibbosité est minime. Un greffon épais et solide ou une ankylose de vaste étendue des arcs postérieurs n'a pas les mêmes raisons que chez l'enfant d'être inefficace.

Traitement postopératoire. — 1° Traitement local. — *Première période.* — *Décubitus.* — Tous les auteurs admettent qu'après l'opération le repos au lit ou sur un cadre, avec ou sans immobilisation avec des sangles ou dans un corset, est indispensable. Mais l'appréciation de la durée de ce repos est très variable. Alors que les uns (Billington, Albee, Hibbs, Rugh, Galloway, Baer, Davis, Loughnane, Tuffier) parlent de 1 à 10 semaines, d'autres estiment que 3 à 9 mois sont nécessaires (Barbarin, Girdlestone, Maragliano, Bennett). Mac Murray juge 6 mois insuffisants et, dans 12 cas, les douleurs provoquées par le lever nécessitèrent une remise en décubitus.

La raison de cette différence d'appréciation s'explique aisément. Tandis que les uns, lorsqu'ils remettent leur malade sur pied jugent inutile de leur faire porter un appareil de soutien, les autres jugent celui-ci indispensable et naturellement cette manière de faire leur permet d'abréger la durée du décubitus.

Deuxième période. — *Appareil de soutien.* — Albee au début proclama l'inutilité de tout appareil de soutien. Au bout de 7 ou 8 semaines, le greffon est adhérent et empêche l'inflexion de la colonne vertébrale ; les légers mouvements qui peuvent persister, loin de nuire, sont utiles car ils hâtent l'ankylose. Son opinion n'est peut-être plus aussi ferme sur ce point car dès 1914, au congrès de Berlin, il convient

(1) Voir : Lance. Le mal de Pott chez l'adulte, *Gaz. des hôpit.*, 17-19 fév. 1920, n° 17, p. 261-266 ; — Calvé. *Presse méd.*, 7 janv. 1920, n° 2, p. 13-15.

que, quand les malades commencent à marcher, ils sont « obligés » de porter un corset.

Quoi qu'il en soit, cette manière de faire n'a conservé qu'un nombre restreint d'adeptes (J. C. Wilson, W. Hoyt, Mac Loughnane, Barbarin) et n'a pas tenu devant les faits.

L'examen des pièces nous a prouvé qu'à 6 mois et plus le greffon n'a pas encore constitué une ankylose osseuse définitive. Nous verrons plus loin que des malades se sont infléchis secondairement bien des mois après l'opération.

Il résulte de l'enquête de Wolcott que, sur 16 chirurgiens, 12 se sont déclarés pour le port du corset, et Albee trouve que, sur 33 chirurgiens, 23 le jugent nécessaire.

Mais combien de temps ce soutien sera-t-il porté? R. Walker parle de 6 semaines, d'autres réclament 2, 3, 4 mois (Hibbs, Billington, Bennett, Platt, Tuffier, Guillot et Dehelly, Lorthioir); 3 à 6 mois (Galloway); ou 6 mois (J. T. Rugh, Elmer, Maragliano, Jacobs, Hoke); 3 à 10 mois (H. B. Thomas, J. Sayre); 1 an et plus (Davis, Girdlestone, Allison et Hagan); jusqu'à disparition de tout symptôme (Plummer, H. L. Taylor). Henderson (Hôpital des frères Mayo) qui au début ne laissait un soutien que quelques semaines réclame le port d'un corset 1 an encore après la fin des symptômes, et nous verrons les opérés de Girdlestone garder un appareil 3, 4 ans et plus. Sayre constate qu'un soutien est indispensable aussi longtemps que s'il n'y avait pas eu d'opération.

Il ressort donc des faits que l'ankylose des arcs postérieure ne supprime pas le traitement orthopédique, surtout chez l'enfant. Il le modifie. Au lieu du traitement en décubitus pendant des années, le traitement déambulatoire dans un corset amovible peut être pris au bout de quelques semaines chez l'adulte, quelques mois chez l'enfant. Mais il semble que dans bien des cas il est indispensable que ce soutien soit porté pendant des mois, quelquefois des années. Et c'est déjà bien beau.

2° Traitement général. — Tous les auteurs sont d'avis que l'ostéo-synthèse ne doit modifier en rien le traitement général. Hibbs, Albee opèrent dans un hôpital marin où leurs malades séjournent ensuite longtemps, faisant de l'héliothérapie et du plein air, ce qui ne doit pas peu contribuer à leurs résultats. La durée de ce traitement général est cependant diversement estimée : 18 mois (H. B. Thomas, J. H. Sayre); 6 mois à 1 an chez l'adulte, 1 an à 18 mois chez l'enfant (Hibbs); 2 à 3 ans (de Quervain); 1 à 4 ans (J. J. Nutt).

Maragliano, Tuffier insistent sur ce que le principal avantage de ces opérations en permettant de faire de la déambulation facilite le traitement au grand air en particulier chez l'adulte et dans les classes pauvres.

Nutt et d'autres auteurs craignent au contraire qu'en atténuant les symptômes l'opération ne crée une fausse sécurité qui fait négliger le traitement général qui passe avant tout dans le mal de Pott.

(A suivre.)

ENCÉPHALITE LÉTHARGIQUE

CHEZ UN ANCIEN SYPHILITIQUE

DÉBUT PAR UN SYNDROME MYOCLONIQUE DOULOUREUX

Par M. Henri ROGER,

Professeur de Clinique neurologique à l'École de médecine de Marseille.

Le cas que nous venons d'observer soulève deux points intéressants de la question toujours à l'étude de l'encéphalite léthargique :

1° Celui de la pathogénie : maladie autonome ou syndrome lié à des causes diverses;

2° Celui de l'identité de nature et d'origine des encéphalites léthargiques et myocloniques.

M. X..., 65 ans, avocat.

Antécédents personnels : syphilis à 35 ans, traitement incomplet. Vers 45 ans, sarcocèle testiculaire bilatéral, diagnostiqué spécifique et guéri par la médication mercurielle et iodurée. A 50 ans, vitiligo généralisé, qui a persisté jusqu'à maintenant.

Depuis cette époque, traitement irrégulier par quelques injections intrafessières de biodure ou benzoate de mercure; la dernière série, qui remonte à 5 ou 6 ans, a consisté en quelques injections de 914. Les réactions de Wassermann faites à trois reprises avant cette époque ont été négatives.

Entérite chronique avec constipation soignée par le régime et des saisons à Plombières.

Célibataire.

Début de la maladie. — Vers la mi-janvier 1920, *douleurs* d'abord au niveau de la nuque et de la région occipitale, puis des épaules et dans la continuité des bras, enfin douleurs thoraciques et lombaires; pas de douleurs dans les membres inférieurs. Algies vives que ne calment ni l'aspirine ni les sédatifs nervins, et qui provoquent de l'insomnie. Pas de gonflement ni de raideur des jointures; siège plutôt extraarticulaire qu'articulaire.

Ces douleurs s'accompagnent de *secousses brusques* des membres supérieurs. A diverses reprises, le malade a laissé tomber les objets qu'il tenait à la main, en particulier le verre qu'il portait à ses lèvres : des mouvements anormaux le gênaient quand il se servait de sa cuillère.

Pendant les premiers jours, légère fièvre, n'ayant pas dépassé 38°5. La température n'a pas été prise ultérieurement d'une façon régulière; il est difficile de savoir si elle a toujours été absolument normale. En tout cas elle n'a jamais été très élevée. Bon fonctionnement des divers appareils, en particulier pas de symptômes respiratoires.

Vers le 7 à 8 février, apparition d'une *somnolence* particulière qui s'accentue de plus en plus. Le malade a toujours tendance à dormir; à certains moments, il est sujet à de véritables *crises de sommeil* auxquelles il ne peut résister. Une d'elles l'avait pris pendant son repas, composé d'une alimentation légère (pâtes et purées); il allait s'endormir avec le bol alimentaire dans sa bouche, si des excitations un peu fortes ne l'en avaient tiré. Une fois la crise de sommeil passée, l'intellect est normal, la mémoire conservée. Le malade cause avec un peu de dysarthrie; mais au bout d'un certain temps de conversation, les paupières se baissent et il s'endort. Depuis l'apparition de la somnolence, les douleurs et les secousses myocloniques se sont atténuées, mais persistent à certaines périodes.

Le 17 février 1920, nous sommes appelés en consultation, dans une ville éloignée, par le médecin traitant qui, ayant eu récemment l'aveu de la spécificité antérieure, craint avec juste raison une localisation de la syphilis sur la région bulbo-protubérantielle.

Le patient nous raconte, avec assez de précision, les détails de son affection, mais il se fatigue vite et il doit faire effort pour relever ses paupières supérieures qui s'abaissent, en particulier la gauche qui reste à demi fermée. Les muscles de la face ne se contractent pas avec énergie au cours de la conversation. Le neveu du malade, arrivé le jour même pour lui rendre visite, a remarqué lui aussi cet aspect figé de la physionomie. Le malade dit avoir un peu de difficulté pour lire, alors qu'il voit bien de loin. Les pupilles sont légèrement inégales, la droite plus dilatée; elles sont paresseuses beaucoup plus pour le réflexe d'accommodation que pour le réflexe lumineux. Pas de strabisme, pas de diplopie, quelques secousses nettes de nystagmus spontané. Assez fréquemment, bourdonnements d'oreille vifs. Contractilité de la langue, du voile du palais normale : toutefois à certaines périodes, dysphagie. Pas de névralgie ni d'hypoesthésie faciale.

La force des membres supérieurs est diminuée. Le malade a pu donner, le matin même, sa signature, mais d'une écriture difficile. Il n'existe cependant pas de tremblement spontané, ni dans l'acte, un peu de dysmétrie mais pas d'adiadocosinésie. Les réflexes antibrachiaux sont normaux.

La motilité des membres inférieurs est conservée. Le malade peut se lever, marcher sans aucune titubation, ni sans traîner la jambe. Il n'y a pas de Romberg sur un ni sur deux pieds. Pas de défaut de stabilisation. Réflexes rotuliens et achilléens normaux et égaux des deux côtés, réflexe plantaire en flexion. Pas de troubles de la sensibilité objective.

Rachis souple, pas de raideur de la nuque, pas de Kernig, pas de Brudzinski, pas de Laségue.

Bon fonctionnement du sphincter urinaire.

Pas d'albumine ni de sucre dans les urines.

Constipation opiniâtre depuis 12 jours.

Rien à l'appareil respiratoire ni circulatoire.

Pas de sclérose artérielle accusée. Pouls à 65.

Devant le tableau actuel : somnolence souvent irrésistible, ptosis incomplet, mais net, facies figé (1), parésie de l'accommodation (2), phase infectieuse du début, le diagnostic d'encéphalite léthargique s'impose. Mais quelle est la nature de cette encéphalite?

A côté de l'opinion de Netter, qui en fait une maladie absolument autonome à virus encore indéterminé, certains auteurs se sont demandé si l'encéphalite léthargique n'était pas un syndrome pouvant être lié à des causes diverses.

Page (3) en particulier a publié ici même des observations concernant des tuberculeux en évolution avec bacilles de Koch dans les crachats, et il émet l'hypothèse d'une imprégnation du mésocéphale par la toxine tuberculeuse. Si l'on admet cette hypothèse, ne pourrait-il pas y avoir également des encéphalites léthargiques ou des pseudoencéphalites léthargiques d'origine syphilitique? Et notre malade, ancien spécifique, ne rentrerait-il pas dans ce cadre?

La question a été posée pour divers cas antérieurs.

Lortat (Jacob) et Hallez (4) ont rapporté l'histoire d'une malade atteinte de somnolence, paralysie oculaire, stase papillaire et signe d'Argyll-Robertson, réaction de Wassermann franchement positive dans le liquide céphalo-rachidien. Malgré cette réaction positive, malgré la stase papillaire et le signe d'Argyll-Robertson que l'on ne rencontre pas habituellement dans l'encéphalite léthargique, ces auteurs, se basant sur l'absence d'hyperalbuminose et de lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, rejettent le diagnostic de syphilis pédonculaire et admettent celui d'encéphalite léthargique, chez un syphilitique, mais non d'origine syphilitique.

Henri Claude et Schaeffer (1) ont fait l'examen histologique du mésocéphale d'une femme ayant présenté pendant 12 jours de la somnolence et des paralysies oculaires, sans troubles moteurs, sensitifs ni réflexes, avec liquide céphalo-rachidien normal, mais réaction de Bordet-Wassermann positive dans le sang et dans le liquide. Les lésions microscopiques sont celles d'une encéphalite aiguë inflammatoire diapédétique, qui se distingue de la polioencéphalite de Wernicke par l'absence d'hémorragies, de la maladie de Heine Medin par l'intensité moins grande des lésions nucléaires, et qui, en tout cas, ne présente aucun des caractères de la syphilis nerveuse.

Chez la malade à forme ambulatoire de Louis Ramond (2), le syndrome léthargique et oculaire est assez net, et malgré une réaction de Bordet-Wassermann positive, l'auteur conclut à l'origine non syphilitique. La guérison s'établit avant que le traitement mercuriel ait été commencé. « Pour être syphilitique, on n'en est pas moins homme, et tout comme un sujet sain, ainsi que le remarque Netter, on peut être atteint d'encéphalite léthargique. » L. Ramond se demande même si l'encéphalite n'est pas capable d'engendrer un trouble humoral de nature à dévier le complément de la réaction de Wassermann.

Dans tous ces cas, il s'agit de malades dont les antécédents n'établissent pas l'existence d'une spécificité certaine, mais qui sont considérés comme tels, uniquement en raison de réaction de Wassermann positive. Sauf pour celui de Lortat (Jacob) et Hallez, dont les symptômes atypiques, Argyll-Robertson, stase papillaire, sont beaucoup plus en faveur de la syphilis que de l'encéphalite léthargique (comme l'a déjà fait remarquer Lhermitte), l'hypothèse de l'origine non syphilitique paraît pour les autres vraisemblable.

La question se pose d'une tout autre façon pour notre malade. Celui-ci a eu, il y a une trentaine d'années, une syphilis nette; il a fait plus tard du sarcocèle bilatéral qui a guéri par le mercure et l'iodure, puis du vitiligo généralisé très vraisemblablement spécifique. Quoiqu'il ait eu, il y a plusieurs années, des réactions de Wassermann négatives, il y aurait beaucoup de chances pour que la maladie actuelle soit de la poliomésocéphalite de même nature que ses accidents antérieurs.

Mais, même dans ce cas, le tableau que nous observons est si caractéristique de l'encéphalite

(1) H. Roger et G. Aymès. Encéphalite léthargique et syndrome parkinsonien. *Soc. de neurol.*, fév. 1920.

(2) H. Roger. Les petits signes de l'encéphalite léthargique, à paraître in *Presse méd.*, 1920.

(3) Page. Encéphalite léthargique et tuberculose, *Gaz. des hôpit.*, 31 janv. 1920.

(4) Lortat-Jacob et Hallez. Encéphalite léthargique; valeur et évolution des signes oculaires, *Soc. méd. des hôpit.*, 3 mai 1918.

(1) H. Claude et Schaeffer. Encéphalite léthargique à forme aiguë; examen anatomique, *Soc. méd. des hôpit.*, 22 mai 1919.

(2) L. Ramond. A propos d'un cas d'encéphalite léthargique à forme ambulatoire, *Journ. des prat.*, 6 déc. 1919.

léthargique vraie, que d'emblée nous portons le diagnostic d'encéphalite léthargique chez un ancien syphilitique, mais de nature non syphilitique! A côté du traitement par l'urotropine, nous prescrivons, pour combattre le terrain spécial, quelques simples piqûres d'énésol, au lieu des injections intraveineuses de cyanure de mercure et de novarsenobenzol, auxquelles nous aurions eu recours, si l'origine spécifique de la maladie nous avait paru démontrée.

Les examens de laboratoire (Dr Lafond) *devaient bientôt nous donner raison.*

Réaction de Bordet-Wassermann du sang : négative.
Procédé Wassermann : degré de l'hémolyse H^4.
Procédé Hecht H^3 (léger retard).

Liquide céphalo-rachidien : 57 lymphocytes par millimètre cube à la cellule de Nageotte. — Albumine 0,20. — Sucre (légèrement hyper). — Chlorures : 7 g. — Wassermann : négatif.

Nous avons eu récemment (15 mars) des nouvelles de ce malade : amélioration légère, en particulier diminution de la somnolence, mais persistance de l'asthénie des douleurs et de quelques secousses myocloniques des membres inférieurs. Cette évolution relativement favorable me paraît plutôt en faveur de l'encéphalite léthargique, la syphilis nerveuse n'ayant guère pu rétrocéder sous l'influence de quelques rares injections d'énésol.

Plus curieux encore que le nôtre est le cas récemment publié par Jeanselme sous le titre : « Syphilis et encéphalite léthargique » (*Bull. acad. de méd.*, 2 mars 1920). Cet auteur serait arrivé à distinguer chez son malade les phénomènes propres à la syphilis nerveuse et les symptômes d'encéphalite léthargique, les deux maladies coexistant chez le même sujet.

D'une façon générale, il semble bien que l'encéphalite léthargique soit une maladie autonome, différente des autres mésocéphalites, en particulier de la mésocéphalite tuberculeuse ou syphilitique, de même qu'elle se distingue de la méningite tuberculeuse et surtout de la méningite syphilitique (Carnot, Soc. méd. des hôpit. de Paris, 30 janv. 1920. — Ducamp, Soc. sc. méd. de Montpellier, 20 fév. 1920. — Rauzier et Giraud, *Ibid.*, 27 fév. 1920). Mais ces diagnostics différentiels doivent toujours être discutés (1).

En dehors de cette discussion pathogénique, cette observation est intéressante, parce qu'elle constitue une forme de transition entre l'encéphalite léthargique de Netter et l'encéphalite myoclonique de Sicard; celle-ci, dans ses formes graves, se caractérise par une tétrade assez particulière : douleurs vives, secousses myocloniques, insomnie, délire (2).

Personnellement, nous avons remarqué, et d'autres auteurs avant nous, des secousses myocloniques au cours ou à la fin d'encéphalites léthargiques typiques (1).

Ce cas, où le syndrome léthargique a remplacé, ou tout au moins, a effacé à demi un syndrome myoclonique (avec douleurs vives, secousses brusques et insomnie) qui avait déjà duré à l'état isolé une quinzaine de jours, montre bien l'origine univoque de ces syndromes, en apparence si divers, et confirme à ce sujet l'opinion de Netter (2).

L'existence de ce syndrome myoclonique ayant précédé les phénomènes léthargiques était pour nous un argument de plus en faveur de la nature « épidémique » suivant l'expression de Chauffard (Acad. de médecine, 11 fév. 1920), et contre l'origine syphilitique de cette encéphalite.

Signalons enfin : la *réaction méningée histologique* (53 lymphocytes à la cellule de Nageotte) sans réaction chimique albumineuse, mais avec léger abaissement des chlorures et augmentation du sucre (3); — l'*âge avancé* de notre malade, 65 ans [Rice Oxley en a relaté un cas chez un homme de 74 ans (4)].

Terminons par une note plaisante en rapportant l'opinion du brigadier de gendarmerie de D..., sur ce cas d'encéphalite. Laissons-lui la parole en copiant textuellement le rapport fait à ses chefs, dont une amicale indiscrétion nous a permis de prendre connaissance : « Un cas d'encéphalite léthargique aurait atteint un avocat de la ville, qui depuis plusieurs jours serait en état de torpeur. Malgré cet état, ce malade s'alimente, se fait raser tous les 2 jours et répondrait même aux consultations. Un docteur du dehors appelé aurait conclu à l'encéphalite, mais le Dr X... qui connaît la famille depuis de longues années (5) aurait dit que cet avocat était dans un état d'épuisement nerveux. »

(1) De même celui de la névrose léthargique dont nous venons d'observer un exemple typique. — H. Roger et Chaix. Pseudo-encéphalite léthargique névropathique; narcolepsie rythmée psychonévrosique. A paraître in *Paris méd.*

(2) Sicard. Encéphalites aiguës myocloniques, *Soc. méd. des hôpit.*, 23 janv. 1920. — H. Roger. Encéphalite insomnique, choréoataxique et délirante, *Soc. méd. des hôpit.*, fév. 1920.

(1) H. Roger. Quelques cas d'encéphalite épidémique aiguë, obs. III et IV, *Comité médical des Bouches-du-Rhône*, 13 fév. 1920, in *Marseille méd.*

(2) Des cas analogues d'encéphalite léthargique à début myoclonique ou douloureux ont été signalés récemment par Bénard et Boissard, *Soc. méd. des hôpit.*, 20 fév. 1920; par Salmont, *Soc. méd. des hôpit*, 27 fév. 1920. Nous-même venons d'en observer un second cas.

(3) H. Roger. Le liquide céphalo-rachidien de l'encéphalite léthargique, *Réunion biologique de Marseille*, 17 fév. 1920.

(4) Rice Oxley. *Lancet*, 6 juillet 1918.

(5) Inutile d'ajouter qu'il ne s'agit pas du médecin traitant.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 29 MARS 1920)

Echanges liquides par osmose électrique à travers des tissus vivants. — MM. Pierre Girard et Victor Morax.

Sur l'union de l'apophyse paramastoïde et du temporal chez les mammifères. — M. J. Chaine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 5 AVRIL 1920)

L'encéphalite léthargique. — M. Achard communique un cas d'encéphalite léthargique à évolution serpigineuse et avec hémorragie méningée au cours de la maladie.

M. Jeanselme apporte une observation d'encéphalite léthargique, avec mouvements choréiformes du côté gauche. Ce

qu'il y a d'intéressant, dans cette observation, c'est que, pendant la phase des mouvements choréiformes, le liquide céphalo-rachidien montrait une lymphocytose assez marquée et un taux élevé de l'albumine. Il y avait un parallélisme entre les symptômes cliniques et l'examen du liquide céphalo-rachidien.

M. NETTER revient sur la communication qu'il a faite dans la dernière séance ; en particulier sur le traitement de l'encéphalite léthargique par les injections de térébenthine (abcès de fixation). Sur 19 malades soumis à ce traitement, il a obtenu 17 guérisons. Les 2 décès se sont produits sur deux femmes enceintes. C'est là une nouvelle preuve de la gravité de la maladie au cours de la grossesse. Cela semble indiquer aussi que la chorée grave des femmes enceintes est due au même virus que l'encéphalite léthargique. Le pronostic de la maladie n'étant pas fixe, les cas très graves au début peuvent guérir, d'autres très légers peuvent s'aggraver et entraîner la mort. M. Netter estime que la médication par les injections de térébenthine doit être appliquée dès le début de la maladie.

Le cas présenté par M. Achard, à forme serpigineuse, prouve, ainsi que l'a constaté M. Netter, que le virus peut siéger longtemps dans le système nerveux. D'ailleurs, M. Netter a observé des rechutes à très longue échéance, en particulier chez des enfants dont la première atteinte avait été très bénigne. A l'autopsie on a trouvé des lésions anciennes et des lésions récentes. Ce fait est un argument contre l'emploi du sérum des convalescents, puisque ces convalescents peuvent rechuter.

M. Achard a signalé une hémorragie méningée au cours de la maladie. Ce fait ne doit pas être rare, car souvent M. Netter a constaté la présence du sang dans le liquide céphalo-rachidien.

L'épidémie continue à s'étendre. M. Netter, jusqu'à ce jour, a observé 78 cas. Il insiste, en terminant, sur les avantages du traitement par les injections précoces de térébenthine.

M. VAILLARD demande à M. Netter de compléter les renseignements qu'il a donnés sur le traitement par les abcès de fixation.

M. NETTER répond à M. Vaillard par une statistique comprenant, d'une part, les malades traités par abcès de fixation et, d'autre part, les malades traités par d'autres moyens. Il y a un réel avantage à l'égard des premiers.

L'acidose au cours des affections aiguës de l'abdomen. — M. Marcel LABBÉ. L'étude de l'acidose a pris une importance croissante dans la pathologie médicale et chirurgicale. Son intérêt clinique nécessite qu'on la recherche systématiquement. La diacéturie et l'acétonurie en sont les deux indices fondamentaux. Elle est rare au cours des infections générales, mais elle est fréquente au cours des inflammations aiguës des viscères abdominaux, particulièrement au cours de l'appendicite et de la cholécystite. Dans ces affections l'acidose est en rapport avec l'intensité de l'inflammation, elle disparaît avec le refroidissement du foyer, elle reparaît au cours des rechutes.

L'acidose des infections n'est pas due au jeûne imposé au malade, ni à l'intervention opératoire, ni au chloroforme ; elle est due au retentissement de l'infection sur le foie ; ce qui le prouve c'est la coexistence avec la diacéturie des indices d'altération hépatique : l'urobilinurie, l'ammoniurie, l'aminoacidurie. Cette pathogénie qui est identique à celle que M. Labbé a mise en évidence dans les acidoses graves en dehors du diabète fait comprendre pourquoi l'acidose est particulièrement fréquente au cours des inflammations des organes situés dans le domaine de la veine porte.

Le rôle de la Commission internationale d'hygiène des armées d'Orient pendant la campagne de Macédoine. — MM. ARMAND-DELILLE, LEMAIRE et PAISSEAU exposent les différentes questions que, en dehors de l'hygiène des camps et l'hygiène des eaux, la Commission eut à envisager, en particulier l'épidémiologie et la prophylaxie du paludisme, du choléra, de la peste, du typhus récurrent et du typhus exanthématique.

Ils montrent que, pour la plupart de ces maladies épidémiques, les mesures prises permirent d'éviter l'extension qu'on aurait pu redouter, étant donnés les ravages qu'elles ont fait dans d'autres armées du front oriental pendant la même campagne.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 27 MARS 1920)

Variations du pouvoir agglutinatif et du pouvoir opsonisant d'un sérum en état de crise colloïdale. — D'après MM. B.-G. DUHAMEL et R. THIEULIN, les colloïdes selon leur signe électrique se comportent différemment. Ceux de signe négatif (argent, or, carbone, soufre, albumine) augmentent le pouvoir agglutinatif ; ceux de signe positif (fer, cuivre) l'abaissent, cette action passant par un maximum dans les deux cas entre la 6e et la 8e heure après l'injection intraveineuse. L'or colloïdal électrique et l'argent colloïdal électrique se sont montrés les plus actifs de la série étudiée.

D'autre part des recherches faites par ces auteurs sur les variations du pouvoir opsonisant après injection intraveineuse d'argent colloïdal électrique, il résulte que le pouvoir phagocytaire des leucocytes n'est pas influencé pendant la crise colloïdale, les opsonines du sérum seules seraient atteintes.

Intervention des opsonines spécifiques dans l'accolement des microbes aux plaquettes sanguines. — M. LE FÈVRE DE ARRIC. L'étude de l'accolement des microbes aux plaquettes en présence d'immunsérum apporte un argument important pour l'identification des propriétés du sérum qui permettent à la fois la phagocytose et l'accolement aux plaquettes. Les opsonines spécifiques, thermostabiles, du sérum des animaux immunisés, très actives pour la phagocytose, interviennent dans l'accolement des microbes sensibilisés aux plaquettes sanguines aussi bien que le fait l'opsonine normale, thermostabile, dans le cas de l'immunité naturelle.

L'urée, le sucre, les chlorures et la cholestérine dans le sang et le liquide céphalo-rachidien au cours de l'encéphalite épidémique. — MM. LAPORTE et ROUZAUD ont constaté dans tous les cas de l'hyperglycorachie. Cette augmentation du sucre dans le liquide céphalo-rachidien accompagne toujours l'hyperglycémie dont elle paraît être la conséquence. L'azotémie varie de 0g50 à 1 g. en dehors de toute lésion rénale. L'urée du liquide céphalo-rachidien augmente parallèlement sans égaler le taux de l'urée sanguine. La cholestérinémie est abaissée tout au moins dans les formes léthargiques. Elle était augmentée dans deux cas d'encéphalite myoclonique. Les chlorures sont en quantité normale ou légèrement augmentée dans le liquide céphalo-rachidien. L'étude chimique du sang et du liquide céphalo-rachidien est susceptible de fournir des renseignements utiles au diagnostic et au pronostic de l'encéphalite épidémique.

Recherches sur le virus de l'encéphalite léthargique (2e *note*). — MM. C. LEVADITI et P. HARVIER montrent : 1° que le virus de l'encéphalite est inoculable au lapin par voie oculaire ; 2° que le virus peut être inoculé par voie cérébrale au cobaye après passage sur le lapin ; 3° que le sérum de malades, convalescents d'encéphalite léthargique myoclonique depuis un mois, n'a pas d'action neutralisante sur le virus.

M. LE PRÉSIDENT souhaite la bienvenue à M. VIOLLE, nommé membre titulaire à l'une des dernières séances.

MM. BRIDEL et MOUTON sont nommés membres titulaires.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Fds de Ce spécialités Pharmaceutiques « Papier Fayard et Elixir Borde », à Paris, r. St Merri, 30 avec Immeuble r. de la Félicité, 21, Ce 351 m. lib. loc. M. à P. : 150.000f Adj. s. 1 ench. ch. not, 27 avril. S'ad. not. Mes MEUNIÉ et COTTENET, 25, Bd Bnne-Nvlle.

Guide pratique pour l'examen médical des aviateurs, des candidats à l'aviation et des pilotes, par MM. MAUBLANC et RATIÉ, médecins du centre d'aviation de Chartres, avec fig. dans le texte, préface de M. André BROCA. Un vol. in-8. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

N° 35. — MARDI 13 & JEUDI 15 AVRIL 1920. 93e ANNÉE. MARDI 13 & JEUDI 15 AVRIL 1920. — N° 35.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 15 francs par an. Étudiants étrangers, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 6 fr. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — *Pathologie.* — Séance du 8 avril. — Question donnée : « Symptômes, diagnostic et complications de la rougeole. »

MM. Mabit, 6; L'Ecuyer de Villers, 18; Magdelaine, 17 1/2; Mlle Lacroix, 14; MM. Lemière et Lob, 16; Mme Macrez, 13; Mlle Mauclaire, 17 1/2; MM. Larivière, 14; Laymond, 15; Lévy (Amédée) et Magnol, 10; Laversin, 14; Macé, 12; Lévy (Gabriel), 15; Lévy (Marcel), 13; Lataix, 16; Marq, 13; Mlle Lachouski, 18.

Anatomie. — Séance du 8 avril. — Question donnée : « Veines superficielles du membre inférieur. »

MM. Charreau, 13 1/2; Duprez (Edmond), 8; Diamantberger, 14; Mlle Eliche, 6; MM. Darquier, 16; Diriks, 13; Chartier, 12; Compin, 14; Chabrun, 11; Christol, Casaubon et Carpentier, 12; Cherouvrier, 10; Coudert (Emile), 18; Mlle Decaux, 15; MM. Coudrain, 12 1/2; Debray (G.), 14; Durand (L.), 6; Chapard, 10.

Séance du 10 avril. — Question donnée : « Artère carotide externe. »

MM. Collin, 9; Coiffé, 7; Choquet, 12 1/2; Duncombe, 14; Emerit, 13 1/2; Dumas et Dana, 14; Castéran, 19; Crocy, 12; Cornet, 13 1/2; Damon, 11 1/2; Mlle Cros, 19; MM. Chemilleau, 11; Cognet et Doussain, 8; Mlle Denis et MM. Denoy, 17; Delthil, 18 1/2; Degrais et Célestin, 9.

— Les séances d'anatomie auront lieu à l'Hôtel-Dieu les mêmes jours et aux mêmes heures que précédemment.

— Nouveau tarif des frais de séjour a la Maison municipale de santé (Maison Dubois). — Dans sa dernière session, le Conseil municipal a fixé, ainsi qu'il suit, le tarif des frais de séjour :

Chambres à 2, 3 et 4 lits (suivant la situation) : médecine, 13 et 14 fr.; chirurgie, 14 et 16 fr.

Chambre particulière (suivant la situation de la chambre) : médecine, 19, 20 et 21 fr.; chirurgie, 21 et 23 fr.

Appartement occupé par une seule personne : médecine, 23 fr.; chirurgie, 25 fr.

Pour une deuxième personne accompagnant le malade en appartement : médecine, 11 fr.; chirurgie, 11 fr.

En ce qui concerne les services de chirurgie, les frais de salle d'opération sont désormais ainsi fixés : 50 fr. pour les chambres à 14 fr.; 75 fr. pour les chambres à 16 fr.; 100 fr. pour les chambres particulières et les appartements.

Les frais ci-dessus comprennent la rétribution pour les gardes spéciales, il y a suppression définitive des gardes-malades externes.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Concours de l'agrégation. — Le tirage au sort du jury des concours d'agrégation sera fait le 14 avril 1920, à 9 heures du matin, à la Faculté de médecine de Paris, en séance publique, devant une Commission composée du doyen de la Faculté de Paris, président, d'un doyen d'une faculté des départements et d'un agrégé désignés par le ministre. Ils seront assistés du secrétaire de la Faculté de médecine de Paris et d'un représentant du ministre.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Un congé, du 1er avril au 31 octobre 1920, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Dupré, professeur.

M. Laignel-Lavastine, agrégé, est chargé en outre, du 1er avril au 31 octobre 1920 (durée du congé accordé à M. Dupré), d'un cours de clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.

— Par décret en date du 31 mars 1920, M. Brindeau, agrégé libre, est nommé, à partir du 16 avril 1920, professeur de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Ribemont-Dessaignes, admis à la retraite.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — Le lundi 14 juin 1920, à 14 heures précises, il sera ouvert, à la Préfecture de la Seine, et dans les conditions prescrites par le décret du 13 mars 1920, inséré au *Journal officiel* du 25 mars 1920, un concours pour 3 places de médecin en chef dans les asiles publics d'aliénés de la Seine.

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, service des aliénés (1er bureau), annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 10 à 12 heures, et de 14 à 17 heures, du lundi 3 au samedi 22 mai 1920, inclusivement.

UN HOMMAGE RENDU A M. VAILLANT. — Le Conseil municipal de Paris, sur la proposition de M. Jean Varenne, vient d'adresser, à l'unanimité, son hommage ému à M. Vaillant, chef de laboratoire de radiographie de l'hôpital Lariboisière,

qui vient de subir l'amputation du bras gauche à la suite d'accidents graves de radiodermite.

LA NATALITÉ COMPARÉE EN FRANCE ET EN PRUSSE. — L'Alliance nationale pour l'accroissement de la population française publie la statistique suivante :

Du 1er juin 1914 au 30 juin 1918, *non compris les morts aux armées*, la population de la France non envahie (33 millions d'habitants) a diminué de 973.000 habitants, celle de la Prusse (42 millions d'habitants), pendant la même période, a perdu 313.000 habitants. C'est-à-dire que, avec une population inférieure de 9 millions à celle de la Prusse, la France a subi une diminution 3 fois plus forte. Depuis la guerre, la population allemande recommence à augmenter tandis que la population française, au contraire, continue à décroître malgré l'accroissement du chiffre des naissances que l'on constate en quelques points de notre territoire.

LE TRAIT D'UNION MÉDICAL, coopérative de l'Union des syndicats médicaux de France, a décidé, dans sa dernière assemblée générale, d'ouvrir ses portes à tous les membres de professions médicales et juxtamédicales, syndiqués ou non.

Pour cette action, le « Trait-d'Union médical » fait appel à toutes les énergies et à toutes les bonnes volontés de la grande famille médicale et juxtamédicale.

S'adresser pour tous renseignements, au Siège social du « Trait-d'Union médical », 28, rue Serpente.

CONGRÈS DE PHYSIOLOGIE. — Un Congrès de physiologie se tiendra à Paris, du 16 au 20 juillet, sous la présidence de M. le prof. Charles Richet. On est prié d'envoyer les adhésions et cotisations (35 fr.) au trésorier, M. Lucien Bull, Institut Marey, avenue Victor-Hugo, à Boulogne-sur-Seine.

Adresser la correspondance à M. Gley, 14, rue Monsieur-le-Prince, Paris (VIe).

HOPITAL DE LA PITIÉ. — DIX LEÇONS DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE. — M. Monthus, mardi, jeudi, samedi, à 10 h., à partir du 20 avril.

HOTEL-DIEU. — CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE. — *Cours de perfectionnement à partir du 11 mai.* — M. le professeur de Lapersonne, MM. Terrien, Hautant, Guilleminot, Velter, Prelat et Monbrun. — S'inscrire au secrétariat de la Faculté. — Prix : 100 fr.

HOPITAL BROCA. — CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE. — *Cours complémentaire, 12 séances, du 26 avril au 8 mai.* — M. Champy. — S'inscrire au secrétariat de la Faculté. — Prix : 100 fr.

FACULTÉ DE MÉDECINE. — TRAVAUX PRATIQUES DE MÉDECINE OPÉRATOIRE SPÉCIALE. — *Chirurgie du tube digestif et de ses annexes.* — M. J. Leveuf, prosecteur, à partir du 12 avril. — S'inscrire au secrétariat de la Faculté. — Prix : 50 fr.

STATISTIQUE MUNICIPALE DE LA VILLE DE PARIS. — On a enregistré, du 21 au 29 février, 1.381 décès au lieu de 1.487 pendant la décade précédente et au lieu de 1.587, moyenne de la saison.

12 cas de varicelle ont été signalés.

La rougeole a causé 8 décès (moyenne 17), cas nouveaux signalés 252 (moyenne 238).

La coqueluche a causé 17 décès (moyenne 8).

La diphtérie a causé 8 décès (moyenne 4). Cas nouveaux signalés 94 (moyenne 48).

La diarrhée infantile a causé 28 décès (moyenne 15).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 270 décès au lieu de 317 pendant la décade précédente et au lieu de 369, moyenne de la saison.

37 décès ont été attribués à la grippe.

Il y a eu 1 décès par méningite cérébro-spinale épidémique, 1 cas nouveau a été signalé.

SOMMAIRE DES ANALYSES

(Les articles en *caractères italiques* sont ceux qui sont analysés, les autres ne sont qu'annoncés.)

NUMÉROS D'ANALYSES DÉJA PARUS



HÉMOGLOBINE
DESCHIENS
ANÉMIE
CONSOMPTION
FER VITALISÉ
OXYDASES DU SANG
NEURASTHÉNIE
CONVALESCENCES

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

PÉDIATRIE

Sous la direction de M. L. BABONNEIX

MÉDECIN DES HÔPITAUX DE PARIS

APPAREIL DIGESTIF

Traitement de certains troubles digestifs et nerveux du nourrisson par les injections sous-cutanées de lait. [Méthode du profr E. Weill.] (A. Dufour, *L'Hôpital*, nov. 1919, n° 10.) — Le profr E. Weill a invoqué le principe de l'anaphylaxie pour expliquer tout un groupe de troubles gastro-intestinaux des nourrissons. Dans ces cas, un lait de composition normale, absorbé à doses physiologiques, par un sujet de santé bonne ne présentant ni lésions gastro-intestinales, ni lésions des annexes du tube digestif, ni fièvre, ni infection quelconque aiguë ou chronique, provoque des réactions digestives et nerveuses qui constituent une véritable maladie plus ou moins systématisée, *par hypersensibilisation*. Les nourrissons s'hypersensibilisent au lait maternel ou au lait d'une nourrice aussi facilement qu'au lait de vache, soit à l'un ou à l'autre lait, soit aux deux laits en cas d'allaitement mixte. Les signes les plus nets de l'hypersensibilisation d'un nourrisson au lait sont constitués par les vomissements habituels. Ceux-ci s'accompagnent d'un état de surexcitation nerveuse (agitation, cris continuels, insomnie), parfois de constipation. Ces vomissements se produisent pendant la tétée, immédiatement après ou dans l'heure qui suit, accompagnant toutes les prises de lait ou seulement certaines d'entre elles. Les cris s'apaisent dès que le vomissement est effectué comme si le lait agissait sur la muqueuse gastrique, comme un poison corrodant. Si l'on remplace le lait par du thé ou un liquide quelconque, même par un lait étranger, le vomissement ne se produit pas. On peut observer une sédation momentanée par l'usage de laits modifiés industriellement.

Le profr E. Weill a eu l'idée de pratiquer une désensibilisation de l'organisme des nourrissons intolérants, en usant de la vaccination sous-cutanée : 1° S'il s'agit d'une intolérance au lait humain, on pratique très aseptiquement la traite du sein de la mère ou de la nourrice, et l'on injecte le lait bouilli. 2° Si le nourrisson est au lait de vache, on injecte quelques grammes de n'importe quel lait de vache bouilli un quart d'heure. L'injection est faite ordinairement au niveau du flanc et détermine de l'œdème et de la rougeur (dimensions d'une pièce de 2 francs à celle de la paume de la main) avec une poussée de fièvre autour de 39°, mais temporaire comme la réaction. Au bout de 2 ou 3 jours, il ne persiste qu'une teinte ecchymotique. Ce sont les réactions les plus vives qui donnent les résultats les plus durables. Dans le cas d'intolérance pour le lait de femme, on injecte 5 ou 10 cmc. de lait bouilli ; on répète aux mêmes doses, au bout de 2 ou 3 jours, si cela est nécessaire. Dans le cas d'intolérance au lait de vache, on injecte 1 cmc. le premier jour et l'on répète de 2 en 2 jours les injections, dont on peut augmenter la dose jusqu'à 5 cmc. Dans le cas d'intolérance mixte, on emploiera aux mêmes doses que précédemment les injections de lait de femme et de lait animal, simultanément ou les unes après les autres. Les résultats sont souvent concluants dès la première injection. Lorsqu'on voit des nourrissons se sensibiliser à nouveau au lait (dans quelques cas au bout de 2 ou 3 mois), on doit avoir recours à la même méthode en se méfiant d'un choc anaphylactique possible. On procédera alors suivant la méthode des petites doses progressivement croissantes de Besredka.

« Les nombreux enfants qui ont été guéris radicalement de leur intolérance au lait — intolérance qui, pour certains, existait depuis la naissance — sont le vivant et éclatant témoignage de l'excellence » de la méthode préconisée par le profr E. Weill. G. BLECHMANN.

Insuffisance pancréatique chez l'enfant. (C. S. de los Terreros. *El Siglo medico*, 3 mai 1919.) — L'insuffisance pancréatique, chez l'enfant, se manifeste par les symptômes connus, dus à un trouble de la sécrétion externe et par d'autres phénomènes, dus à un trouble de la sécrétion interne : anémie, leucopénie, lymphocytose légère, hypotension, amaigrissement, arrêt de développement (infantilisme pancréatique de Bramwell), qui se voient surtout dans les formes graves, durables, les premiers caractérisant les formes légères, transitoires. L. BABONNEIX.

Cf. — Ictère catarrhal associé à la grippe chez l'enfant. (Bronson. *The British Journal of Children's Diseases*, avril-juin 1919.)

APPAREIL CIRCULATOIRE

Le bruit de galop chez l'enfant. (L. Morquio. *Anales de la Facultad de Medicina* (Montevideo), t. IV, f. 3-4, mars-avril 1919.) — Les classiques n'attribuent pas grande importance au bruit de galop que l'on peut observer chez l'enfant. Ce bruit de galop prête, cependant, à d'intéressantes considérations. Presque toujours, il est en rapport avec un trouble du myocarde, que ce trouble soit d'origine fonctionnelle ou organique. L'auteur en rapporte trois cas parfaitement étudiés : l'un chez une fillette atteinte de diphtérie grave, avec polynévrite et néphrite aiguë, et où, faute d'attention, les troubles auraient pu être rattachés à une lésion cardiaque ; l'autre, chez un petit garçon atteint de dothiénentérie grave, avec myocardite ; le dernier, chez un enfant en pleine crise de rhumatisme, compliquée d'endopéricardite aiguë. A noter, pour ce cas, que d'après M. L. Morquio, les complications cardiaques du rhumatisme peuvent être, à coup sûr, évitées par l'emploi préventif du salicylate, donné aux doses convenables. On peut aussi voir survenir le bruit de galop au cours des néphrites chroniques œdémateuses de l'enfance, mais, contrairement à ce qu'on constate chez l'adulte, il n'est presque jamais en rapport, à cet âge, avec l'artériosclérose, l'hypertension ni l'azotémie. L. BABONNEIX.

Un cas d'anémie aplastique. (P. Parkinson. *The British Journal of Children's Diseases*, janv.-mars 1919, p. 181-183, p. 1-4.) — Les principales particularités de ce cas sont : 1° l'apparition de phénomènes extrêmement graves, 5 minutes après l'injection de sang provenant d'une femme de 25 ans, bien portante en apparence, et préalablement examinée sous le rapport d'une hémolyse possible : le jour suivant, cette femme fut atteinte d'influenza ; 2° la guérison complète, après une période particulièrement critique où l'enfant resta sans connaissance une quinzaine de jours. L. BABONNEIX.

INFECTIONS

Syphilis héréditaire et méiopragies. (V. Hutinel. *Arch. de méd. des enf.*, juillet 1919, n° 7.) — Parmi les infections chroniques capables d'imprimer leur marque sur les organes des enfants, la syphilis héréditaire prime toutes les autres. Dans les derniers temps de la vie intra-utérine et dans les semaines qui suivent la naissance, elle est singulièrement diffuse et pénétrante, laissant les organes qu'elle atteint en état de méiopragie, c'est-à-dire en état de suscep-

tibilité morbide. Anatomiquement, cette méiopragie est constituée, « non seulement par une circulation défectueuse et par des lésions interstitielles ou parenchymateuses, mais encore par une diminution de vitalité et de résistance des tissus, qui les prédispose à retenir les germes morbides, à réagir sous l'influence d'infections banales ou spécifiques et aussi à présenter des reviviscences de l'infection originelle incomplètement éteinte. » Sur le système nerveux, la syphilis héréditaire donnera non seulement des méningites, des encéphalopathies et des scléroses plus ou moins profondes (Little, hémiplégies, microcéphalie, scléroses systématisées, etc.), mais des retards plus ou moins marqués dans le développement psychique, des bizarreries, des stigmates de dégénérescence, par véritable débilité fonctionnelle. Elle a sa responsabilité dans l'apparition d'une foule de *troubles mentaux* dont la dénomination ne doit pas les dégager complètement des lésions des centres nerveux. Sept fois sur 10, l'hérédo-syphilis se trouve à l'origine des *convulsions infantiles*. La *chorée* est particulièrement fréquente chez les enfants hérédo-spécifiques. Combien de lésions de la choroïde, de la rétine, de l'iris, du cristallin ou de la cornée sont imputables au tréponème !

Dans les poumons hérédo-syphilitiques, domine la sclérose, pouvant s'accompagner de *dilatation des bronches*, à côté desquelles on rencontre parfois de véritables *cavernes tuberculeuses*, comme si le tréponème avait modifié l'évolution tuberculeuse et l'avait orientée vers la sclérose.

M. Hutinel a décrit autrefois la cirrhose cardio-tuberculeuse, groupement de périviscérites. « Dans plus de moitié des cas, les sujets que j'ai observés depuis 10 ans, étaient à la fois tuberculeux et syphilitiques. »

On rencontre souvent, chez les enfants, des *néphrites* aiguës, subaiguës ou chroniques, dont il est difficile de préciser les origines : la syphilis héréditaire ne peut être considérée comme leur cause unique, mais elle rend le rein plus vulnérable et facilite son atteinte.

Les *glandes endocrines*, thyroïde, surrénales, hypophyse, sont fréquemment lésées chez les hérédo-syphilitiques. Fournier avait vu la syphilis héréditaire faire, de certains enfants, tantôt des nains et tantôt des géants, des obèses ou des sujets émaciés. Il faut admettre en outre des dystrophies héréditaires qui survivent à l'infection syphilitique et plus persistantes qu'elle, se retrouvent parfois jusqu'à la 3e génération, chez les descendants des parents contaminés.

Il n'est pas rare non plus que le développement des *ovaires* ou des *testicules* et l'activité génitale soient compromis ou arrêtés par des insuffisances thyroïdiennes et hypophysaires, en dehors de lésions directes.

A toutes ces périodes de l'enfance, quand le *rachitisme*, et d'une manière plus générale, quand les dystrophies osseuses se montrent sous une forme anormale ou sévère, il est sage de rechercher la syphilis. On pourrait dire la même chose à propos des *anémies*.

Le prof. Hutinel conclut ainsi : « On m'accusera peut-être d'élargir démesurément le domaine déjà si vaste de la syphilis. J'accepte volontiers ce reproche. » En présence d'une maladie ou d'un trouble de la nutrition dont on ignore la cause, si l'on découvre que l'infection qui les a fait naître est la syphilis, « on a tout de suite l'impression d'être sur un terrain plus solide et plus favorable. » G. BLECHMANN.

La vaccinothérapie antityphique chez l'enfant. (MORALES VILLAZON. *Revista de Bacteriologia e Higiene*, La Paz, mars 1919.) — Devant l'échec des procédés classiques en matière de thérapeutique concernant la fièvre typhoïde infantile, l'auteur a eu l'idée de recourir à la bactériothérapie, dont il loue grandement les résultats. Elle diminue le nombre des complications, réduit la durée de la période fébrile, et hâte l'apparition de la convalescence. On peut l'associer à la méthode de Brand. Les réactions qu'elle détermine n'ont jamais rien d'effrayant, ni de subit. Elle doit être instituée le plus tôt possible. Elle est surtout indiquée dans le cas de fièvre typhoïde survenant dans certaines races indigènes, chez lesquelles toute autre thérapeutique est impossible. A noter que l'on ne peut trouver aucune différence essentielle, dans les résultats produits, entre les diverses variétés de vaccin. Les doses de 100 à 150 millions de bactéries par centimètre cube sont seules recommandables. On y recourra dès que le diagnostic clinique sera assuré, et sans attendre les résultats de l'hémoculture. L. BABONNEIX.

Traitement de la tuberculose pulmonaire de l'enfant par le pneumothorax artificiel. (STOLKIND. *The British Journal of Children's Diseases*, 1919, p. 18-31.) — Long et intéressant article où sont exposées tour à tour les indications et contre-indications, la technique, les complications de la méthode. Les conclusions sont les suivantes. « Les résultats, dans les cas bien choisis, sont absolument favorables. Dans la plupart de mes cas, j'ai noté, au bout de quelques semaines ou de quelques mois, une amélioration de l'état général, ou une guérison clinique. D'habitude, la température tombe, la toux et l'expectoration, aussi bien que la présence de bacilles dans les crachats, diminuent ou disparaissent. Le pneumothorax artificiel a une bonne influence, également, sur le système nerveux. Dans la majorité des cas, le poids augmente. J'estime donc que le pneumothorax artificiel, chez l'enfant, devrait être appliqué comme chez l'adulte, dans tous cas de tuberculose pulmonaire avancée, mais non en dernier ressort, quand il est trop tard. » L. BABONNEIX.

Accidents postsérothérapiques. (N. ORIHUELA. *Revista de bacteriologia e higiene*, fév. 1919.) — L'auteur a observé, chez une fillette à laquelle on avait fait, quelques jours auparavant, une injection de sérum antidiphtérique, les symptômes suivants : agitation, douleurs généralisées, œdème de la face, éruption généralisée à type polymorphe. Sous l'influence d'un traitement simple, tout ne tarda pas à rentrer dans l'ordre. Ces accidents exceptionnels, et d'habitude bénins, ne doivent, en aucun cas, faire renoncer à l'emploi du sérum. L. BABONNEIX.

Les réactions prituberculeuses du poumon de l'enfant. (L. RIBADEAU-DUMAS. *Journ. de méd. et chir. prat.*, 25 déc. 1919.) — En général, la lésion initiale de la tuberculose du chancre d'inoculation ne se traduit, au début tout au moins, par aucun signe clinique. On rencontre cependant des cas qui évoluent à grand fracas simulant une splénopneumonie ou une pleurésie avec exsudat, d'autres fois il s'agit de la coexistence d'une infection secondaire. Les observations rapportées par l'auteur sont particulièrement intéressantes de ce point de vue.

Les unes montrent qu'un tubercule d'inoculation même exigu peut donner naissance à une réaction prituberculeuse étendue à tout ou partie du poumon inoculé. Tel est le cas d'un enfant de treize mois qui à la suite d'une splénopneumonie avec opacité totale de tout le poumon droit à la radioscopie (sauf au niveau du sinus costo-diaphragmatique) présenta des signes d'adénopathie trachéo-bronchique et finit par guérir. Six ans après, on ne constatait plus rien à l'examen stéthoscopique, mais l'écran décelait dans le cinquième espace intercostal, région axillaire, une tache triangulaire intrapulmonaire (tuberculose calcifiée) qui était le reliquat de la minime lésion d'inoculation autour de laquelle s'était faite une congestion prituberculeuse si intense qu'on aurait pu penser au début à une pleurésie du côté droit. Ces altérations congestives doivent être distinguées des hépatisations tuberculeuses, le pronostic est en effet tout autre que celui de la pneumonie caséeuse. Dans ce type de tuberculoses à début bruyant rentrent vraisemblablement les tuberculoses aiguës curables d'Aviragnet et Tixier et dont l'évolution bénigne tient à la nature des lésions anatomiques qui rétrocèdent et ne se caséifient pas.

D'autres fois, les réactions sont moins marquées, caractérisés par quelques signes légers d'auscultation et quelques troubles généraux assez vagues. Dans les cas typiques, on voit à l'écran non pas le tubercule initial mais la réaction pérituberculeuse sous forme d'une ombre triangulaire à base axillaire ou thoracique et à sommet hilaire, sommet qui se juxtapose parfois au sommet d'une autre ombre triangulaire, orientée de façon inverse (masse ganglionnaire), l'image dans l'ensemble ayant une forme de sablier. On peut se demander si ces réactions tuberculeuses ne sont pas les effets d'une infection à pneumocoques par exemple, greffée au voisinage de l'altération bacillaire. Il n'est pas rare de rencontrer des enfants chez lesquels la tuberculose est la première en date (troubles généraux, anémie, entérite, amaigrissement) et qui, hospitalisés, c'est-à-dire exposés à des contagions multiples, dont la pneumococcie, font une pneumonie ou une pleurésie purulente autour des lésions initiales de la tuberculose ou du même côté. Ceci est d'autant plus important à connaître que, sous l'influence de la pneumococcie par exemple, la tuberculose ignorée jusque-là est subitement aggravée et prend une marche rapidement mortelle.

Ces déterminations marquent la tuberculose latente, surtout chez le nourrisson; mais on possède, chez lui, un précieux moyen de la dépister. On sait en effet qu'à cet âge la cuti-réaction positive a une grande valeur et qu'elle permet d'affirmer la tuberculose pulmonaire; grâce à elle, on pourra donc obtenir d'importantes données pronostiques.

P. PRUVOST.

Cf. — Mon expérience dans le traitement de l'ostéomyélite. (ARQUELLADA. *La Pediatria española*, 20 nov. 1919.)

NEUROLOGIE

Un cas de maladie d'Oppenheim. (S. CAVENGT. *La Pediatria española*, 20 juin 1919, n° 81, p. 239-254, 2 fig.) — Il s'agit d'un enfant de 3 mois, sans grand antécédent, et chez lequel, dès le 7e mois, on remarqua des troubles moteurs : faiblesse pour saisir les objets, difficulté à garder la tête droite. Actuellement, on constate une parésie et une flaccidité accusées des membres inférieurs, gêne pour se mouvoir dans le décubitus dorsal, cyphose prononcée, quand on l'asseoit, perte de l'équilibre, avec impossibilité de se relever, atonie des muscles du cou. Tous les mouvements sont lents, pénibles, il ne peut, à moins d'aide, prendre la position verticale. La physionomie est inexpressive, la vue, apparemment normale. Autant qu'on puisse dire, il n'y a aucun trouble de la sensibilité, des réactions électriques, mais les réflexes rotuliens sont abolis, les réflexes cutanés, affaiblis, l'intelligence retardée. Enfin, la réaction de Bordet-Wassermann est négative. A propos de ce cas, l'auteur passe en revue les principaux caractères de la maladie d'Oppenheim. L. BABONNEIX.

Paralysie diphtérique généralisée. (S. CAVENGT. *La Pediatria española*, 20 juin 1919, n° 81, p. 259-266.) — L'auteur a eu l'occasion d'observer un cas de paralysie diphtérique généralisée, consécutive à une angine, s'étant développée tardivement et à propos de laquelle il discute la pathogénie de cette complication. Il admet que les paralysies précoces ne doivent pas être considérées comme une complication nerveuse proprement dite, mais comme partie symptomatique de la maladie, produite par l'action intense de l'exotoxine, tandis que les paralysies tardives seraient dues à l'endotoxine, d'absorption plus lente. Ainsi s'expliquent les effets différents du sérum : favorables dans celles-là, et nuls, dans celles-ci, qui relèvent surtout des médications non spécifiques : strychnine, électricité. A noter, dans la discussion qui a suivi, la remarque de M. V. Pajares que, dans tous les cas de paralysie diphtérique qu'il a vus, il y avait coïncidence de néphrite. L. BABONNEIX.

Un nouveau cas de lipodystrophie progressive. (F. PARKES, WEBER et T.-H. GUNEWARDENE. *The British Journal of Children's Diseases*, vol. XVI, avril-juin 1919, p. 89-91, 4 photographies.) — Il s'agit d'une fillette de 12 ans et demi, chez laquelle, depuis la 7e année, la graisse sous-cutanée a disparu à la face, au cou, au tronc, aux extrémités supérieures, au tronc jusqu'au pelvis. Actuellement, l'apparence émaciée de ces régions contracte avec l'aspect presque œdémateux des fesses et des extrémités inférieures. Rien d'autre à signaler, ni sucre ni albumine dans les urines, aucun signe d'affection thoracique ou abdominale. Au moment où a commencé la maladie, la fillette avait eu simultanément rougeole, coqueluche et broncho-pneumonie. Il s'agit dans ce cas, dont l'observation est rapportée d'une manière vraiment succincte, de lipodystrophie progressive, comme le prouvent le sexe de la patiente, la disposition de l'atrophie et l'époque du début des accidents. L. BABONNEIX.

Epilepsie et traitement spécifique. (L. BABONNEIX. *La Médecine*, n° 5, fév. 1920, p. 286.) — Il ne faut pas oublier que certaines épilepsies dites essentielles sont justiciables du traitement spécifique, parce qu'en rapport avec l'hérédo-syphilis.

Toutes les fois que la syphilis héréditaire est nettement en cause ou que le mal comitial, sans étiologie évidente, paraît dépendre d'une hérédosyphilis méconnue, le traitement ioduré et arsenicomercuriel s'impose. On se trouvera bien généralement de l'association de ces divers médicaments.

Pour avoir chance de réussite, ce traitement devra toujours être aussi précoce, aussi intensif que possible et sera continué aussi longtemps qu'il faudra.

Le mercure sera administré en injections intraveineuses de cyanure (2 ou 3 séries par an). Dans l'intervalle on donnera de l'iodure ou même du sirop iodotannique. Le novarsenobenzol administré avec prudence s'injectera par voie veineuse.

Le résultat du traitement ainsi compris varie. Tantôt — mais rarement — les crises disparaissent aussitôt. Tantôt, après une aggravation momentanée, une amélioration durable survient. Tantôt enfin, même dans un cas bien choisi et traité de bonne heure, le traitement échoue. FERNAND LÉVY.

Cf. — Maladie de Raynaud. (G. ALVAREZ. *La Pediatria española*, 20 sept. 1919.)

Ma manière de penser au sujet du traitement chirurgical de la maladie de Little. (A. M. ARQUELLADA. *La Pediatria española*, 20 sept. 1919.)

Hémichorée d'origine syphilitique. (G. ALVAREZ. *La Pediatria española*, 20 juillet 1919.)

Sarcome alvéolaire avec métastase dans le crâne. (E. CAUTLEY. *The British Journal of Children's Diseases*, juil.-sept. 1919, p. 144.)

Un cas de méningite méningococcique. (CAVENGT. *La Pediatria española*, 20 mai 1919.)

La psychoanalyse à l'école. (DELGADO. *El Siglo Medico*, 8 et 15 nov. 1919.)

Un cas d'imbécillité. (HERRERO. *El Siglo Medico*, n° 3421, 5 juillet 1919, p. 538-540.)

Idiotie congénitale. (G. LESTACHE. *La Pediatria española*, 20 juillet 1919.)

Conséquences postopératoires du traitement du spina bifida. (G. LESTACHE. *La Pediatria española*, 20 oct. 1919.)

Un cas de gigantisme acromégalique. (CONCE y POYALES. *La Pediatria española*, 20 juillet 1919.)

Méningite aiguë streptococcique d'origine traumatique. (E. SISTO et S. CAVENGT. *La Pediatria española*, 20 juil. 1919.)

Investigations hématologoques chez les épileptiques. (A. DE TOLEDO. *El Siglo Medico*, 2, 16, 23 et 30 août 1919.)

Conception actuelle des encéphalopathies infantiles. (V. HUTINEL et L. BABONNEIX. *Journ. de méd. et chir. prat.*, 10 oct. 1919.) — Il convient d'englober sous le nom d'en-



céphalopathies infantiles (Brissaud) tous les désordres nerveux déterminés par une lésion capable de troubler le développement du cerveau ; ceci suppose une lésion : 1° suffisamment étendue ; 2° offrant un certain degré de gravité ; 3° et surtout apparaissant de bonne heure, soit avant la naissance, soit dans les premières années de la vie.

Ces encéphalopathies qu'on attribuait autrefois à des causes multiples et incertaines, d'après l'ordre chronologique de leur apparition, relèvent dans la majorité des cas de l'hérédo-syphilis, point sur lequel insistent les auteurs qui apportent à cette conception des arguments d'ordre étiologique (parents tabétiques ou paralytiques généraux, etc.), anatomique (altérations vasculaires et interstitielles des méninges molles et du cerveau), clinique (dents irrégulières, mal plantées, dents d'Hutchinson, coryza précoce, éruptions cutanéo-muqueuses, etc.), biologique (réaction de B.-W. positive) et thérapeutique.

Pour aboutir a pareilles manifestations, tantôt le spirochète agit directement sur le cerveau, y déterminant des scléroses, des processus gommeux, des artérites ; tantôt il agit indirectement, par l'intermédiaire des glandes endocrines ; car on sait que la syphilis héréditaire tient la première place dans l'étiologie des altérations de ces glandes (Hutinel).

Après avoir fait une étude clinique de ces encéphalopathies, MM. Hutinel et Babonneix en arrivent à des déductions thérapeutiques du plus haut intérêt pratique :

1° Instituer systématiquement le traitement spécifique alors même qu'il n'existerait aucun stigmate d'hérédo-syphilis. Pour qu'il réussisse, il faut et il suffit : *a*. Qu'il soit entrepris au plus tôt ; *b*. Qu'il soit continué avec les interruptions nécessaires tout le temps convenable ; *c*. Que d'emblée, il utilise les seules médications actives (mercure, hectine, novarsenobenzol, sirop iodotannique).

2° Recourir non moins systématiquement à l'opothérapie en alternant les divers extraits glandulaires, en choisissant après une administration suffisamment longue celui qui paraît le plus actif, les préparations thyroïdiennes étant indiquées dans presque tous les cas.

3° Instituer le traitement préventif, chez les parents avant la conception, chez la mère après la conception, chez l'enfant dès la naissance (traitement spécifique vigoureux et opothérapie).

P. PRUVOST.

Un cas de chorée compliquée de gangrène des doigts. (HAZEL CHODAK. *The British Journal of Children's Diseases*, n° 187-189, juil.-sept. 1919, p. 148-151.) — Une fillette de 12 ans, atteinte de chorée depuis une semaine, sans rhumatisme antérieur, mais avec endocardite mitrale probable, fut prise, au bout de 10 jours, d'asphyxie blanche de la main droite et de cyanose des ongles. Une semaine après, gangrène du bout des doigts et de la totalité du pouce, extension de la zone anémique à l'avant-bras, disparition du pouls à la radiale, douleurs assez vives pour nécessiter l'emploi de la morphine, accentuation du souffle systolique, avec claquement du second bruit, dilatation légère du cœur, disparition progressive du pouls huméral, l'artère correspondante pouvant être sentie comme une corde épaisse tout le long du bras. Au petit doigt, tout finit par s'arranger. Sur les autres apparurent des sillons d'élimination. Au pouce, la cicatrice engloba les muscles sous-jacents. L'auteur discute la question de savoir s'il s'est agi, dans son cas, d'embolie, d'artérite aboutissant à la thrombose, ou de spasme artériel plus ou moins semblable à la maladie de Raynaud. Il semble bien, de par l'histoire clinique, que la première des trois hypothèses soit la plus vraisemblable. Il rapporte aussi les rares cas de gangrène survenue, chez l'enfant, à la suite du rhumatisme, car il n'a pu en trouver qui aient paru sous la dépendance de la chorée. Notons pourtant que la gangrène disséminée de la peau, si voisine comme pathogénie, a été signalée, dans cette affection, par Thomson.

L. BABONNEIX.

Un cas de spasme musculaire chez un enfant. (R. JEWERSBURY. *The British Journal of Children's Diseases*, nos 178-180, vol. XV ; oct.-déc. 1918, pages 269-272. — Une enfant de 9 ans, sans antécédents, est prise, vers la 7e année, d'une faiblesse progressive, avec atrophie des membres inférieurs. Peu à peu, s'installent des attitudes vicieuses, dont un double équinisme, qu'une ténotomie ne corrige que temporairement. Puis amélioration, également momentanée, et suivie d'une rechute, accompagnée elle-même de raideur des jambes. La marche devint particulièrement difficile. Plus tard, apparition des mêmes troubles aux membres supérieurs, à la nuque, aux muscles des gouttières vertébrales. Par contre, aucun trouble des réflexes, des nerfs craniens, de la sensibilité, de l'intelligence. La réaction de Wassermann était négative. Le massage ne donna aucune amélioration.

A ce sujet, Parkes Weber fait observer qu'il s'agit d'un cas — le premier publié en Angleterre — de « dystonia musculorum deformans » (Oppenheim), affection dite encore torsion spasmodique progressive de l'enfance, torsion-névrose d'origine toxique, tortipelvis, tic généralisé avec échanges toxiques. Décrite, pour la première fois par Ziehen, en 1910, cette étrange affection a été étudiée par Oppenheim, comme une maladie, d'apparence spasmodique, de l'enfance et de la jeunesse, et considérée par lui comme une affection organique, étroitement unie à l'athétose. Elle a été attribuée, récemment, avec une demi-douzaine d'autres, à une lésion du noyau lenticulaire. Son évolution est progressive, avec des rémissions ou même des améliorations. Spéciale à l'enfance, elle ne se voit jamais après la 17e année. Elle se caractérise par un mélange d'hyper et d'hypotonie. La face et les muscles de l'articulation ne sont atteints qu'aux dernières périodes. Le premier symptôme est une perte du mouvement dans une ou dans les deux extrémités ; généralement, ce sont les extrémités inférieures qui sont prises les premières. Les mouvements des parties affectées sont spasmodiques, mais non vraiment athétosiques. Les troubles psychiques sont très inconstants. La maladie a, jusqu'ici, été décrite seulement en Russie, en Pologne, en Galicie, et frappe exclusivement des familles israélites.

L. BABONNEIX.

Syndrome céphaloplégique chez les enfants. (Fernandès FIGUEIRA. *Arch. de méd. des enfants*, mars 1919, n° 3.) — Il existe à Rio de Janeiro un syndrome céphaloplégique qui attaque les nourrissons et d'autres enfants et est caractérisé par le « ramollissement des muscles du cou », lequel se manifeste toujours après le sommeil, est souvent la conséquence de 3 ou 4 jours de phénomènes pseudogrippaux, et disparait dans un mouvement de 10 jours. » Il s'agirait d'une forme abortive de poliomyélite extérieure, malgré l'absence de paralysies associées et de notion d'épidémie.

G. BLECHMANN.

MALADIES DES NOURRISSONS

Les vomissements chez le nourrisson. [De la régurgitation habituelle chez le nourrisson et de deux phénomènes qui lui sont souvent associés : le hoquet fréquent et l'excès de bave.] (A. B. MARFAN. *Le Nourrisson*, n° 1, janv. 1919.) — La régurgitation est le rejet sans effort, sans malaise apparent, d'une certaine quantité de lait presque immédiatement après la tétée, phénomène distinct du véritable vomissement. La suralimentation répétée par des repas copieux ou trop fréquents est la cause ordinaire des régurgitations habituelles, qui s'observent plus fréquemment chez l'enfant au sein que chez l'enfant nourri de lait de vache. La raison en est, explique le prof. Marfan, que le premier est capable de tolérer la suralimentation beaucoup plus longtemps que le second sans présenter de véritables troubles digestifs. Au contraire, dans l'allaitement artificiel, la suralimentation ne tarde pas à déterminer des accidents ; au bout de peu de temps, les régurgitations disparaissent et font place à des

vomissements vrais ou à de la diarrhée, troubles transitoires ou à rechutes ou chroniques.

M. Marfan signale ici deux phénomènes qui, chez le nourrisson, sont ordinairement associés aux régurgitations habituelles et ont la même signification : le *hoquet fréquent*, *l'excès de bave*.

Ce hoquet est l'indice d'une surcharge relative de l'estomac (Thévenet et Trèves). Si l'enfant est au sein, il est une présomption en faveur de la nourrice. Toutefois, cette signification favorable n'est que relative : le hoquet répété indique que les tétées sont trop abondantes ou trop rapprochées. En fait, quand l'enfant cesse d'avoir des régurgitations habituelles pour avoir soit des vomissements habituels, soit de la diarrhée, le hoquet cesse.

A partir du 4e ou 5e mois, la sécrétion salivaire s'établit et comme l'enfant est inhabile à la déglutir, elle s'écoule hors de la bouche sur la lèvre inférieure et le menton : c'est la bave. Quand elle est en quantité modérée, il est probable que le phénomène tient à ce que l'enfant ne sait pas encore déglutir la salive. Elle peut séjourner dans la bouche ou même à l'orifice du larynx, où l'air, en entrant et en sortant, détermine un bruit hydro-aérique souvent mal interprété, pouvant faire croire au médecin que l'enfant a du stridor ou du ronflement.

Mais il y a des cas où il ne paraît pas douteux que la sécrétion salivaire est exagérée. Alors elle accompagne ordinairement les régurgitations habituelles et le hoquet fréquent dont elle partage la signification. « Il indique que le sujet est suralimenté, traduit un certain surmenage de l'estomac et doit faire craindre l'apparition de véritables troubles digestifs. »

G. BLECHMANN.

La maladie des vomissements habituels. (A. B. MARFAN. *Le Nourrisson*, n° 2, mars 1919.) — On a accusé la succion du pouce ou des doigts, ou celle des tétines pleines ou « sucettes », à laquelle certains enfants semblent prendre plaisir, de favoriser l'aérophagie et de pouvoir à elle seule être une cause de vomissements habituels. M. Marfan n'a rien observé qui justifie cette manière de voir et il ne croit pas que cette habitude de sucer le pouce ou une tétine pleine soit aussi nuisible qu'on le dit, si le pouce est propre, si la sucette est aseptique et faite de matériaux non toxiques. « Même, en nous fondant sur les théories de Pavlow, nous nous sommes demandé si ce phénomène n'est pas utile comme stimulateur des sécrétions digestives. » Mais on peut voir des enfants voraces, bien alimentés, qui se sucent le pouce avec rage.

G. BLECHMANN.

La diète hydrique. La réalimentation après la diète hydrique. (A. B. MARFAN. *Le Nourrisson*, n° 5, sept. 1919.) — Les indications de la diète hydrique ne sont pas limitées aux diarrhées toxiques ou hypertoxiques : elle peut être appliquée au traitement de toutes les diarrhées des enfants privés du sein.

La diète hydrique doit être réalisée par de l'eau pure ou à la rigueur, par une infusion extrêmement légère et non sucrée, de thé ou de menthe. Mais il y a des nourrissons qui n'ont pas un goût très vif pour l'eau pure et la prennent assez difficilement : il faut s'efforcer de faire ingérer par 24 heures environ 125 g. d'eau par kilogramme de poids, jusqu'à un an; après 1 an, 1 litre d'eau par jour suffit. Si l'on ne peut atteindre ces doses, la diète hydrique n'éloigne pas les effets de l'inanition et ne désintoxique pas.

Pour faire absorber une quantité suffisante d'eau sans provoquer de répugnance ni de vomissements, le mieux est de la faire prendre souvent, par petites quantités et avec une cuillère à café. On pourra, en cas de vomissements incoercibles, verser dans la bouche x à xx gouttes d'eau glacée toutes les 5 ou 10 minutes.

D'une manière générale la diète hydrique — dont la durée varie suivant la nature et la gravité de l'affection en cause — ne doit jamais dépasser 3 jours. Après la diète hydrique, la *réalimentation sera progressive*. C'est ainsi que chez un enfant de 3 mois nourri de lait de vache, atteint de diarrhée commune assez sérieuse, datant de plus d'une semaine et maigrissant beaucoup, on dirigera ainsi la réalimentation.

1er jour : diète hydrique (environ 500 g. d'eau).
2e jour : bouillon de légumes (environ 500 g.).
3e jour : 10 repas avec 10 g. de babeurre, 10 g. d'eau de chaux et 30 g. d'eau
4e jour : 10 repas (20 g. de babeurre, 20 g. d'eau de chaux, 10 g. d'eau).
5e jour : 9 repas (40 g. de babeurre, 20 g. d'eau de chaux).
6e jour : 8 repas (50 g. de babeurre, 20 g. d'eau de chaux).
7e jour : 8 repas (50 g. de babeurre, 15 g. d'eau de chaux, 15 g. de lait ordinaire).
8e jour : 7 repas (50 g. de babeurre, 15 g. d'eau de chaux, 15 g. de lait ordinaire), etc.

Chez un enfant de 7 mois, privé du sein, atteint de diarrhée commune assez sévère, on procédera ainsi :

1er jour : diète hydrique.
2e jour : bouillon de légumes ou décoction de riz ou d'orge.
3e jour : six repas environ toutes les 3 heures, les 2e, 3e, 5e et 6e seront faits avec 150 g. de bouillon de légumes ou de décoction d'orge ou de riz ; le premier, avec une bouillie préparée de la manière suivante : une cuillerée à café de crème de riz est délayée dans 150 g. d'eau et le mélange est mis à cuire 20 minutes ; le 4e repas sera composé d'une bouillie analogue avec une cuillerée à café et demie de farine et 4 g. de sucre.
4e jour : 3 fois en 150 g. de bouillon de légumes ou de décoction de céréales et 3 bouillies avec une cuillerée à café et demie de farine, une cuillerée à café de lait et 4 g. de sucre.
5e jour : comme le jour précédent, mais on ajoute 10 g. de lait à chaque bouillie.
6e jour : on ajoute 20 g. de lait à chaque bouillie et 10 g. à chaque prise de bouillon de légumes ou de décoction de céréales, etc.

La réalimentation doit être surveillée de très près. En tenant compte (par un examen quotididien) de la diarrhée, de la température et du poids, le médecin hâtera ou ralentira la réalimentation.

G. BLECHMANN.

Cf. — Vomissements habituels des nourrissons. Injections sous-cutanées de lait dans les — (méthode de Weill). (Em. GAUJOUX (de Montpellier). *Sud méd.*, 15 janv. 1920, n° 1983.)

Traitement des vomissements par intolérance pour le lait de vache chez le nourrisson par les injections de lait. (L. DEMAY. *Th. de Lyon*, 1919 ; Rey, édit.)

GÉNÉRALITÉS

La réaction urochromogène de de Silvestri dans diverses maladies de l'enfance. (COZZOLINO. *La Pédiatrie*, fasc. 10, vol. XXVII, 1919.) — De Silvestri a signalé chez les typhiques une réaction simple, à la portée de tous les médecins praticiens.

Dans une éprouvette on verse 2 cmc. de perchlorure de fer, 4 à 5 gouttes d'acide sulfurique pur, puis on ajoute goutte à goutte, le long de la paroi avec une pipette graduée 3 cmc. d'urine filtrée. Il est nécessaire que les liquides demeurent parfaitement séparés.

Si la réaction est positive, il se forme au point de contact de l'urine et du perchlorure de fer, un anneau jaune brun (marron), plus ou moins fin.

A la surface de l'urine, ou plutôt à la base, d'après Cozzolino, on voit apparaître un précipité nébuleux plus ou moins intense à reflets verdâtres, qui par agitation se communique à toute la colonne d'urine, mais reprend sa place primitive plus ou moins rapidement après que le tube a été mis au repos.

Cette réaction de de Silvestri comprend 3 degrés : léger, moyen, intense.

La présence d'albumine dans l'urine n'empêche en rien l'apparition de la réaction.

D'après de Silvestri, on la retrouve chez 95 p. 100 des typhiques et paralytiques dès le début de la maladie.

Dans d'autres infections, telles la tuberculose, l'influenza, le rhumatisme, elle ne se manifeste qu'à une période assez avancée de l'évolution morbide.

L'avantage de cette réaction est de permettre un diagnostic précoce des infections à bacilles typhiques.

Cozzolino l'a faite rechercher concurremment avec la diazo-réaction d'Ehrlich et la réaction de Moritz Weisz sur 120 enfants malades de son service de clinique.

Dans les infections typhoïdiques, elle est plus précoce, plus constante et plus persistante que la diazoréaction.

F. LÉVY.

Cf. — Etude sur le coefficient de Pignet (Indice) dans l'évaluation de l'aptitude physique des jeunes sujets. (A. BESSON. *Journ. des Sc. méd. de Lille*, n° 6, 8 fév. 1920.)

Le poids et la taille des enfants de 6 à 17 ans à Liége en 1918. (M. DUBOIS. C. R. *Acad. royale méd. Belgique*, 27 déc. 1919.)

Revue de pathologie infantile. (R. DUPÉRIÉ. *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 21 déc. 1919.)

La lumière. Ses applications en thérapeutique infantile. (G. EDO. *La Pediatria española*, 20 août 1919.)

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DES HÉMATÉMÈSES

DÉFINITION. — L'hématémèse est, dans son sens le plus général, un vomissement de sang. Mais on conçoit que l'hématémèse puisse revêtir de nombreuses modalités suivant que le sang ainsi rejeté provient d'une lésion même de l'estomac, ou suivant qu'il est rendu en vomissant après avoir été déversé d'un organe voisin dans l'estomac (œsophage, duodénum, par exemple). L'hématémèse sera également différente, au point de vue clinique, selon que le sang rejeté aura séjourné plus ou moins longuement dans l'estomac et aura subi des modifications.

On ne doit donc pas confondre hématémèse et *gastrorragie*, car, d'une part, l'hématémèse peut survenir sans qu'il y ait de gastrorragie, et, d'autre part, toutes les gastrorragies ne s'accompagnent pas d'hématémèse, le sang pouvant s'évacuer par les selles où l'on devra le rechercher.

Mais, s'il est intéressant d'étudier les aspects cliniques des hématémèses, l'intérêt du problème réside surtout dans la recherche de la cause même de ces hématémèses. Celles d'origine gastrique sont évidemment les plus importantes et les plus fréquentes; et, d'une façon toute théorique, on peut admettre que l'hématémèse relève, soit d'une lésion gastrique née et développée sur place (traumatismes, caustiques, ulcère ou cancer de l'estomac, etc.), soit d'une lésion gastrique conditionnée par une maladie générale dont l'hématémèse n'est qu'un épiphénomène (troubles de la circulation générale, altérations du sang, empoisonnements, auto-intoxications, agents toxi-infectieux, etc.).

Ces diverses distinctions, sur lesquelles Hayem a bien insisté, sont très importantes, et, parce que didactiques, elles doivent être retenues. Mais nous verrons que le problème doit être envisagé et discuté d'une façon différente, plus conforme à la clinique, devant le lit du malade.

DESCRIPTION CLINIQUE ou **DIAGNOSTIC POSITIF.** — **I. Début.** — Le début peut être, soit *brusque*, inattendu, premier symptôme d'une affection jusque-là latente chez un individu en bonne santé apparente. D'autres fois, l'hématémèse survient chez des malades atteints d'une souffrance générale ou locale (affection gastrique chronique, maladies du foie, etc.).

En général, et si l'hématémèse est de quelque importance, elle est précédée de *prodromes* : pesanteur et chaleur à l'épigastre, exagération des douleurs et tension épigastrique, anorexie, malaises, angoisse; puis il survient un goût de sang à la bouche et le malade, pris de nausées, rejette une quantité plus ou moins importante de sang. Si l'hémorragie est de quelque importance, on a des signes habituels d'hémorragie interne : éblouissements, tintements d'oreille, pouls petit, refroidissement des extrémités.

II. Etat. — Les caractères de l'hématémèse dépendent de la plus ou moins grande importance de l'hémorragie et de la durée plus ou moins prolongée de son séjour dans l'estomac.

1. *Suivant l'abondance de l'hémorragie*, 3 cas peuvent être observés. Si l'hématémèse est très abondante, le sang vient à flots, à pleine bouche, passant par les lèvres et les narines. Il provoque la toux par titillation du larynx ou du voile du palais, ou bien parce qu'une partie des matières vomies pénètre dans les voies respiratoires. Le sang est rutilant comme du sang artériel et souvent assez mousseux, il peut alors en imposer pour une hémoptysie.

Si l'hémorragie est d'abondance moyenne, des caillots sont mêlés au sang liquide et sont vomis facilement à la suite de nausées. Le sang est souvent mêlé à des matières alimentaires, à des mucosités. Si le sang a séjourné un certain temps dans l'estomac, il devient noirâtre et ressemble alors à de la suie délayée.

Enfin, si l'hémorragie est peu abondante, quelques filaments muco-sanguinolents, flottant au milieu des mucosités et des débris alimentaires sont seuls rejetés.

2. *Suivant le séjour plus ou moins prolongé dans l'estomac*, l'hématémèse est constituée par du sang rouge, vif, rutilant, ou bien par des caillots noirâtres mêlés de liquide sanguinolent ou enfin par un liquide noirâtre. Dans ce dernier cas, le sang est mêlé à du suc gastrique qui lui donne une coloration plus ou moins foncée. En laissant reposer le liquide, on voit se déposer au fond du verre une poudre brune comparable à du marc de café.

Les *autres symptômes* concomitants sont variables :

La *douleur gastrique* est souvent absente.

Les *nausées*, souvent pénibles, sont accompagnées alors d'angoisse, d'anxiété, de sueurs.

A l'*examen de l'estomac*, les signes sont rares. On a signalé du gonflement de l'épigastre, de la tension épigastrique avec submatité de la région. Mais il faut examiner le malade avec beaucoup de douceur.

Les *signes généraux* peuvent être accentués : ce sont ceux, d'ailleurs, de toute hémorragie grave. Le malade est pâle avec tendance à la syncope. Lipothymies, vertiges, éblouissements. Le pouls est rapide, hypotendu.

La température est normale, et souvent même une légère hypothermie existe. Dans les jours suivants, on peut constater une fébricule qui dépend de la putréfaction du sang dans l'intestin. Dans les cas d'ulcère de l'estomac, la température peut quelquefois rester élevée, ce qui indiquerait un certain degré de périgastrite et d'infection péritonéale.

III. Evolution. — 1. L'HÉMORRAGIE CESSE RAPIDEMENT. — Dans les jours qui suivent on note parfois une certaine amélioration, un certain soulagement local chez les malades qui souffraient d'une affection chronique et douloureuse de l'estomac.

Dans les selles, apparaît du sang digéré : melæna. Les selles peuvent avoir l'aspect de goudron, de suie délayée. A la suite, l'état général peut rester longtemps précaire; la peau et les muqueuses décolorées, signes d'anémie cérébrale avec palpitations et oppression, asthénie longtemps marquée. La pression artérielle est abaissée; on peut entendre des souffles cardiaques et vasculaires.

3. L'HÉMORRAGIE SE REPRODUIT, et alors cet état général s'aggrave progressivement. L'anémie est intense et l'individu devient de plus en plus faible.

La durée et la répétition des hématémèses sont très variables, suivant la cause même. Certaines hématémèses très abondantes peuvent même entraîner la mort (hématémèse foudroyante). D'autres, au contraire, assez minimes, se répètent tant que dure la maladie causale. C'est surtout le type de l'hématémèse du cancer.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 15 francs par an.
Étudiants étrangers, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 6 fr. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 13 avril. — Question donnée : « Rapports de l'uretère chez l'homme. — Complications de la scarlatine. »

MM. Piot, 9 + 22 = 31 ; Le Rasle, 15 + 24 = 39 ; Cornet, 14 + 27 = 41 ; Ruppe, 16 + 27 = 43 ; Foucault, 10 + 21 = 31 ; Isch-Wall, 16 + 23 = 39 ; Cochez, 18 + 27 = 45 ; Gaillard, 15 + 27 = 42 ; Desfarges, 6 + 19 = 25.

Séance du 14 avril. — Question donnée : « Anatomie de l'articulation temporo-maxillaire. — Signes et diagnostic de l'érysipèle de la face. »

MM. Berthon, 14 + 21 = 35 ; Boisnier, 14 + 22 = 36 ; Denoyelle, 13 + 26 = 39 ; Lemariée, 19 + 26 = 45 : Weismann, 15 + 25 = 40 ; Moniot, 14 + 24 = 38 ; Andral, 13 + 23 = 36 ; Bertrand (Yvan), 10 + 22 = 32 ; Joanny, 16 + 24 = 40 ; Delestre, 10 + 21 = 31.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 13 avril. — Question donnée : « Symptômes et diagnostic des phlegmons diffus. »

MM. Marot, 8 ; Lacassie, 16 ; Leleu, 7 ; Laurain et Langlois, 16 1/2 ; Legrain, 17 1/2 ; Mlle Lecoq, 12 ; MM. Lefèvre (G.-T.), 16 ; Margeridon, 8 ; Lacapère, 12 ; Leyritz, 9 ; Lenormand, 17 ; Lefebvre (René), 14 ; Marzouk, 13 ; Mlle Labat de Lambert, 7 ; MM. Martin (H.), 13 ; Ledoux, 15 ; Mlle Linossier, 18 ; MM. Lichtenberger, 10 ; Lacaisse, 11.

Anatomie. — Séance du 12 avril. — Question donnée : « Articulation du coude sans la physiologie. »

MM. Jullien, 16 ; Jeudon, 12 ; Keraudren, 16 ; Jaubert, 15 1/2 ; Mlle Javouhey, 7 ; MM. Joffroy, 9 ; Jean, 17 ; Keller, 10 ; Jardin, 8 ; Jardet, 15 ; Mlle Joltrois, 10 ; M. Krivine, 16 1/2 ; Mlle Kœchlin, 11 1/2 ; MM. Kaplan, 19 ; Jaïs, 15 ; Kanony, 9 ; Kalmanovitch, 10 ; Kourilsky, 18 ; Coquerelle, 7.

Séance du 13 avril. — Question donnée : « Rapports du rectum. »

MM. Guichard, 8 ; Duruy, 15 ; Chantier, 9 ; Bordes, 10 ; Hennetier, 11 ; Mlle Gaumont, 8 ; Mme Cabouat, 17 ; Mlle Guéry, 10 ; MM. Calmus, 9 ; Chatellier, 12 ; Mlle Reitlinger, 10 ; MM. Topart, 11 ; Toulouse, 14 ; Mlle Simon, 10.

HOPITAUX DE PROVINCE. — ANGERS. — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Amsler et Moreau, internes titulaires ; Gory, Bazoge, Bernard, Robin, internes provisoires.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — Composition des jurys :

PARIS. — *Anatomie et histologie.* — Juges : MM. Nicolas, Prenant, Cunéo. — Suppléants : MM. Rouvière, Grégoire, Mulon.

Physique et chimie. — Juges : MM. Pouchet, Desgrez, N... — Suppléants : MM. Richaud, H. Labbé, Zimmern.

Médecine. — Juges : MM. Gilbert, Chauffard, Dupré, Jeanselme, Roger, Bernard. — Suppléants : MM. Gougerot, Léri, Loeper, Nobécourt, Rathery, Ribierre.

Anatomie pathologique. — Juges : MM. Letulle, Bezançon, Teissier. — Suppléants : MM. Roussy, Guillain, Rathery.

Dermatologie et syphiligraphie. — Juges : MM. Jeanselme, Widal, Labbé. — Suppléants : MM. Lereboullet, Loeper, Rathery.

Obstétrique. — Juges : MM. Couvelaire, Brindeau, J.-L. Faure. — Suppléants : MM. Guéniot, Le Lorier, Nobécourt.

Chirurgie et voies urinaires. — Juges : MM. Quénu, Lejars, Legueu, Broca. — Suppléants : MM. Alglave, Chevassu, Okinczyc, Schwartz.

Médecine expérimentale. Physiologie. — Juges : MM. Richet, Pouchet, Roger. — Suppéants : MM. Camus (J.), Richaud, Rathery.

Hygiène, bactériologie, parasitologie. — Juges : MM. Bezançon, Brumpt, Bernard. — Suppléants : MM. Léri, Tanon, Villaret.

Médecine légale. — Juges : MM. P. Marie, Dupré, Balthazard. — Suppléants : MM. Laignel-Lavastine, Loeper, Villaret.

Ophtalmologie. — Juges : MM. de Lapersonne, N... — Suppléants : MM. Terrien, Zimmern.

— PROVINCE. — *Anatomie et histologie.* — *a.* Juges : MM. Gentes (Bordeaux), Policard (Lyon). — Suppléants : MM. Grynfeltt (Montpellier), Dieulafé (Toulouse).

b. Juges : MM. Collin (Nancy), Bouin (Strasbourg).

Physiologie et médecine expérimentale. — *a.* Juges :

MM. Doyon (Lyon), Abelous (Toulouse), Tournade (Alger). — Suppléants : MM. Dubois (Lille), Lisbonne (Montpellier), Busquet (Nancy).

b. Juge : M. Ambard (Strasbourg). — Suppléant : M. Mauriac (Bordeaux).

Chimie, physique, pharmacologie. — *a.* Juges : MM. Lambling (Lille), Derrien (Montpellier). — Suppléants : MM. Chelle (Bordeaux), Barral (Lyon).

b. Juge : M. Cluzet (Lyon). — Suppléant : M. Nogier (Lyon).

c. Juge : M. Beille. — Suppléant : M. Bretin.

Hygiène, bactériologie, parasitologie et histoire naturelle médicale. — *a.* Hygiène et bactériologie. — Juges : MM. Auché (Bordeaux), Bertin-Sans (Montpellier). — Suppléants : MM. Leclerc (Lille), Serr (Toulouse).

b. Parasitologie et histoire naturelle, zoologie médicale, histoire naturelle médicale. — Juge : M. Granel (Montpellier). — Suppléant : M. Garin (Lyon).

c. Bactériologie, microbiologie. — Juge : M. Rispal (Toulouse). — Suppléant : M.

Médecine générale. — *a.* Clinique générale, pathologie interne. — Juges : MM. Teissier (Lyon), Ducamp (Montpellier), Ardin-Delteil (Alger). — Suppléants : MM.

b. Cliniques spéciales. — Juges : MM. Moussous, A. Abadie (Bordeaux), Mairet (Montpellier).

c. Pathologie et thérapeutique générales, pathologie interne, anatomie pathologique, thérapeutique, hygiène et bactériologie. — Juge : M. Le Dantec (Bordeaux). — Suppléants : MM. Cruchet, Carles (Bordeaux), Froment (Lyon), Gaussel, Rimbaud (Montpellier), Parisot, Perrin (Nancy).

Médecine légale et clinique des maladies mentales. — *a.* Médecine légale. — Juges : MM. Martin (Lyon), Guilhem (Toulouse). — Suppléants : MM. Cruchet (Bordeaux), Lafforgue (Toulouse).

b. Clinique des maladies mentales. — Juges : MM. Lépine (Lyon), Mairet (Montpellier). — Suppléant : M. Perrens (Bordeaux).

Anatomie pathologique. — Juges : MM. Curtis (Lille), Massabuau (Montpellier), Masson (Strasbourg), Tapie (Toulouse). — Suppléants : MM. Leuret (Bordeaux), Savy (Lyon), Fairise (Nancy), Sorrel (Toulouse).

Chirurgie et voies urinaires. — Juges : MM. Tixier (Lyon), Tédenat (Montpellier), Vautrin (Nancy), Stolz (Strasbourg), Curtillet (Alger). — Suppléants : MM. Rocher et Duverger (Bordeaux), Laroyenne (Lyon), Michel (Nancy), Martin (Toulouse).

Obstétrique. — Juges : MM. Rivière (Bordeaux), Bué (Lille), Fabre (Lyon), Vallois (Montpellier). — Suppléants : MM. Péry (Bordeaux), Voron (Lyon), Delmas (Montpellier), Garipuy (Toulouse).

Ophtalmologie. — *a.* Juges : MM. Truc (Montpellier), Rohmer (Nancy), Frenkel (Toulouse). — Suppléant : M. Teulières (Bordeaux).

b. Clinique médicale, clinique des maladies nerveuses. — Juge : M. Abadie (Bordeaux). — Suppléant : M. Richon (Nancy).

c. Clinique chirurgicale. — Juge : M. Chavannaz (Bordeaux). — Suppléant : M. Rocher (Bordeaux).

Pharmacie et histoire naturelle. — *a.* Pharmacie. — Juges : MM. Barthe (Bordeaux), Ribaut (Toulouse). — Suppléants : MM. Labat (Bordeaux), Bretin (Lyon).

b. Sciences naturelles. – Juge : M. Fockeu (Lille). — Suppléant : M. Mandoul (Bordeaux).

c. Chimie. — Juge : M. Lescœur (Lille). — Suppléant : M. Chelle (Bordeaux).

Dermatologie, syphiligraphie. — *a.* Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. Clinique dermatologique et syphiligraphique. Maladies des pays chauds et maladies syphilitiques et cutanées. — Juges : MM. Nicolas (Lyon), Spillmann (Nancy), Audry (Toulouse).

b. Clinique médicale, pathologie et thérapeutique générales. — Juge : M. Etienne (Nancy). — Suppléants : MM. Petgès (Bordeaux), Leenhardt et Rimbaud (Montpellier), Richon (Nancy).

SYNDICAT MÉDICAL DE PARIS. — L'Assemblée générale statutaire aura lieu le dimanche 18 avril à 14 h. 30 très exactement au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine.

COURS D'ÉDUCATION PHYSIQUE. — M. J.-P. Langlois, chargé de cours, commencera le cours dans l'amphithéâtre des travaux physiologiques le samedi 17 avril 1920, à 5 h., et le continuera les mardis, jeudis (heure variable) et les samedis à 5 heures.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 14 avril. — Jury : MM. Richet, président ; Hartmann, Broca, Branca. — Mlle GALLAND (Blanche). Considérations mécaniques sur le traitement du mal de Pott. — M. DUPRÉ (Louis). Etude sur la prothèse fonctionnelle de la dentition d'après les lois physiologiques de la sustention et de la rétention. — M. ROMAIN (Louis). De la restauration fonctionnelle du pouce par libération du premier métacarpien.

Jeudi 15 avril. — Jury : MM. Chauffard, président ; Lejars, Bezançon, Brumpt. — M. ALSCHECK (E.). La radiothérapie de la maladie de Basedow. — M. DALSACE (Jacques). Etude critique de l'étiologie des bronchites chroniques avec sclérose pulmonaire. — M. COUILLAUD (François). Le signe de la langue. Contribution à l'étude de l'ascaridiose. — M. MACÉ (Jules). Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement de la rétention des règles par artrésies de l'hymen, du vagin et du col de l'utérus.

Mercredi 21 avril. — Jury : MM. Richet, président ; Teissier, Letulle et Cunéo. — M. CARRIÈRE (Camille). Anatomie de l'espace intercostal chez l'homme. — M. QUITTON (Henri). Contribution à l'étude des greffes nerveuses par la méthode de Nageotte. — M. MAZEN (François). Traitement des diarrhées des tuberculeux par le lait condensé. — M. MAGE (Félix). De l'érythème noueux dans les manifestations aiguës de la tuberculose. — M. QUESNEL (Maurice). Des dysbasies fonctionnelles du vieillard.

Jeudi 22 avril. — Jury : MM. Achard, président ; Marfan, Lejars et Bezançon. — M. RIO (Eugène). Contribution à l'étude des paralysies totales du plexus brachial dans les luxations de l'épaule. — M. FLAMENT (René). Des luxations pathologiques de la hanche. — M. PAULIN (André). La traversée digestive chez le nourrisson. — M. PIGNEY (Albert). Sur un cas d'hippocratisme unilatéral. — M. APOSTOLOS (A.). Le cul-de-sac sous-traumatique.

Jury : MM. Carnot, président ; Jeanselme, Ménétrier et Richaud. — MM. PANTIN. Des diverses méthodes comparées de traitements des adénopathies suppurées. — Mlle GUERQUIN (S.). Traitement de la tuberculose de la peau par les injections intraveineuses. — Mlle MONBIOT (Gabrielle). Emotions et aménorrhée. — M. TESSEYRE (Jean). Contribution à l'étude de la lymphadénie alucémique.

RENSEIGNEMENTS

A VENDRE dans splendide Région alpestre

Petite station thermale, Eaux sulfureuses très riches, connue dès l'époque romaine, Hôtel *ad hoc*, 36 chambres, matériels, immeubles, terrains. — Prix : *250.000 fr.* — Affaire de grand avenir à lancer. — ROUSSEL, Ecouché (Orne).

REVUE GÉNÉRALE

LES OPÉRATIONS ANKYLOSANTES DANS LE TRAITEMENT DU MAL DE POTT[1]

Par M. LANCE,
Assistant d'orthopédie à l'hôpital des Enfants-malades.

Résultats. — Des statistiques multiples ont été publiées. Elles ne signifient pas grand'chose, car on voit que les divers chirurgiens sont placés dans des conditions très différentes. Les uns opèrent dans des hôpitaux d'enfants, les autres des adultes ou tous les âges; certains n'opèrent pas les mauvais cas, d'autres n'opèrent que ceux-là; le traitement postopératoire a été très variable : tantôt il s'agit de malades de la ville, tantôt d'hôpital; tantôt les malades sont après l'opération gardés 1 an et plus au bord de la mer, tantôt renvoyés aussitôt dans leur famille. Enfin des statistiques concernent des cas opérés depuis 6 mois au plus, d'autres des malades opérés depuis 3 et 4 ans.

C'est pourquoi nous passons sous silence les grandes statistiques données après enquête par Wolcott (682 obs., 17 chirurgiens), ou par Albee (299 obs., 33 chirurgiens).

Les deux grandes statistiques personnelles de Hibbs (210 cas) et d'Albee (198) ont déjà beaucoup plus d'intérêt, mais ne nous fournissent que des tableaux sans observations. C'est insuffisant comme renseignements.

Nous avons réuni les observations complètes publiées par les auteurs : Gallie, Rugh, R. L. John, Girdlestone, Maragliano, auxquelles nous joignons pour les résultats éloignés celles de Nutt. En éliminant les hommes de couleur (1), les erreurs de diagnostic ou les cas traités pour autre chose qu'un mal de Pott (arthrite sacro-iliaque, rhumatisme déformant, cancer, syphilis de la colonne vertébrale), les cas trop récents (moins d'un an après l'opération), nous arrivons à ne retenir que 159 observations. C'est l'analyse très serrée de ces observations qui nous servira de guide dans l'appréciation des résultats, et en comparant ceux-ci avec ceux annoncés par les divers auteurs nous tirerons nos conclusions.

Mortalité. — 1° *Opératoire*. — Nous avons déjà vu qu'elle pouvait être évaluée entre 1,4 à 2 p. 100.

2° *Postopératoire*. — On peut la diviser en décès rapides ou éloignés. Dans les 3 premiers mois, sur 144 cas nous voyons 6 décès par méningite ou généralisation tuberculeuse (4,2 p. 100), tous chez des enfants. Des faits analogues sont notés par les auteurs. Signalons-les sans vouloir soulever l'action des opérations sur la généralisation de la tuberculose, très douteuse ici, puisque (sauf des cas rares) le foyer n'a pas été atteint.

La mortalité éloignée a été très diversement appréciée par les auteurs pour les raisons indiquées plus haut.

Albee n'accuse que 8 morts postopératoires (7 de méningite et 1 de dégénérescence amyloïde, sur 198 cas, 4 p. 100), mais beaucoup de malades portés guéris ont été perdus de vue après quelques mois.

Hibbs, sur 210 cas vus au moins 4 ans après l'opération, note 31 décès (13 tuberculoses miliaires, 6 méningites, 4 tuberculoses pulmonaires, 3 amyloïdes, 5 maladies intercurrentes), soit 15 p. 100 dont 12,2 p. 100 de tuberculose. Sur nos 144 observations, sur des cas observés entre 1 an et 5 ans après l'opération, nous trouvons 17 morts (7 méningites, 3 tuberculoses généralisées, 3 tuberculoses pulmonaires, 1 amyloïde, 3 maladies intercurrentes), ce qui avec les morts postopératoires précoces donne 16 p. 100 dont 14 p. 100 de tuberculose. Et encore ces chiffres restent au-dessous de la vérité, car un certain nombre d'observations se terminent par des appréciations comme : évacué pour tuberculose pulmonaire, quitte l'hôpital avec un état général grave, fistules non guéries, etc...

En tout cas la mortalité globale opératoire et postopératoire pour nos 144 observations s'élève à 17,4 p. 100 dont 15,4 p. 100 de mort opératoire ou de tuberculose consécutive. Cette mortalité ne nous semble pas de beaucoup inférieure à celle que nous voyons dans notre clientèle des hôpitaux parisiens. Elle est supérieure à celle (9 à 10 p. 100) qu'accusent en général les grands centres hospitaliers marins. Cette constatation montre où conduit l'excès de confiance dans un traitement local de la tuberculose osseuse et la négligence du traitement général indispensable. Les chiffres d'Albee (6 p. 100) et de Hibbs (12,2 p. 100) qui opèrent et soignent longtemps après leurs malades dans un hôpital marin viennent à l'appui de ces constatations.

Résultats selon l'age. — Sur 119 observations nous trouvons :

1° Au-dessous de 5 ans (32 cas), 59,4 p. 100 d'améliorations ou guérisons, 18,8 p. 100 d'échecs, 29 p. 100 de morts;

2° De 5 à 12 ans (49 cas), 63 p. 100 de guérisons ou améliorations, 18,4 p. 100 d'échecs, 18,4 p. 100 de morts;

3° De 13 à 20 ans (9 cas), 66,6 p. 100 de guérisons ou améliorations, 11,1 p. 100 d'échecs, 22,2 p. 100 de morts;

4° Adultes (29 cas), 86,2 p. 100 de guérisons ou améliorations, 3,4 p. 100 d'échecs, 10,4 p. 100 de morts.

La mortalité très grande chez le petit enfant (shock, méningite) diminue plus tard et devient près de moitié moindre chez l'adulte. Le nombre des cas ayant bénéficié de l'opération va sans cesse en augmentant avec l'âge.

Résultats selon le siège. — Sur 122 observations où le siège est indiqué avec précision nous trouvons : 11 lombo-sacrés avec 90 p. 100 d'améliorés ou guéris, et 1 mort (9 p. 100); 25 lombaires avec 56 p. 100 de guéris ou améliorés, 28 p. 100 d'échecs, 16 p. 100 de morts; 40 dorso-lombaires avec 65 p. 100 d'améliorés ou guéris, 22,5 p. 100 d'échecs, 12,5 p. 100

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 34, p. 533.

(2) On connaît la gravité de la tuberculose osseuse dans la race noire. Dans 4 cas relevés ici, 1 malade perdu de vue peu après l'opération, 1 échec, 1 récidive, 1 mort de tuberculose généralisée.

de morts; 33 dorsaux moyens avec 69 p. 100 d'améliorés et guéris, 15 p. 100 d'échecs, 15 p. 100 de morts; 7 haut-dorsaux avec 42 p. 100 de guérisons ou améliorations, 14 p. 100 d'échecs, 42 p. 100 de morts. Enfin 3 cervicaux ont été opérés et améliorés ou guéris, 1 mal de Pott sous-occipital a été très amélioré [obs. 36 de J. T. Rugh, janvier 1917 (1)]. Les résultats semblent donc très bons pour les lombo-sacrés, la fixation au sacrum paraît excellente. Pour les régions lombaires, dorso-lombaires, dorsales moyennes, les résultats semblent comparables, un peu inférieurs à la région lombaire à cause de la fréquence des cas opérés avec abcès ou fistules. Les cas opérés à la région dorsale supérieure sont rares, les résultats franchement médiocres, ce qui n'a rien d'étonnant pour Albee à cause de la grosseur de la gibbosité, de sa forme pointue, de la grande obliquité des épines. De plus, il s'agit surtout d'enfants, cette région étant rarement atteinte chez l'adulte par le mal de Pott.

Comme on l'a fait remarquer au Congrès de Berlin à Albee toutes ses projections de beaux succès concernent des maux de Pott bas situés et pas de haut-dorsaux. Ce sont pourtant ceux-ci qui donnent les grosses bosses et les paraplégies, et chez lesquels il serait intéressant de pouvoir prévenir l'inflexion vertébrale et arrêter l'évolution du foyer.

A la région cervicale et sous-occipitale, d'après les quelques cas publiés, les résultats sont bons.

Résultats selon l'ancienneté du mal de Pott au moment de l'opération. — Ce renseignement ne figurait malheureusement que dans 57 de nos observations.

Pour 16 cas opérés avant 1 an, 37,5 p. 100 améliorés ou guéris, 12,5 p. 100 d'échecs, 50 p. 100 de morts; pour 15 cas opérés dans la 2e année, 60 p. 100 d'améliorations ou guérisons, 40 p. 100 d'échecs; pour 8 cas opérés dans la 3e année, 50 p. 100 de guérisons ou améliorations, 50 p. 100 d'échecs; sur 17 cas opérés entre 4 et 27 ans après leur début, 70,5 p. 100 de guérisons ou améliorations, 12,5 p. 100 d'échecs, 18 p. 100 de mortalité (fistuleux, tuberculose pulmonaire).

Il ressort de là qu'à lésions égales le coefficient de curabilité augmente à mesure que la lésion vieillit.

1° La mortalité est forte si on opère trop tôt en période d'activité, c'est la règle pour toute la tuberculose osseuse.

2° Dès la 2e année le taux des guérisons s'élève vite, il atteint son maximum dans les cas très âgés, malgré la présence des fistuleux et tuberculeux pulmonaires.

3° La moyenne du traitement postopératoire, qui a été de 1 an 1/2 en moyenne pour le premier groupe, s'abaisse à 6 mois pour le dernier (cas âgés).

Action sur les abcès et fistules. — Dans ses publications, Albee annonce que chez les malades opérés porteurs d'un abcès on voyait celui-ci, sans évacuations et injections modificatrices, se résorber rapidement.

D'autres auteurs ont vérifié le fait (Vulpius, Guillot et Dehelly). Hibbs sur 67 cas opérés porteurs d'abcès en a vu 42 guéris spontanément, et 25 non guéris (14 résultats douteux ou nul, 11 morts). Shermann et Mac Chesney sur 5 cas ont vu 3 guérisons, 2 non modifiés. Plummer sur 6 cas, 4 améliorés, 2 non modifiés. De Mata, Allison et Hagan ne laissent sans ponction que les petits abcès. Pour les gros Allison et Hagan les ouvrent à l'opération, les nettoient et les referment (2 guérisons, 1 fistule).

Donc s'il y a bien des abcès qui guérissent spontanément après l'opération, ils ne guérissent pas tous, et, comme le remarque Maragliano, le greffon n'immobilise pas le psoas dans la marche, et au moins pour les abcès du psoas l'immobilisation en décubitus ou en appareil (la cuisse du côté de l'abcès prise) semble utile.

Mais il y a plus; assez souvent, malgré l'ostéo-synthèse, des abcès sont apparus après l'opération (Gaenslen, H. L. Taylor, Shermann et Mac Chesney 1 cas, Ombrédanne, N. Allison et Hagan 2 cas).

Dans nos 144 observations nous relevons 20 malades ayant des abcès au moment de l'opération et 5 fistules (dont une fermée depuis peu). On ne peut avoir de notion sur l'action de l'opération (décès rapide, sortie d'hôpital, observation incomplète) que dans 15 cas.

Sur les 10 abcès, 3 se sont résorbés sans ponctions, mais l'un a récidivé après 17 mois et est mort, 2 abcès ont guéri après des ponctions; 3 malades qui n'avaient pas d'abcès avant l'opération en ont vu se produire par la suite (1 mort). Sur les 5 fistules, 4 restent ouvertes avec 2 morts, 1 fermée depuis peu se rouvre 8 jours après l'opération et se ferme après plusieurs années. Sur 2 malades où lors de l'opération un abcès est traversé avec formation de fistule postérieure, 1 cas se termine par la mort et 1 reste grave.

Ces chiffres nous montrent que si l'immobilisation opératoire du foyer exerce une action bienfaisante sur les abcès déjà existants, action fortement aidée par le décubitus strict et le traitement général intensif des opérés souvent négligés auparavant, elle n'empêche pas le foyer d'évoluer, de nouveaux abcès de se fermer. L'action sur les fistules paraît négligeable.

Action sur la gibbosité. — Elle est des plus discutées et les auteurs soutiennent les opinions les plus contradictoires à son sujet. Ceci n'a rien d'étonnant: les uns opèrent des enfants, d'autres des adultes, les uns des malades au début, les autres de vieux gibbeux, les uns mettent un corset pendant des années après l'opération, d'autres n'en mettent pas.

L'action de ces opérations ne peut être que de 3 sortes sur la gibbosité:

1° Action préventive: si on opère des malades tout à fait au début (Albee, Girdlestone, Barbarin) avec un gros greffon long et solide, on ne voit pas se former de gibbosité.

2° Action de maintien: Hibbs ne cherche pas à réduire la déviation mais à la fixer simplement telle qu'elle est. Beaucoup d'auteurs conseillent le redressement lent de la gibbosité par les moyens orthopédiques ordinaires (chute de la contracture par le

(1) Depuis lors, M. Tuffier a publié (mai 1918) un autre cas avec résultat très bon.

repos et l'immobilisation, l'héliothérapie, décubitus ventral pour les lombaires et dorso-lombaires, corsets) avant l'opération. Albee conseille le redressement doux au moment de l'opération.

Nous avons vu à propos de l'action mécanique du greffon les conditions probables de l'action de maintien du greffon : nécessité de la rigidité du greffon, douteux chez l'enfant pendant la croissance, vraisemblable chez l'adulte après un décubitus de quelques mois et moyennant le port assez long d'un soutien.

3° Mais Albee va plus loin et affirme que l'élasticité du greffon agissant comme un ressort tend à redresser la gibbosité. Cette action est peu conciliable avec la précédente. Cependant on a signalé des améliorations rapides de la gibbosité après l'opération (Gaenslen, Maragliano, Barbarin).

Pour Maragliano, il faut distinguer 2 cas : ou il s'agit de cas récents et alors la chute de la contracture par immobilisation stricte amène la diminution de la bosse, ou il s'agit de vieux gibbeux, de grosses bosses des régions dorsales supérieures, là le greffon ne peut avoir d'action, car pour qu'il se prête à la courbure on sera obligé de le couper très mince ou de le briser par places.

D'ailleurs rappelons qu'Albee montre comme améliorées des gibbosités lombaires et dorso-lombaires qui s'améliorent si bien par le simple décubitus ventral. Enfin, ne peut-on craindre que chez les vieux gibbeux l'immobilisation par un greffon ne soit un obstacle au tassement des arcs postérieurs, à la formation des lordoses thérapeutiques (Calvé) au-dessus et au-dessous du foyer, accusant l'amélioration spontanée de la gibbosité?

L'expérience montre que les gibbosités redressées et améliorées récidivent souvent par la suite si on ne les maintient pas longtemps dans un corset (Rugh, R. T. John, Sayre, Jacobs, H. B. Thomas) et cela surtout chez les enfants (Hibbs, Lovett, Torndike, E. H. Smith, Baër, Ombrédanne, Nutt). Shermann et Mac Chesney sur 27 enfants ont vu la gibbosité se reproduire rapidement. Hibbs note que tous les cas de rechute se sont produits à la période de croissance, Baer sur 23 cas entre 2 et 8 ans a vu la gibbosité récidiver dans tous les cas. Nutt, qui a suivi pendant de longs mois des opérés de chirurgiens de New-York âgés de 2 ans 1/2 à 6 ans, a montré par des tracés successifs du dos que l'inflexion se reproduit peu à peu chez l'enfant; Sayre fait les mêmes constatations. Quelquefois l'inflexion se fait au-dessus du greffon, soit que celui-ci soit trop court comme le dit Albee, soit que le foyer ait progressé dans les vertèbres sus-jacentes. Albee donne de ces échecs chez l'enfant une explication singulière : l'absence de croissance des vertèbres au-dessus et au-dessous de la lésion; elles deviennent cunéiformes sans être tuberculeuses.

Sur nos 159 observations nous ne trouvons notés les résultats sur la gibbosité que dans 45 cas. Les voici : une amélioration nette et qui s'est maintenue après plusieurs mois dans 13 cas, 29 p. 100; dans 21 cas, 60 p. 100, après une amélioration de début au bout de 1 an, 18 mois et plus, il y a récidive de la gibbosité ou création d'un 2e foyer au-dessus ou au-dessous, 2 cas de Nutt en arrivent à appuyer les mains sur les genoux; enfin 7 cas, 11 p. 100, ont eu d'emblée une persistance de la gibbosité ou celle-ci a continué à s'aggraver.

Nous pouvons conclure de ces faits que l'action préventive et de contention du greffon est possible et probable chez l'adulte. Quant à l'action d'amélioration, si elle est possible dans les gibbosités récentes de l'adulte (chute de la contracture) et se maintient à condition de porter un corset pendant longtemps, elle est au contraire problématique chez l'enfant et dans les gibbosités volumineuses et anciennes.

Action sur la paraplégie et les phénomènes spasmodiques. — Sauf quelques cas très heureux de guérison très rapide de la paraplégie (Le Breton 3 cas, 1 cas présenté à la réunion des orth. de Boston, 4 janv. 1917), la plupart des auteurs conviennent que la marche de la paraplégie est peu ou pas influencée par la greffe. On ne comprendrait pas d'ailleurs une action directe sur la paraplégie; celle-ci est dans la grande majorité des cas due à un abcès intrarachidien; sa disparition est donc liée à l'évolution du foyer même.

Nous avons réuni 93 cas de paraplégies pottiques opérées par 19 auteurs différents (H. B. Thomas, Girdlestone, Allison et Hagan, Le Breton, Jacobs, J. T. Rugh, Galloway, Davis, Rogers et Foley, Bucholz, Lovett, Clairmont, J. C. Wilson, Ryerson, Hibbs, Shermann et Mac Chesney, H. L. Taylor, A. R. Mac Ausland, R. de Mata). Dans 39 cas (41,8 p. 100) il y a eu guérison, très rapide dans 4 cas, graduelle dans les autres, demandant le plus souvent 1 an après l'opération; 13 cas ont été améliorés (14 p. 100) dont 3 sont morts avant guérison, dans 2 cas (Rogers et Foley) l'amélioration se serait produite aussitôt après la greffe; dans les autres elle a été lente, les mouvements sont revenus, mais la plupart restent contracturés avec de l'exagération des réflexes. Dans 3 autres cas après amélioration on a constaté la récidive. Sur 29 malades (30 p. 100) on n'a enregistré aucune amélioration même après 6 mois, 1 an, et 6 malades sont morts avec leur paraplégie.

Comme pour les abcès, on trouve ici la preuve du peu d'action de l'ankylose sur l'évolution du foyer, en effet 9 fois on a observé l'apparition d'une paraplégie 6 mois, 1 an, 20 mois, 3 ans après l'opération.

Donc l'action est minime, limitée à quelques cas. Cependant Lovett, Soutter notent un avantage chez l'adulte : dans les cas où par suite de l'immobilisation au lit avec extension continue, dans lesquels les mouvements sont revenus mais où les contractures persistent, la présence de l'ankylose osseuse permet de faire lever le malade avec des béquilles, ce qui aurait, pour ces auteurs, une grande importance dans la reprise des fonctions.

Action sur la douleur. — Elle ne semble pas douteuse, et beaucoup plus rapide avec le greffon qui immobilise instantanément la colonne vertébrale, qu'avec le Hibbs qui demande plusieurs mois pour obtenir l'ankylose (E. H. Smith). C'est ainsi qu'un opéré par la méthode de Hibbs, souffrant encore, Ely le réopère, trouve une fusion incomplète

des lames, met un greffon et obtient la cessation des douleurs. Albee déclare que la disparition de la douleur se fait « dans les 3 jours ». Cette action très rapide est notée dans beaucoup d'observations (H. B. Thomas, Maragliano, Böhm, Vulpius; chez nous, Chipault, Tuffier, Dujarier). Maragliano remarque que c'est non seulement la douleur spontanée qui disparaît, mais aussi la douleur provoquée à la pression; de plus, dans 5 cas de récidives la douleur n'a pas reparu, ce qui constitue selon lui un inconvénient, car cela incite les parents à ramener l'enfant tardivement au médecin. Parfois la douleur ne disparaît qu'au bout de plusieurs mois (3 mois dans 1 cas, Maragliano). Enfin cette action n'est pas absolue. J. T. Rugh, Gaenslen, H. B. Thomas, Girdlestone, Mac Murray, Baër citent des cas où la douleur n'a jamais cessé malgré la greffe. Gaenslen a réopéré 2 fois un malade sans arriver à faire disparaître les douleurs. Mac Murray, dans 12 cas, a vu, après l'ablation du corset, les douleurs dans les membres inférieurs réapparaître et obliger à remettre les malades en décubitus. Baër, dans 23 cas, opérés entre 2 et 8 ans, a vu les douleurs réapparaître avec la récidive. Notons que ces échecs concernent presque tous des enfants. Il semble donc que l'immobilisation stricte obtenue par le greffon chez l'adulte soit efficace contre les douleurs, c'est un argument puissant en faveur de l'intervention chez l'adulte chez lequel la forme douloureuse est si fréquente.

Action sur le foyer tuberculeux. — Nous avons vu, à propos du traitement postopératoire, que si l'ankylose vertébrale raccourcissait la durée du traitement local, il ne modifiait en rien celle du traitement général. Cela suppose qu'elle agit peu sur l'évolution et la durée du foyer tuberculeux.

L'examen des pièces anatomiques en fournit une preuve directe. L'apparition d'abcès, de paraplégie, de nouveaux foyers vertébraux (Hibbs, Gaenslen, Maragliano, Tuffier, 3 cas sur 18 opérés de R. L. John), l'extension du foyer primitif surtout vers le haut, malgré l'opération, nous en ont donné de nouvelles preuves.

L'étude des résultats éloignés nous montre combien l'affection demeure longue après l'opération.

Hibbs (qui cependant opère surtout des cas âgés, puisque, sur 210 malades, 38 ont été opérés dans la 1re année, 17 dans la 2e, et les 155 autres de 2 à 20 ans après le début du mal de Pott) examinant ses malades de 4 à 7 ans après l'opération trouve 74 p. 100 de guérisons, 10,5 p. 100 de continuation de la maladie, 15,5 p. 100 de mortalité éloignée dont 12,2 p. 100 de tuberculose; sauf 2 cas de miliaire, les 25 décès de tuberculose sont survenus 3 ans en moyenne après l'opération, et l'autopsie montre que cependant l'ankylose était complète.

Sur les 50 cas de Maragliano, si nous ne gardons que les cas vieux de plus de 3 ans, en éliminant les perdus de vue et morts de maladie intercurrente, il reste 34 cas dont 17 (50 p. 100) améliorés (12 guérisons maintenus, 5 guérisons avec rechutes mais restant améliorés), 11 non guéris, stationnaires ou aggravés, 6 morts de tuberculose. Il s'agit là d'enfants, et Maragliano opère même les cas graves.

Sur 159 observations que nous avons recueillies nous avons réuni ceux chez lesquels la durée du mal de Pott au moment de l'opération était indiquée, et nous y avons ajouté le temps écoulé depuis l'opération. Sur 48 observations nous donnant des renseignements suffisants nous voyons : 18 cas vus 2 ans après le début avec 8 guéris (6 adultes, 2 enfants), 10 non guéris (5 adultes, 5 enfants); 11 cas âgés de 3 ans avec 4 guérisons (3 adultes, 1 enfant), 7 non guéris (2 adultes, 1 enfant); 11 âgés de 4 ans, avec 6 guérisons (4 adultes, 2 enfants), 5 non guéris (5 enfants); 5 âgés de 5 ans, avec 2 guérisons (1 adulte, 1 enfant), 3 non guéris (1 adulte, 2 enfants); enfin 2 âgés de 6 et 8 ans 1/2 guéris (2 enfants). Ces chiffres nous montrent que la proportion des non guéris est bien plus forte chez les enfants. En ne prenant que les guéris, c'est-à-dire les *très bons cas*, puisqu'on a éliminé les cas de mort et les cas non guéris, nous voyons que la moyenne de la durée de la maladie reste de 29 mois pour l'adulte et 46 mois chez l'enfant. « On ne gagne pas 3 mois sur la durée de la maladie », dit sir R. Jones qui l'a abandonnée chez l'enfant. C'est aussi l'opinion de Lovett, Painter, Nutt, Tuffier.

Il ne faut pas en conclure que l'action sur l'état général soit nulle mais elle est indirecte. Dans bien des cas l'opération permet de faire le traitement général, capital dans le mal de Pott. Par la cessation des douleurs elle permet au malade de dormir, elle permet de prendre plus rapidement la déambulation et la vie au grand air au lieu du confinement d'une salle d'hôpital.

Indications. — Pour certains (Albee, Hibbs, Vulpius) il faut proposer l'opération à tous les malades, et opérer ceux qui consentent.

Les faits ont montré qu'une sélection est nécessaire à établir, en s'appuyant surtout sur l'âge, le siège, l'ancienneté de la lésion.

1° *Age*. — Sauf Albee et quelques intransigeants qui opèrent à tout âge, tous les auteurs repoussent l'opération chez le très jeune enfant. Au-dessous de 5 ans, il la supporte mal (mortalité opératoire de shock, méningites), les récidives sont très fréquentes (épines cartilagineuses, pas de surface d'accolement, greffon souple).

Quelques auteurs (Hibbs, Ryerson, Whitman, H. B. Thomas) conseillent surtout d'opérer entre 5 et 15 ans. Mais l'immense majorité convient que si les résultats sont médiocres chez l'enfant, assez bons chez l'adolescent, ils sont meilleurs chez l'adulte (Henderson, Winnett, Platt, Girdlestone, Mac Murray, Torndike, Baër, H. L. Taylor, Allison et Hagan, M. H. Rogers et Th. M. Foley, Mac Ellhenny, J. B. Rugh, Tuffier, Dujarier, Calvé). Nous ne reviendrons pas sur les raisons anatomiques (évolution différente du mal de Pott de l'enfant et de l'adulte, manque de rigidité du greffon, croissance), cliniques (chez l'adulte, maux de Pott bien situés, gibbosité minime, formes douloureuses fréquentes), opératoires (grosses surfaces d'accolement, gros greffon rigide) qui justifient cette idée.

Enfin, le décubitus prolongé n'a pas chez l'enfant

une grosse importance sociale, les hôpitaux marins pour enfants sont nombreux, et même l'enfant pauvre y trouve le maximum de soins. Chez l'adulte au contraire l' « argument social » prend une importance de premier ordre. Si le malade riche se plie difficilement à un décubitus de plusieurs années, le pauvre ne peut y être astreint. Son mal de Pott l'empêche de travailler, et l'absence d'hôpitaux spéciaux pour la tuberculose osseuse de l'adolescent et de l'adulte le prive du traitement général indispensable. La possibilité de la reprise rapide de la déambulation (Tuffier, Rogers et Folley) a chez le pottique adulte une importance thérapeutique et sociable considérable.

1° *Siège*. — On a surtout opéré des maux de Pott lombaires et dorso-lombaires, et cependant les cervico-dorsaux et dorsaux supérieurs sont ceux qui fournissent les grosses bosses et les paraplégies. C'est dans cette région qu'il serait intéressant d'intervenir à titre préventif (Whitman, Rogers et Foley).

3° *Age de la lésion*. — Albee, Baër, H. B. Thomas, Allison et Hagan cherchant surtout l'action préventive du greffon sur la gibbosité opèrent dès le début. Mais la majorité des auteurs conseille d'opérer les maux de Pott âgés : après l'échec des autres traitements (Mac Ellhenny), ceux qui se prolongent, s'accroissent, restent douloureux (Jacobs, Spitzy, Henderson, Girdlestone).

Ces deux manières de voir ne se contredisent qu'en apparence. La première s'applique surtout à l'enfant chez lequel la gibbosité est à redouter, la deuxième à l'adulte, chez lui le diagnostic est souvent très difficile à faire au début, et l'on s'exposerait à opérer tout autre chose qu'un mal de Pott si l'on opérait précocement.

Contre-indications. — Ni la présence d'abcès, à moins que l'examen et la radio ne les montrent postérieurs, ni celle de fistules si elles sont éloignées du champ opératoire, ne sont considérées comme des contre-indications. La paraplégie est considérée par les uns (Rogers et Folley, Hibbs) comme une indication, par les autres qui craignent de tomber dans l'abcès rachidien (R. de Mata, Mac Ellhenny, Freiberg) comme une raison d'abstention.

Certains auteurs n'opèrent pas les grosses gibbosités.

Par contre on a opéré des porteurs de lésions pulmonaires (Allison et Hagan, H. B. Thomas), pendant la grossesse (Allison et Hagan), et même avec coexistence d'une coxalgie (Allison et Hagan), qui cependant ne devait guère permettre la déambulation.

La seule contre-indication formelle est le très mauvais état du malade, et encore Lorthioir, H. B. Thomas, Maragliano, Hibbs, opèrent tous les cas sans choisir.

Conclusions. — Somme toute, si on a eu tort de vouloir trop demander aux opérations ankylosantes dans le mal de Pott, les résultats qu'on en retire ne sont pas négligeables. Ce qu'il ne faut pas perdre de vue c'est que, sans action sur l'évolution, la durée du foyer, le traitement local ne peut en rien modifier le traitement général base de la cure.

D'indications restreintes chez l'enfant où leur efficacité est souvent douteuse, ces opérations constituent au contraire chez l'adulte un adjuvant précieux au traitement classique. Par leur action sur la douleur, par le raccourcissement de la période de décubitus, la reprise rapide de la déambulation, elle permet au malade de gagner sa vie et de faire un traitement général que sa condition sociale lui interdit trop souvent.

BIBLIOGRAPHIE

1891. — HADRA. *Transact. of the am. orth. Assoc.*, t. III, p. 206-210.

1894. — CHIPAULT. *Chirurgie opératoire du système nerveux*, Paris, Rueff, édit.

1895. — CHIPAULT. *Méd. moderne*, 9 mars.

1896. — CHIPAULT. *Travaux de neurologie chir.*, Paris, Vigot, édit.

CALOT. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 22 déc.

1897. — CALOT. *C. r. du Congrès français de chir.*, p. 306 et suiv.

1910. — LANGE. *The J. of the am. med. Assoc.*, nov. ; — *Amer. J. of orth. surg.*, nov., t. VIII, n° 2.

1911. — HIBBS (R. A.). *N.-Y. med. J.*, 27 mai.

DOBROTWORSKI. *Zeit. f. Chir.*, 12 août.

ALBEE (F. H.). *The J. of the am. med. Assoc.*, 9 sept., p. 885.

WHITMAN (R.). *Ann. of surg.*, déc., t. LIV, n° 6, p. 840-848.

MONISSET. *Lyon méd.*, p. 1098-1100.

1912. — ALLISON. *Interstate med. J.*, Saint-Louis, t. XIX, p. 456.

ALBEE (F. H.). *N.-Y. med. J.*, 9 mars, t. XCV, n° 10, p. 469-475 ; — *Vermont med. Month. Barlington*, t. XVIII, p. 85-90.

BADIN (P. V.). *Le Médecin praticien*, 10 avril, 8e année, n° 15, p. 229.

GALLANT (A. E.). *Med. Record*, 12 avril, p. 685.

HIBBS (R. A.). *Ann. of surg.*, mai, t. IX, p. 6822 ; — *Boston med. and surg. J.*, 18 juillet, p. 93 ; — *N.-Y. State J. med.*, t. XI, p. 501-504 ; — *The J. of the am. med. Ass.*, 10 août, t. LIX, n° 6, p. 433. Discussion : Huntington (G. H.), Albee (F. H.), Casper (M.).

ALBEE (F. H.). Med. Soc. of the county of N.-Y., 25 nov., in *Med. Record*, 21 déc., p. 1147. Discussion : Soule (R. E.).

1913. — ALBEE (F. H.). *Boston med. and surg. J.*, 20 fév., p. 283. Discussion ; — *Surg. gyn. and obst.*, mars ; — *The J. of the am. med. Ass.*, 5 avril, t. LX, p. 1044-1049 ; — *Revue de chir.*, Paris, 10 juillet, t. XLVIII, n° 7, p. 1-21 ; — *Zeit. f. orth. Chir.*, Stuttgart, t. XXXI, p. 460-479.

ALDRICH. *New. Eng. med. Gaz.*, t. XLVIII, p. 478-480.

BILHAUT. *Ann. de chir. et d'orth.*, Paris, t. XXXVI, p. 353-359.

FORBES (M.). Interurban-club, Montreal meeting, 28 et 29 nov., in *The Am. J. of orth. surg.*, janv. 1914, p. 511.

GALLAND (A. G.). *Med. Record*, N.-Y., t. LXXXIII, p. 684.

GEGGIE. *Bull. méd.*, Québec.

LYLE (H. H. M.). *Ann. of surg.*, Philad., t. LVIII, p. 570.

NUTT (J. J.). *J. A. med. Ass.*, 15 nov. t. LXI, n° 20. Discussion : J. Ridlon, R. H. Sayre, F. J. Cotton, D. B. Phemister, F. H. Albee.

OMBRÉDANNE (L.). *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 28 oct., t. XXXIX, n° 31, p. 13-35 ; — *Paris méd.*, 6 déc., t. XIII, n° 20.

RUGH (J. T.). *Intern. clin.*, Philad., 23 mai, p. 130-138, 8 pl. ; — *Monthly cyclopædia*, fév., p. 78 ; — *The med. Review*, mars, p. 78 ; — *Philadelphia ped. Soc.*, 9 déc., analysé in *The Brit. J. of chil. dis.*, mars 1914, p. 121. Discussion.

TURNER. *The Canadian med. J.*, oct., p. 852.

1914. — ALBEE (F. H.). *Pacif. med. J.*, San Francisco, t. LVII, p. 671-680.

ALBEE, ERLACHER, WITTECK, WALDENSTRÖM. C. r. du Congrès orth. de Berlin, *Zeit. f. orth. Chir.*, t. XXXII.

CLAIRMONT-SPITZY. Soc. de méd. de Vienne, 6 mars, analysé in *Semaine méd.*, 11 mars, n° 10, p. 120.
DAVIDSON. *N.-Y. med. J.*, 25 juillet, t. C, n° 4, p. 157-204.
ELMER. *Ann. of surg.*, Philad., t. LIX, p. 136-138.
GUILLOT et DEHELLY. *J. de chir.*, Paris, t. XIII, p. 441-450.
GRIFFITH (J. D.). *J. of the am. med. Ass.*, 7 mars, t. XII, n° 14, p. 750.
HENDERSON (M. S.). *St-Paul med. J.*, oct.
OMBRÉDANNE. *Gaz. méd. de Paris*, t. LXXXV, n° 21.
RUGH (J. T.). *Arch. of pediat.*, N.-Y., t. XXXI, p. 72.
RYERSON (Ed. W.). *The am. J. of orth. surg.*, t. XII, n° 2, p. 259-264; — *Surg. gyn. and obst.*, t. XVIII, p. 578.
SHERMANN (H. M.) et MAC CHESNEY (G. J.). *Calif. State J. m.*, San Francisco, t. XII, p. 485-487.
THOMAS (H. B.). *J. of the am. med. Ass.*, t. LXII, n° 14, p. 1064; — *Surg. gyn. and obst.*, Chicago, mai, t. XVIII, n° 5, p. 529-660; — *The am. J. of orth. surg.*, t. XII, n° 2, p. 264-274.
VENABLE (San Antonio). *Texas State J. of med.*, fort Worth, déc., t. IX, n° 8, p. 253-260.
VOGEL. *Centralbl. f. Chir.*, Leipzig, t. XII, p. 549-551.
VULPIUS. *Berl. klin. Woch.* Cité par Maragliano, 1918.
1915. — ALBEE (F. H.). *Bonegraft surg.*, Phil., Saunders and Co.
DAVIDSON (A. J.). *Therap. gaz.*, Detroit, 3e série, t. XXI, p. 761-764.
FARRELL (P. P.). *J. of the am. med. Ass.*, Chicago, t. LXIV, p. 398-400.
HALSTEAD (A. E.). *Surg. gyn. and obst.*, Chicago, t. XXI, p. 18-20.
JACOBS (C. M.). *J. of the am. med. Ass.*, Chicago, t. LXIV, p. 400-402.
MORIARTY (J. L.). *Proc. of the Connect. med. Soc.*, Hartford, t. CXXIII, p. 242-250.
SMITH (E. H.). *Calif. state J. med.*, San Francisco, t. XIII, p. 194.
THOMAS (H. B.). *Illinois med. J.*, Chicago, t. XXVIII, p. 321-324.
WALKER (Roscoe). *J. of the Oklahoma St. med. Ass.*, sept.
WILSON (J. C.). *Intern. J. of surg.*, N.-Y., t. XXVIII, p. 300-306.
YOUNG (G. K.). *Med. Council*, Philad., t. XX, p. 41-44; — *Trans. of the Philad. Acad. of surg.*, t. XVII, p. 52-54.
1916. — ADAMS (J. E.). *Clin. J.*, London, t. XIV, p. 277-283.
ALBEE (F. H.). *The am. J. of orth. surg.*, mars, t. XIV, n° 3, p. 134-142. Discussion : Gallie, Galloway, Porter, Plummer, Ryerson, Freiberg, Schaffer, Gaenslen, Baër, Davis, Blodgett.
ELMER (W. G.). *Ann. of surg.*, juillet.
HŒSSLY. *Corr. Blatt. f. Sch. Aerze*, Bâle, t. XLVI, p. 1052-1055.
JOHN (R. L.). *Am. J. of orth. surg.*, t. XIV, p. 450-455.
LOUGHNANE (F. M. G.). *Brit. J. of surg.*, Bristol, t. IV, p. 156-168.
MURPHY. *Surg. clin.*, Philadelphie, p. 605-619.
RUTHERFORD (L. J.). *The am. J. of orth. sug.*, août, p. 450.
WALDENSTRÖM. *Hygiea*, Stockholm, t. LXXVIII, p. 140-144.
WOLCOTT (W. E.). *The J. of the am. med. Ass.*, 8 janv., t. LXVI, n° 2, p. 108-111. Statistiques de Ed. Ryerson (Chicago), J. T. Rugh (Philad.), M. S. Henderson (Rochester), Plummer (Buffalo), H. L. Taylor, F. J. Gaenslen (Milwaukee), A. Mac Aussland (Boston), J. C. Wilson (Hartford), C. F. Painter (Boston), Hoke (Atlanta), W. W. Hoyt (Chicago), R. W. Billington (Nashville), Packard (Denver), Lord et Orr (Omaha), Albee et Hibbs (N. Y.).
1917. — ALLISON et HAGAN. *The J. of the am. med. Ass.*, t. LXVIII, p. 452-455.
AMBROSE. *Med. J. Australia*, Sydney, t. II, p. 413.
ELY (J. W.). *The J. of the am. med. Ass.*, 20 janv., t. LXVIII, n° 3, p. 183-186. Discussion : R. A. Hibbs, R. H. Sayre, J. T. Watkins, Ed. W. Ryerson, J. T. Rugh.
ENDERLEN. *Münch. med. Woch.*, t. LXIV, p. 815.
GAENSLEN (F. J.). *The J. of the am. med. Ass.*, t. LXIX, p. 1160; — *Wiscousin med. J.*, Milwaukee, t. XV, p. 463-467.
WIESINGER. *Deut. med. Woch.*, t. XLIII, p. 1053.
WHITMANN (R.). *Ref. Handle. med. Soc.*, N.-Y., p. 874-894.
HENDERSON (M. S.). *Surg. gyn. and obst.*, mai, t. XXIV, n° 5, p. 600-604; — *Journ. Lancet*, Minneapolis, t. XXXVIII, p. 371.
JACOBS (Ch. M.). *The J. of the am. med. Ass.*, 17 fév., t. LXVIII, n° 7, p. 509. Discussion : J. T. Rugh, R. H. Sayre, F. J. Gaenslen, J. T. Watkins, Ed. S. Hatch, Al. H. Freiberg.
LE BRETON (Pr.). *N.-Y. med. J.*, 24 fév., t. CV, p. 350.
LOVETT. *Combined meeting of the mass. hosp. and the child. hosp. orth. clin.*, Boston, 4 janv. Discussion : Bucholz, Osgood, Torndike, Soutter, Adams.
MYERS (I. H.). *S. Luke's hosp. med. and surg. rep.*, t. IV, p. 59-85; — *Internat. J. surg.*, N.-Y., t. XXX, p. 378-382.
OWEN (W. B.). *Kentucky med. J.*, Bowling green, t. XV, p. 239-241.
QUERVAIN (DE) et HŒSSLY (Bâle). *Surg. gyn. and obst.*, avril, t. XXIV, n° 7, p. 428-437, 7 fig.
RUGH (J. T.). *The am. J. of orth. surg.*, janv., t. XV, n° 1, p. 51.
SANDSTON (Ac.). *N.-Zeeland med. J.*, Wellington, t. XVI, p. 81-84.
THOMAS (H. B.). *Mississipi-Valley med. J.*, Louisville, t. XXIV, p. 248-254.
WHEELER (W. de C.). *Tr. roy. Acad. med.*, Dublin, t. XXXV, p. 150-155; — *Med. Press and circ.*, London, t. CIII, p. 205; — *Dublin J. med. Soc.*, t. CXLIII, p. 232-237.
1918. — GALLIE. *The am. J. of orth. surg.*, juin, t. XVI, n° 6, p. 373-383.
HIBBS (R. A.). *The J. of the am. med. Ass.*, 26 oct., t. LXXI, n° 17, p. 1372-1376. Discussion : Ch. M. Jacobs, W. C. Campbell, F. J. Gaenslen, H. B. Thomas.
KUROIWA (K.). Sei. i. Kwai, *M. J.*, Tokio, t. XXXVII, n° 4.
LAMBERT (T. E.). *The med. J. of Australia*, 29 juin, t. I, n° 26.
MARAGLIANO (D.). *Il Policlinico*, sez. chir., 15 sept., t. XXV, f. 9, p. 257-289.
MAC ELLHENNY (P. A.). *N.-Orl. med. and surg. J.*, t. LXX, p. 579-583.
1919. — CALOT (F.). *Journ. des prat.*, 1er nov., t. XXXIII, n° 44, p. 690.
XXVIIIe Congrès de l'Association française de chirurgie, séance du 7 oct., in *Gaz. des hôpit.*, 18 oct., n° 62, p. 981, Barbarin, Guillot et Dehelly. Discussion : Calot.
ELY (L. W.) et DE QUERVAIN. *Ann. of surg.*, déc.
GIRDLESTONE (G. R.). *The J. of orth. surg.*, juillet, p. 401-415. Discussion : Mac Crae Aitken, W. H. Trethowan, Bennett, Platt, Winnett, Mac Murray.
LORTHIOIR. *XXVe anniversaire de la Soc. belge de chir.* Rapport, séance du 27 sept., Bruxelles, Hayez, édit.
R. DE MATA. *Riv. esp. de cir.* Madrid, juillet, t. I, n° 7.
TUFFIER. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 10 juin, t. XLV, n° 19, p. 914; — *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 15 juillet, n° 24, p. 1136; — *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 22 juillet, n° 25, p. 1170. Discussion : P. Duval.
1920. — BARBARIN (P.). *Le Progrès méd.*, 25 janv., n° 4, p. 35-37, 7 fig.
CALVÉ (J.). *Presse méd.*, 7 janv., n° 2, p. 13-15.
DUJARIER. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 10 fév., t. XLVI, n° 5, p. 178. Discussion : Tuffier, P. Delbet.
TUFFIER. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 20 janv., t. XLVI, n° 2, p. 71.

La Sémiologie cardiaque actuelle, *les localisations cardiaques*, par le Dr O. JOSUÉ, médecin de l'hôpital de la Pitié, 2e édit., 1919. Un vol. in-16 de 112 p. avec 18 fig. — Prix net : 3 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

UN TYPE RARE DE LÉSION DU CARPE

Luxation du grand os en arrière du semi-lunaire et du scaphoïde, ce dernier attenant en totalité au radius.

INTERVENTION CHIRURGICALE

Par le docteur FÉLIX PAPIN,
Ancien interne (médaille d'or) des hôpitaux de Bordeaux.

Qu'on l'appelle luxation dorsale du grand os en arrière du semi-lunaire (P. Delbet), luxation subtotale du carpe rétro-lunaire (Jeanne et Mouchet), ou qu'on lui conserve son ancienne dénomination de luxation du semi-lunaire (Bérard), la lésion que désignent ces différents termes est la plus classique et la plus fréquente des traumas fermés du carpe. Sa caractéristique est que le radius avec le lunaire y attaché sont transposés en avant du reste du carpe qui est donc luxé en arrière d'eux. Le scaphoïde, dans cette lésion, ou bien est fracturé et alors son fragment supérieur suit le lunaire tandis que l'inférieur suit le grand os, ou bien est intact et suit alors en entier le grand os.

Le cas que nous avons observé et opéré est un peu différent. Dans notre observation, contrairement au type classique, le scaphoïde a rompu tous ses moyens d'union avec le grand os et le trapèze, et reste *en totalité* attenant au semi-lunaire et au radius, porté comme eux en position antérieure par rapport au reste du carpe.

On saisit immédiatement le caractère exceptionnel d'une pareille lésion constatée à la radiographie (qui malheureusement n'a pas pu être stéréoscopique), et vérifiée à l'opération.

Le prof. Delbet, dans son rapport de 1908 à la Société de chirurgie, après avoir décrit le type classique dont nous rappelions au début les caractères, se demandait s'il n'y aurait pas « exceptionnellement » des cas « où les moyens d'union du scaphoïde avec le trapèze et le grand os cèdent seuls, de telle sorte que l'os naviculaire reste en entier attenant au semi-lunaire et au radius » ?

C'est un cas de ce genre que nous apportons.

OBSERVATION. — Lucien R..., 27 ans, a été victime il y a 1 mois d'un accident d'auto au cours duquel il tomba assez rudement sur les poignets. Les deux poignets ont été lésés, semble-t-il, mais, tandis que le poignet droit a recouvré à peu près toute son intégrité, le poignet gauche reste déformé et son impotence est complète.

A l'examen, le poignet gauche est globuleux; une voussure mousse s'étend à sa face antérieure d'une apophyse styloïde à l'autre, siégeant presque en totalité au-dessus d'une horizontale réunissant les pointes des deux styloïdes. En haut et en bas elle se continue sans démarcation brusque avec les parties voisines. Elle est dure, non douloureuse à la pression. La ligne bi-styloïdienne est oblique, mais moins que normalement. A la face postérieure du poignet, le creux de la tabatière anatomique est peut-être moins prononcé que d'habitude; mais l'empâtement général de la région ne permet pas de constatations précises; la pression à ce niveau n'est pas douloureuse. En suivant la face dorsale du 3e métacarpien, on ne trouve, après avoir dépassé son extrémité supérieure, aucune dépression, mais on suit un plan osseux dur qui se continue vers l'avant-bras.

Le poignet est immobilisé en hyperextension, et la main étendue fait un angle d'environ 15° avec l'horizontale. Le poignet est à peu près complètement bloqué dans cette attitude; on peut seulement augmenter un peu l'hyperextension; mais toute flexion, soit active, soit passive, est absolument impossible. C'est dire que le blessé ne peut même pas ramener sa main en position horizontale.

La main est un peu déjetée en dehors, en inclinaison radiale, son bord cubital prolongeant à peu près directement le bord cubital de l'avant-bras.

Le blessé raconte que, dans les jours qui ont suivi l'accident, il a eu des fourmillements dans les 3 derniers doigts, de la difficulté de flexion de ces doigts, surtout du 5e, et de l'impossibilité d'écarter les 4 derniers doigts les uns des autres en position horizontale. Actuellement, tous ces troubles ont disparu.

Les mouvements des doigts sont tous possibles, mais diminués.

En présence de ces signes, nous pensons à une luxation dorsale du grand os, avec ou sans fracture du scaphoïde, le tout datant d'un mois, et nous faisons radiographier le poignet, face et profil.

De l'examen des radios, il ressort que le traumatisme a produit les lésions suivantes :

I. Du côté du radius, une fracture articulaire ayant consisté en fracture de l'apophyse styloïde et fracture marginale postérieure;

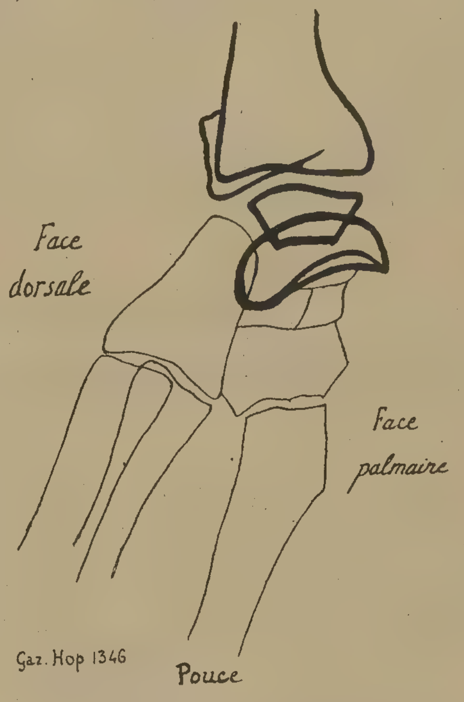


FIG. 1. — *Schéma radiographique.* — Profil.

II. Du côté du cubitus, arrachement de la pointe de l'apophyse styloïde;

III. Du côté du carpe :

1° Le scaphoïde, qui a conservé ses rapports avec le radius, est luxé d'avec le grand os et le trapèze. Sur la radiographie de face, qui se trouve être ici la plus démonstrative, on voit parfaitement la surface articulaire du scaphoïde destinée au grand os; cette surface est libre de tout contact osseux avec celui-ci, et est nettement transposée en avant de lui.

2° La radio de profil montre le grand os luxé en arrière du lunaire qui a conservé ses rapports avec le radius. Cette radio de profil confirme aussi la luxation du grand os en arrière du scaphoïde qui néanmoins est surtout évidente sur la radiographie de face, comme nous venons de l'indiquer.

3° Le scaphoïde est le siège d'une fracture incomplète qui part de sa surface supéro-externe convexe, et qui entaille l'os dans la moitié de son épaisseur environ (radio de face).

4° Scaphoïde et semi-lunaire ont conservé leurs rapports avec le radius, mais tous les deux sont déplacés vers le côté

interne; le semi-lunaire répond au ligament triangulaire et masque en partie le pyramidal.

5° Le reste du carpe a suivi le grand os dans sa luxation dorsale, et a subi en même temps un déplacement en dehors, visible en ce que la tête du grand os se projette non derrière le lunaire mais derrière le scaphoïde (radio de face).

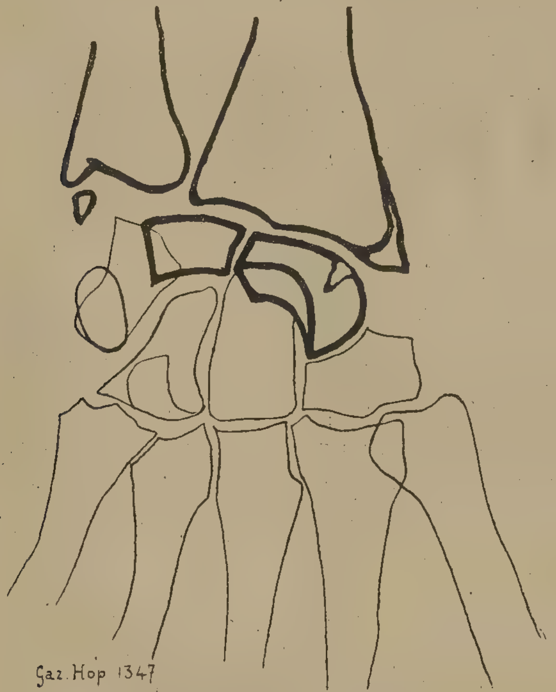


FIG. 2. — *Schéma radiographique.* — Face.

En somme, il s'agit d'une luxation dorsale du grand os en arrière du semi-lunaire *et du scaphoïde;* celui-ci, — et c'est l'intérêt de ce cas, — ayant *en totalité* suivi le radius et le lunaire dans leur position antérieure.

Ces constatations faites, j'opère ce malade le 27 avril 1919, soit un mois après l'accident.

INTERVENTION. — Incision antérieure, longitudinale, en dedans du tendon du grand palmaire. Le ligament annulaire antérieur du carpe est incisé verticalement dans sa moitié supérieure seulement, et l'on conserve intactes ses fibres inférieures. Le nerf médian est écarté en dehors ; tout le paquet des fléchisseurs est pris sous un écarteur et récliné en dedans. L'articulation est ouverte verticalement sur la saillie du lunaire. Celui-ci, du fait qu'il a conservé toutes ses connexions avec le radius, et du fait que les lésions ne sont plus toutes récentes, est difficile à extraire ; après section de sen ligament postérieur, il est extirpé.

Cette ablation faite, j'essaie de remettre le carpe en place et de juger de quels mouvements il est capable. Mais le pôle proximal du scaphoïde fait obstacle et à la réduction et aux mouvements. Je me décide alors à compléter la fracture de cet os, me replaçant ainsi dans les conditions de l'intervention classique. A l'aide d'un étroit ciseau et d'un maillet, je sectionne avec précaution la partie du scaphoïde qui restait intacte en face du trait de fracture (environ la demi-épaisseur de l'os). Le fragment supérieur est alors séparé du radius et extrait.

Dès lors, le carpe se remet en place, et je m'assure que les mouvements, s'ils ne se font pas avec beaucoup d'étendue du fait de l'arthrite qui existe, sont néanmoins tous possibles.

Deux ou trois points au catgut referment l'articulation. Suture de l'incision faite au ligament annulaire. Suture de la peau, sans drainage.

Le poignet est mis dans un simple pansement, avec une petite attelle de carton qui sera enlevée le 6e jour.

Suites. — 6e jour : premier pansement. On enlève définitivement l'attelle de carton, et on essaie quelques mouvements de flexion et d'extension.

9e jour. — Ablation des points. Guérison per primam. A partir de ce moment, la mobilisation est continuée tous les jours, en insistant sur la flexion qui manquait totalement au malade auparavant.

Le 26 juin, *soit 2 mois après,* au moment où le malade part, la flexion atteint 30° avec l'horizontale, et l'extension 10° avec l'horizontale. L'amplitude extrême des mouvements est donc de 40°. Il semble que l'arthrite qui préexistait à l'opération, du fait de l'ancienneté des lésions, soit pour quelque chose dans la limitation actuelle des mouvements. Le poignet a été radiographié le 20 juin, et le radiographe nous a remis la note suivante : « Ablation d'une moitié du scaphoïde; ablation du semi-lunaire dont la loge est occupée par la moitié supérieure du grand os qui fait articulation avec le radius ; il semble qu'après l'opération le malade puisse obtenir les mouvements de son poignet à peu près normaux. »

Le 15 août 1919, le malade nous écrit « qu'il plie son poignet à moitié course, qu'il ne le relève pas complètement, qu'il souffre légèrement après une journée de travail, que la force revient peu à peu, et qu'il est rentré dans son ancienne maison où il a repris son métier d'ajusteur sans pouvoir faire encore néanmoins de travaux de force ».

*
* *

Cette observation appelle quelques réflexions sur la lésion elle-même et sur son traitement.

Ce qui caractérise ce cas particulier, c'est la variété de son déplacement antéro-postérieur. Dans cette luxation, l'extrémité osseuse proximale, en arrière de laquelle s'est luxé le grand os, comprend non seulement le radius et le lunaire, comme il est classique, mais aussi le scaphoïde tout entier.

Le prof. Delbet, dans son rapport de 1908 à la Société de chirurgie (séance du 18 mars), exposait ainsi la question : « Le scaphoïde est fixé d'une part au radius et au lunaire, d'autre part au grand os et au trapèze... Tantôt les ligaments radio et luno-scaphoïdiens se déchirent, et le scaphoïde reste attenant au grand os et au trapèze ; tantôt le scaphoïde se fracture, et sa moitié supérieure reste fixée au radius et au lunaire, tandis que la moitié inférieure reste adhérente au trapèze et au grand os. » Telles sont en effet les éventualités classiques (1). Puis, il se demandait : « Y a-t-il des cas où les moyens d'union du scaphoïde avec le trapèze et le grand os cèdent seuls, de telle sorte que l'os naviculaire reste en totalité attenant au semi-lunaire et au radius ? Cette disposition est exceptionnelle. » Notre cas en serait un exemple.

Pierre Delbet indiquait à cette époque trois observations qui répondraient à ce type : une de Chase et Codman, une de Humphray et Cerné, et une douteuse de Potel. Depuis, nous n'en avons pas retrouvé.

En somme, il s'agit d'une luxation dorsale du grand os qui, au lieu de se faire en arrière du semi-lunaire seul attenant au radius, *se fait en arrière du lunaire et du scaphoïde en totalité attenant tous deux au radius.* Mais, pour particulier et rare que soit ce déplacement, *il ne faut probablement pas le considérer comme différant essentiellement du type classique.* Le mécanisme est très vraisemblablement

(1) Elles sont confirmées par le plus récent et le plus complet travail d'ensemble sur la question, celui de JEANNE et MOUCHET (*Congr. de chir.*, 1919).



le même. Que le scaphoïde reste en entier avec le grand os et le trapèze, ou qu'il se partage en deux fragments entraînés chacun dans un sens différent, ou que (comme ici) il reste tout entier attaché au radius, ce ne sont que des effets différents d'un même mécanisme. Une inclinaison radiale ou une inclinaison cubitale plus ou moins prononcée au moment de la chute, des ligaments plus ou moins résistants, un os plus ou moins solide, tels sont quelques-uns des facteurs qui président probablement à la détermination de l'une ou l'autre variété. Et, dans notre cas particulier, le fait qu'il existe sur le scaphoïde une fracture partielle montre *combien ces différents cas sont proches les uns des autres ;* que les ligaments unissant le scaphoïde au grand os et au trapèze aient résisté un peu plus longtemps, la fracture se complétait probablement, et nous avions le type classique de la fracture du scaphoïde associée à la luxation du grand os. Le seul point intéressant que puisse peut-être révéler cette fracture incomplète du scaphoïde, c'est que, disposée comme elle l'est, elle indique, semble-t-il, une fracture par exagération de la courbure de l'os, et *s'inscrirait donc en faveur du mécanisme de l'écrasement.*

* * *

C'est ce déplacement antéro-postérieur spécial qui fait l'intérêt de cette observation. Aussi nous n'insistons pas sur les autres détails que montre la radiographie, en particulier un déplacement latéral qui se juge d'un mot : sur le cliché de face, on voit que la tête du grand os se projette derrière le pôle proximal du scaphoïde ; or, normalement, le grand os répond au lunaire. Ce décalage latéral, conséquence — en partie seulement — de l'inclinaison de la main au moment de la chute, est fréquemment observé.

Nous n'insistons pas non plus sur les lésions du radius et du cubitus ; cette association de lésions antibrachiales est bien connue dans les traumatismes du carpe, dont elle n'est pas sans assombrir le pronostic.

* * *

Au point de vue du *traitement*, le problème est un peu différent dans une lésion de ce type de ce qu'il est dans la lésion classique. Dans celle-ci on ne trouve, transposé en avant, que le lunaire seul ou accompagné d'un fragment scaphoïdien ; et son extirpation, s'il y a lieu, ne peut entraîner aucune conséquence fâcheuse. Ici, au contraire, le scaphoïde *tout entier* était resté avec le lunaire. Les lésions découvertes, on avait le choix entre plusieurs façons de faire ; ou bien enlever le semi-lunaire et laisser le scaphoïde ; ou bien enlever les deux ; ou bien compléter la fracture du scaphoïde et enlever son fragment supérieur avec le lunaire. J'ai commencé par enlever le semi-lunaire et essayer de conserver le scaphoïde ; je me suis alors aperçu que le pôle proximal du scaphoïde gênait la réduction et les mouvements. Je n'ai pas voulu enlever le scaphoïde en totalité, craignant une fâcheuse inclinaison de la main sur le bord radial. Il ne me restait donc que la ressource de compléter la fracture du scaphoïde, et *ainsi replacé dans les conditions de la lésion classique*, d'enlever son fragment supérieur avec le semi-lunaire. C'est ce que je pus faire, avec quelque difficulté néanmoins, provenant de la nécessité de sectionner un os encore dur dans un étroit espace sans créer de nouvelle lésion.

Le résultat, vérifié après 4 mois, est imparfait et le restera probablement. Cependant, l'amplitude de 40° environ rendue aux mouvements, et le fait que cet homme a pu reprendre bien que timidement son métier d'ajusteur, alors que son poignet était un mois après l'accident bloqué en hyperextension, permettent d'estimer que l'intervention chirurgicale lui a rendu quelque service.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 13 AVRIL 1920)

Un succédané du sous-nitrate de bismuth. — M. HAYEM rappelle les bons effets obtenus par l'emploi du sous-nitrate de bismuth à hautes doses dans les gastropathies douloureuses. Pendant la guerre, la difficulté de se procurer du bismuth et l'augmentation considérable de son prix l'ont engagé à remplacer le sous-nitrate de bismuth par le kaolin, plus facile à se procurer, beaucoup moins cher. Il le donne, comme le sous-nitrate de bismuth, à la dose de 20 g. On peut l'aromatiser avec un peu d'essence d'anis ou de menthe.

M. Hayem a obtenu de très bons effets de son emploi.

L'encéphalite léthargique à Lille. — MM. COMBEMALE et HULOT (de Lille) ont observé 12 cas d'encéphalite léthargique qui ont présenté les caractères dominants qui suivent. L'âge des sujets atteints a été, en moyenne, de 28 à 38 ans ; plus de femmes que d'hommes ; 2 femmes enceintes. La mortalité a été, en moyenne, d'un tiers. Les symptômes du début ont été les vomissements, la somnolence, dans certains cas de l'agitation, du délire, des paralysies incomplètes, la paralysie des muscles de l'œil ; les réflexes rotuliens sont exagérés ; le signe de Babinski fait défaut. La température oscille entre 38° et 39° ; le pouls est ralenti ; la constipation est habituelle ; il y a une diminution de la tension artérielle pendant la période d'état.

Quant à l'examen du liquide céphalo-rachidien il n'a fait que confirmer ceux qu'on a déjà fait connaître. A noter particulièrement la coïncidence de l'élévation du taux de l'urée dans le liquide céphalo-rachidien avec un pronostic favorable.

Chirurgie plastique de l'oreille. — M. BOURGUET divise les anomalies de l'oreille en anomalies de grandeur et anomalies de position. Il indique les diverses interventions, résections ou autres, qui répondent à chacune de ces anomalies.

Hydroparotide intermittente. — M. JARDET rapporte avoir vu survenir 4 cas d'hydroparotide intermittente à la suite d'irritation buccale par des dentiers mal ajustés.

L'affection guérit immédiatement à la suite de la suppression ou de la modification des appareils, mais peut persister de longs mois si la cause est ignorée.

Tous les appareils incriminés étaient des plaques palatines de caoutchouc dures et jamais des plaques d'or.

Les propriétés bactéricides de l'or sont connues des bactériologistes et des dentistes, et c'est probablement la cause de l'innocuité des appareils métalliques.

Division biologique du règne vivant. — M. BOUQUET lit une note ayant pour titre : Division biologique du règne vivant, étude générale sur la machine humaine et son fonctionnement.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ RUE CASSETTE, 17.

N° 37. — MARDI 20 & JEUDI 22 AVRIL 1920. 93e ANNÉE. MARDI 20 & JEUDI 22 AVRIL 1920. — N° 37.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 15 francs par an. Étudiants étrangers, 20 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 6 fr. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hopitaux. — *Épreuve clinique.* — Séance du 15 avril. — MM. Douay, 10; Desplas et Lorin, 16.

Séance du 17 avril. — MM. Brocq, 16; Rouhier, 17; Leveuf, 18.

— Le concours de pharmacien des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. Bach (Denis), Hazard (René) et Picon (Marius-Louis).

— Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 15 avril. — Question donnée : « Rapports des reins. — Diagnostic des hématuries. »

MM. Fatou, 12 + 22 = 34; Labesse, 14 + 20 = 34; Arbeit, 17 + 24 = 41; Leroux, 15 + 24 = 39; Walser, 18 + 22 = 40; Bayle, 15 + 22 = 37; Mme Michaux, 17 + 23 = 40; MM. Kermorgant et Hartmann, 16 + 25 = 41; Boulanger-Pilet, 17 + 25 = 42.

— Concours de l'externat. — *Pathologie.* — Séance du 14 avril. — Question donnée : « Causes, symptômes et traitement des fractures du col du fémur. »

MM. Marco, 14; Mary (B.), 12; Marinot, 7; Lehmann, 16; Lefrançois, 8; Lucq, 13; Mlle Laurent, 16; M. Lataix, 14; Mlle Lavedan, 15; MM. Leboucher, 17; Limouzin-Lamothe, 14; Marx, 13; Lefèvre (Georges), 16; Mâle, 14; Lazare, 18; Lévy (Pierre), 17; Lavieille, 10; Lafon (Ernest), 13 1/2; Lemoine et Marchand, 7.

Séance du 15 avril. — Question donnée : « Symptômes et diagnostic du mal de Pott dorso-lombaire. »

MM. Leroy (Roger), 15; Ledanté, 11; Lion, 16; Lelong et Leroy (A.), 7; Lepicard, 9; Lavau, 13; Litaud, 14; Lamy, 15; Mlle Lassalle, 19; MM. Migault, 16 1/2; Minon, 14; Soria, 11; Pasquet et Mlle Leblond, 10; MM. Pichat, 16 1/2; Leforestier, 10; Rey (Maurice), 7.

Anatomie. — Séance du 15 avril. — Question donnée : « Os iliaque. »

MM. Stil, 1; Rosier, 13 1/2; Uzan et Schœngrun (A.), 12; Tsin, 13; Mlle Rekis, 14; MM. Thévenard, 19; Schrameck, 14; Vanbockstael, 16; Thérin (J.), 15; Mlle Richert, 10; Thirion, 13 1/2; Retel, 11; Tsocanakis, 9; Rey (Louis), 10; Ribière, 14 1/2; Talot de Margival, 12; Terrin (P.), 13; Souty, 15.

Séance du 17 avril. — Question donnée : « Os maxillaire inférieur. »

M. Verger, 10; Mlle Sayag, 16; MM. Roëser, 17; Vaucel, 10; Mlle Richard, 13; M. Thizy, 15 1/2; Mlle Steinmetz et M. Thurel, 17 1/2; Mlles Sazerac de Forge, 15 1/2; Tisserand, 12; MM. Truchard, 15; Theillier et Mlle Rodet, 16; MM. Troncin, 15; Rudolf, 12; Royer, 8; Salathé, 15; Rendon, 14; Tissier, 13.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lyon — Le concours pour une place de pharmacien des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. Rizard.

— Le concours des médecins du dispensaire s'est terminé par la nomination de MM. Bocca, Gravier, Langeron et Rey.

— Le concours de l'externat s'ouvrira le 14 juin 1920.

— Un concours pour la nomination de trois chefs de laboratoire de radiologie des hôpitaux s'ouvrira le 31 mai 1920.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Grégoire, agrégé, est nommé, du 1er mars au 31 octobre 1920, sous-directeur des travaux pratiques de médecine opératoire.

M. Camus, agrégé, est chargé, en outre, du 1er mars au 31 octobre 1920, de l'enseignement de la physiologie.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — MM. les Drs Petit-Bregnat (Monaco); Louis Girard (de Cannes); Edouard Pilatte (de Nice).

MÉDAILLES DE LA RECONNAISSANCE FRANÇAISE. — *Médailles de vermeil.* — Mme le Dr Finley (Amérique), M. le colonel médecin Margaria (armée italienne).

Médailles d'argent. — MM. les Drs de Amallo, Barbaro Saldana, Ricardo Murillo, Lluesma Garcia, Enrique Ostal, Gonzales Deletto, Ortiz de Villajos, Roca Plaza, Villaplano Gonzalez (armée espagnole); William Martin, Rivet, Thurston (de nationalité britannique), Papales, de Stephanis, Trovanelli (de nationalité italienne).

Médailles de bronze. — MM. les Drs Basili, Cavalli,

Ciardi, Dalla Favera, Gatti, Minerbi, Missone, Passalacqua, Gilbert de Wincke (de nationalité italienne), Burnotte, Deblon (de nationalité belge), Samuels (de nationalité britannique).

BANQUET DE L'INTERNAT. — Le banquet de l'internat aura lieu le samedi 8 mai 1920, à 7 h. 1/2 précises, à l'hôtel Claridge, 74, avenue des Champs-Elysées, sous la présidence de M. le prof. A. Chauffard.

Le prix en est fixé à 35 fr. pour les anciens internes et à 25 fr. pour les internes en exercice.

Prière d'envoyer les adhésions, le plus tôt possible, au Dr Verchère, 101, rue du Bac.

FACULTÉ DE MÉDECINE. — MÉDECINE OPÉRATOIRE SPÉCIALE. — *Opérations sur l'appareil génito-urinaire de l'homme.* — M. Lorin, prosecteur, à partir du 1er juin. — S'inscrire au secrétariat de la Faculté. — Prix : 50 fr.

— MÉDECINE LÉGALE. — Des conférences complémentaires seront faites pendant le semestre d'été, sous la direction de M. le prof. Balthazard, les lundis, mercredis et vendredis, à 6 heures au grand amphithéâtre. Elles porteront sur la toxicologie, les accidents du travail et la législation médicale.

12, 14, 16 et 19 avril, M. Balthazard : Loi du 9 avril 1898. Principe de la réparation des dommages consécutifs aux accidents du travail. Procédure, jurisprudence, rôle du médecin. Principe de l'évaluation des indemnités. Etat antérieur. Maladies professionnelles. — 21, 23, 26 et 28 avril, M. Mauclaire : Traumatismes des membres, de l'épaule, de la hanche, du bassin, du thorax et de l'abdomen. — 28 et 30 avril, M. Duvoir : Complications pulmonaires, cardiaques, hépatiques et rénales des traumatismes. — 3, 5 et 7 mai, M. H. Claude : Complications nerveuses consécutives aux accidents du travail. Tabes et paralysie générale traumatiques. — 10 et 12 mai, M. Laignel-Lavastine : Névroses et psychoses traumatiques ; commotion nerveuse. — 14 et 17 mai, M. Courtois-Suffit : Tumeurs et maladies de la nutrition d'origine traumatique. — 19 et 21 mai, M. Duvoir : Tuberculose traumatique. — 24 mai, M. Ménard : Application de la radiographie aux accidents du travail. — 26 mai, M. Dervieux : Honoraires médicaux. Pratique des expertises, rédaction et dépôt des rapports.

Deux leçons seront en outre faites sur les accidents oculaires, par M. le prof. de Lapersonne, et sur les accidents oto-rhino-laryngés, à des dates qui seront ultérieurement indiquées.

Un enseignement pratique comportant l'examen des blessés a lieu tous les jeudis, à 2 heures, au laboratoire de médecine légale, depuis le 15 avril.

JURISPRUDENCE

LOCATION A DES MÉDECINS DANS DEUX MAISONS CONTIGUES APPARTENANT AU MÊME PROPRIÉTAIRE

Aux termes de l'article 1719 du Code civil, le bailleur est obligé par la nature du contrat, et sans qu'il soit besoin d'aucune stipulation particulière, de faire jouir paisiblement le preneur de la chose louée pendant la durée du bail. Si le bailleur, en louant une partie de sa maison pour l'exercice d'un commerce, d'une industrie ou d'une profession déterminées, s'est interdit, par une clause contenue dans le bail, de louer d'autres parties de la maison pour l'exercice du même commerce, de la même industrie ou de la même profession, la clause est obligatoire ; et sa violation constitue un trouble à la jouissance du locataire. En l'absence d'une clause expresse, l'interdiction de louer peut résulter de l'interprétation des clauses du bail ; et, à cet égard, les juges du fait jouissent d'un pouvoir souverain d'appréciation, à la condition toutefois de ne pas dénaturer le sens d'une clause claire et précise (Cass. Req., 29 janvier 1868, *D.* 68.1.213).

La Cour d'appel de Paris, dans un arrêt du 20 janvier 1920, vient de faire une application intéressante de ces principes à des locations consenties à des médecins dans deux maisons contiguës.

M. X... avait donné à bail au docteur Y... un appartement dépendant d'un immeuble, sis place Saint-Georges, n° 32, dont il était devenu propriétaire par suite de la mort de sa mère ; aux termes d'une clause de ce bail, il s'était engagé à ne louer à aucun autre médecin au 32 de la place Saint-Georges. Ultérieurement, il donna à bail au docteur Z... un appartement dépendant d'un immeuble contigu au précédent, sis place Saint-Georges, n° 30, dont il était propriétaire depuis plusieurs années avant de devenir propriétaire du premier immeuble.

Le docteur Y..., prétendant que ce second bail avait été fait en violation de la clause contenue dans son bail, assigna le propriétaire, afin de le contraindre à mettre fin à l'occupation des lieux par le docteur Z... et de s'entendre condamner à des dommages-intérêts à fixer par état.

Ce qui rendait la question délicate, c'était que les deux immeubles appartenaient au même propriétaire et que les deux maisons étaient réunies en un seul groupe desservi sous deux numéros par la même porte extérieure et par un seul concierge. Il pouvait résulter de cette situation une concurrence préjudiciable à l'un ou à l'autre des médecins ; des erreurs pouvaient être involontairement commises par le concierge.

En raison de ces circonstances particulières, le tribunal civil de la Seine avait fait droit à la demande du docteur Y... Mais la Cour d'appel a infirmé son jugement et décidé que le propriétaire avait agi dans la plénitude de son droit :

« Considérant, en effet, dit-elle, que la Cour n'a pas à rechercher la solution qui aurait dû intervenir en l'absence d'une clause spéciale dans le bail dont s'agit ; que les parties ayant eu la précaution de manifester leur volonté dans une clause formellement exprimée audit acte, il échet seulement d'interpréter et d'appliquer ladite clause ;

« Considérant que cette interprétation est facile, et que la clause textuellement rappelée ci-dessus ne présente aucune ambiguïté ; que l'interdiction qu'elle édicte s'applique au n° 32 ; que le n° 30 n'y est nullement visé, et qu'on ne pourrait l'y faire rentrer qu'en donnant à la convention des parties une extension qu'elle ne comporte pas. »

Ainsi, la Cour a interprété strictement les dispositions du bail qui avait été conclu avec le docteur Y... ; en fait, elle semble avoir été déterminée par cette circonstance que les deux immeubles étaient distincts et portaient des numéros différents. Dans un arrêt déjà ancien du 8 septembre 1861 (*D.* 61.2.198) la même Cour de Paris avait statué dans un sens contraire à celui qui vient d'être indiqué ; elle avait décidé que, lorsqu'il s'agit de deux immeubles contigus, ayant des entrées et des cours à peu près communes et entre lesquelles la confusion était presque inévitable, l'article 1719 du Code civil sainement interprété ne pouvait autoriser le propriétaire à laisser s'établir, entre des locataires de l'une et l'autre maison, une concurrence qu'il devait empêcher. Comme on l'a dit plus haut, il y a, en cette matière, une question de fait soumise à l'appréciation du juge, qui cependant ne peut dénaturer le sens de la convention.

En définitive, le médecin, au moment où il conclut son bail avec son propriétaire, doit s'efforcer de faire insérer une clause d'interdiction, pour la location à un autre médecin, aussi large que possible s'il veut être à l'abri de la concurrence qui pourrait lui être faite ultérieurement.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.


THIGÉNOL "ROCHE"
Inodore, non caustique, non toxique, soluble eau, alcool, glycérine.
OVULES ROCHE
THIGÉNOL
dosés à 30%
P. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
PARIS
EN GYNÉCOLOGIE
Décongestionnant intensif
Désodorisant
Analgésique
EN DERMATOLOGIE
Topique kératoplastique
Réducteur faible
Antiprurigineux
RÉSULTATS RAPIDES
Echantillon et Littérature
PRODUITS F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, Place des Vosges. PARIS.


FARINES MALTÉES JAMMET
de la Société d'Alimentation diététique
pour le régime
des MALADES, CONVALESCENTS, VIEILLARDS
et l'ALIMENTATION DES ENFANTS
FARINES TRÈS LÉGÈRES
RIZINE
Crème de Riz maltée
ARISTOSE
à base de Blé et d'Avoine maltés
CÉRÉMALTINE
Arrow-Root, Blé, Orge, Maïs
ORGÉOSE
Crème d'Orge maltée
FARINES LÉGÈRES
GRAMENOSE
Avoine, Blé, Maïs, Orge
BLÉOSE
Crème de Blé total maltée
AVENOSE
Farine d'Avoine maltée
LENTILOSE
Farine de Lentilles maltée
CACAO GRANVILLE, Cacao à l'Avenose, à l'Orgéose, etc...
MALT GRANVILLE – MALTS TORRÉFIÉS – MATÉ SANTA-ROSA
CÉRÉALES spécialement préparées pour DÉCOCTIONS
USINE ET LABORATOIRES A LEVALLOIS-PERRET
BROCHURES ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE
CÉRÉMALTINE
La BOITE de 20 REPAS environ
DÉPOT GÉNÉRAL : JAMMET
47, Rue de Miromesnil, PARIS
Dépot général Mon JAMMET, Rue de Miromesnil 47 Paris

LES

PETITS SIGNES DE L'HÉPATISME

Par M. Roger GLÉNARD

Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Docteur ès sciences.

Aucune théorie de pathologie générale, concernant les maladies du tube digestif et de la nutrition, n'est plus féconde en déductions cliniques et thérapeutiques, et ne mérite mieux l'étude approfondie et persévérante que celle de l'hépatisme (1) surtout lorsqu'on peut bénéficier des meilleures directives.

Cette doctrine, basée, on le sait, sur l'examen du foie par le « procédé du pouce », a établi que nombre de dyspepsies, de névropathies et de maladies de la nutrition, sont, au même titre que certaines affections propres hépatiques (lithiase biliaire, ictère, cirrhoses), les manifestations momentanées d'un processus morbide chronique du foie, à lente évolution, à poussées successives, séparées par des intervalles plus ou moins longs d'état silencieux, et caractérisé, tout au moins au début, par une insuffisance fonctionnelle, héréditaire ou acquise, de la cellule hépatique.

Voici comment on peut en dresser la liste.

MALADIES DU GROUPE DE L'HÉPATISME

Dyspepsies et névropathies. — Neurasthénie, névropathies diverses, névralgies. Dyspepsies. Entéroptose. Entérite muco-membraneuse.

Maladies propres du foie. — Congestion du foie. Ictère catarrhal. Cirrhoses.

Maladies de la nutrition. — Lithiase biliaire, gravelle, goutte, rhumatisme, obésité, diabète, migraines. Asthme. Dermatoses.

C'est par le foie que s'établit le lien de parenté que l'on a toujours reconnu exister entre les maladies dites de l'arthritisme, et c'est la communauté de cette pathogénie qui leur vaut de bénéficier toutes, dans certaines conditions, du traitement hydrominéral de Vichy. Celui-ci n'a-t-il pas son maximum d'indication dans les cas où, derrière le tableau morbide apparent, on peut déceler l'existence de la diathèse hépatique ?

Il est donc du plus grand intérêt pour les malades dont nous parlons, que l'on pousse le diagnostic plus loin que la simple constatation des symptômes ou du syndrome manifestés et que l'on cherche à établir, pour chacun d'eux, leur pathogénie réelle, seul guide pour un traitement judicieux.

Or si l'hépatisme peut être invoqué dans de fréquentes occasions, il en est beaucoup d'autres où la maladie relève d'une origine toute différente.

A quoi reconnaîtra-t-on qu'on se trouve en présence d'un cas d'hépatisme et qu'il convient d'en appliquer le traitement ?

Au cours d'une des affections signalées plus haut et n'attirant en rien l'attention du côté du foie, à quels signes pourra-t-on se rendre compte qu'on est, en réalité, en présence d'une maladie chronique du foie à lente évolution, dont le tableau morbide actuel n'est qu'une manifestation momentanée ?

Ne sera-t-il pas encore plus difficile de reconnaître l'hépatisme à son *début*, chez ceux qui ne sont encore que des *demi-malades*, ou encore pendant les périodes intercalaires aux manifestations morbides, alors que seuls les anamnestiques ou quelques troubles légers, généralement extrahépatiques, existent pour diriger l'enquête. Cependant l'examen physique révélateur du foie permettrait, en général, à ce moment, si on avait l'idée de le pratiquer, de trouver l'origine des malaises et de faire suivre telle thérapeutique préventive susceptible d'enrayer l'évolution de la diathèse.

Il importe donc au premier chef de savoir distinguer ce que l'on peut appeler les *petits signes de l'hépatisme*. Dans l'ensemble ce sont les mêmes qui constituent, lorsqu'ils sont très accentués, les syndromes de *prélithiase* et de *précirrhose* avant-coureurs des maladies importantes du foie : leur persistance à un plus faible degré, pendant les périodes de santé relative prémonitoire, indique la pérennité du tempérament morbide hépatique.

SYMPTÔMES FONCTIONNELS HÉPATIQUES. — Parmi les symptômes fonctionnels susceptibles d'attirer l'attention sur l'existence possible de l'hépatisme, il faut citer, dans certains cas, la présence d'une *sensibilité légère de l'hypocondre droit*, trahissant un certain degré de congestion du foie.

Rarement il s'agit de douleurs vives pouvant faire songer à quelque colique hépatique. Presque toujours les malades ressentent comme une gêne, une pesanteur, un gonflement, une tension sourde, diffuse, parfois entrecoupée d'exacerbations plus fortes.

La région vésiculaire est quelquefois particulièrement sensible, ou encore le lobe gauche dont le bord inférieur, on le sait, traverse l'épigastre en diagonale. Cette douleur du creux de l'estomac se distinguera, par son siège, ses caractères, sa propagation, sa localisation aux rayons X, de celle qui peut provenir du pylore ou du plexus solaire.

La douleur du foie peut envoyer des irradiations lointaines, parfois vers l'appendice, plus souvent à la pointe de l'omoplate droite, à l'épaule droite ou dans tout autre partie du thorax, simulant une névralgie intercostale ou un point de côté d'origine pulmonaire.

Ces sensations pénibles, variant d'intensité au cours de la journée, comme nous le verrons, sont provoquées ou augmentées par les écarts de régime (aliments gras surtout), par les fatigues, les exercices trop violents ou trop prolongés, les trépidations, et également par les soucis, chagrins, préoccupations de tout ordre.

Elles sont accompagnées en général de fatigue, d'insomnie et aussi d'un peu de subictère qui complètent le tableau morbide.

La palpation du foie ne les réveille pas d'une façon constante. Quant à leur durée elle est extrêmement variable et dépend du degré de gravité et du traitement de la maladie.

SYMPTÔMES FONCTIONNELS EXTRAHÉPATIQUES. — A côté des douleurs hépatiques, qui, lorsqu'elles sont manifestes, éclairent si avantageusement le diagnostic, il faut faire une large place, avec Frantz Glénard, Pascaud, aux symptômes fonctionnels extrahépatiques, dont chaque appareil peut être le siège. La possibilité de leur pathogénie hépatique est prouvée par leur équivalence aux signes des maladies proprement dites

(1) Frantz GLÉNARD. Des résultats objectifs de l'exploration du foie chez les diabétiques. Du diabète alcoolique (communication *Acad. de méd.*, 21 avril 1890 et *Lyon méd.*, 20 avril 1890). — Palpation bimanuelle du foie par le « procédé du pouce ». Introduction à l'étude de l'hépatisme (communication *Soc. méd. de Lyon* et *Lyon méd.*, 3 janv. 1892). — De l'hépatisme (arthritisme par insuffisance hépatique), *Monde méd.*, 5 et 15 mai 1913.

du foie, ou à ceux que la pression sur le bord inférieur de cet organe est susceptible de faire naître.

Appareil digestif. — Un des symptômes les plus fréquemment rencontrés, et un des premiers à apparaître, est l'*amertume de la bouche*, sensation désagréable rappelant le goût de la quinine, continue avec exacerbations à certaines heures de la journée, et semblant due à un léger degré de cholémie. Elle s'accompagne souvent de langue blanche et de sécheresse de la bouche.

A noter également le *pyrosis*, sensation de brûlure le long de l'œsophage et du pharynx, due à la remontée du liquide hyperchlorhydrique de l'estomac. Les *aigreurs* et *renvois acides* méritent d'en être rapprochés.

Au pyrosis se joint parfois de la *pituite*, avec rejet de liquide filant, en plus ou moins grande quantité. Ce symptôme, survenant surtout le matin chez les alcooliques, est toujours accompagné d'un foie tuméfié et sensible à la palpation, indice d'un processus congestif de cet organe.

Parmi les **manifestations gastriques** d'origine fréquemment hépatique, les *nausées* constituent une variété souvent rencontrée soit associée avec d'autres troubles, soit occupant seule le tableau clinique, et lui imprimant une allure très particulière. On voit des jeunes filles se plaindre d'avoir constamment mal au cœur, d'être toujours barbouillées, sans que l'état somatique extrahépatique présente quoi que ce soit qui puisse en apporter la raison.

Les *vomissements* qui en sont fréquemment la conséquence réalisent parfois le syndrome de véritables indigestions. La palpation du foie peut provoquer la nausée, et la pathogénie hépatique sera toujours à éliminer toutes les fois qu'il s'agira de conclure à l'existence de vomissements d'origine nerveuse.

L'*appétit est généralement conservé* quoique capricieux. Ce que l'on observe plutôt, ce sont, à certains moments de la journée, vers 10 heures du matin, vers 4 heures de l'après-midi ou encore dans la nuit, des *tiraillements d'estomac*, délabrements, fausses faims, besoins de prendre, qui cèdent à l'ingestion d'un gâteau sec, par exemple : d'autres fois l'appétit est bon, mais disparaît dès les premières bouchées.

Les *digestions* sont en général *longues*, et marquées par mille petits malaises, *ballonnement* du ventre, obligeant le malade à desserrer sa ceinture, gonflement, poids sur l'estomac, *somnolences* allant jusqu'à la nécessité d'un sommeil profond, arrivant comme un coup de massue, et ne laissant après lui qu'une impression pénible de lourdeur de tête et de lassitude. Ces somnolences peuvent suivre de suite le repas, ou survenir à une distance de lui un peu plus éloignée. Elles se manifestent parfois seulement par des *bâillements* et sont liées fréquemment à l'ingestion d'aliments gras ou cuits dans la graisse.

Il faut encore citer, parmi les signes hépatiques, certains cas de *douleurs d'estomac*, ou de *crampes* dont le diagnostic devra être fait, naturellement, avec les douleurs d'origine gastrique pure.

Les **signes intestinaux** d'origine hépatique ne sont pas moins importants. Les selles sont irrégulières et peuvent être produites avec des *alternatives de diarrhée et de constipation*, mais c'est la constipation qui est le plus souvent rencontrée. C'est elle, qui, souvent masquée par de la *fausse diarrhée*, commande l'emploi fréquent des laxatifs, pour favoriser le cours de la bile, dont l'influence est si grande, tant par sa qualité que par sa quantité, sur le fonctionnement de l'intestin.

Il peut y avoir de la *diarrhée prandiale*, c'est-à-dire survenant de suite après les repas, même au cours de celui-ci, tenant le malade sous l'appréhension d'être obligé de se lever brusquement de table. Certaines formes d'*entérite muco-membraneuse* relèvent d'un mauvais fonctionnement du foie, et même le tableau clinique de l'*appendicite* peut être simulé par une irradiation réflexe à point de départ hépatique, comme le montre la douleur provoquée dans certains cas, à la fosse iliaque droite, par la palpation du foie.

Achevons en disant que les *selles* peuvent être variables comme aspect — molles, spumeuses, ou bien décolorées ou encore nettement bilieuses.

Il n'est pas jusqu'aux *hémorroïdes* qui, révélant l'existence d'une gêne de la circulation portale, attireront aussi l'attention vers le foie.

Appareil respiratoire. — De ce côté on doit signaler, outre le coryza, la fréquence de ce qu'on appelle la *toux hépatique*, sèche, répétée, survenant par quintes ou non, sans correspondre à quoi que ce soit d'origine pulmonaire. Il faut être prévenu de sa possibilité chez les enfants, dont le tube digestif fonctionne d'une manière irrégulière, et savoir reconnaître sa véritable cause.

Il en est de même des accès de *dyspnée*, d'essoufflement, de constriction de la poitrine et même de certaines *crises pseudoasthmatiques* dont le diagnostic sera parfois bien difficile au début, si l'on n'a pas l'esprit attiré sur leur moment d'apparition en rapport avec les repas et sur leur relation avec les aliments ingérés.

Appareil circulatoire. — Les affections légères du foie peuvent donner lieu à des palpitations, que l'on voit survenir soudain au cours de la digestion; d'autres fois, à des accès de *fausse angine de poitrine* avec angoisse plus ou moins marquée, dont la nature pourra être révélée par l'apparition du même syndrome à la pression sur le bord inférieur du foie, par le procédé du pouce. On voit combien ce mode de palpation est susceptible de rendre service dans certains cas.

Il convient encore de signaler la tendance aux hémorragies, aux fluxions (épistaxis, etc.). Un certain nombre des maladies que groupe l'hépatisme n'ont-elles pas été classées par Sénac dans ce qu'il a appelé « la diathèse congestive »?

Reins. — Il existe des *albuminuries* nettement hépatiques et qui s'améliorent par un traitement visant cette pathogénie extrarénale. L'albuminurie, dans ce cas, est légère, généralement intermittente, et semble liée, en partie, aux produits toxiques contre lesquels le foie n'élève plus une barrière suffisante.

Peau. — Le revêtement cutané est le siège de manifestations très fréquentes d'origine hépatique.

Le *teint jaune*, bistre, subictérique, le pourtour des yeux jaune, représentent un ictère en petit, qui est l'indice d'un certain degré de cholémie acholurique, c'est-à-dire trop légère pour pouvoir être décelable par l'examen des urines.

Cette couleur de teint peut être passagère ou durable et, dans ce cas, elle aide à reconnaître l'existence du tempérament bilieux.

D'autres fois, la peau de la face est marbrée de

taches brunes symétriquement placées, et formant une couronne frontale, des lunettes pigmentaires, dont l'intensité est en rapport avec l'état du foie. Les cyanides, les *éphélides* entrent dans cette catégorie d'hépatides xanthiques.

Le *xanthélasma* est plus directement encore sous l'action hépatique puisqu'il représente un dépôt de cholestérine. Il s'agit de macules jaunâtres, de la grosseur d'un pois, peu saillantes, de consistance élastique, situées généralement à la partie interne de la paupière supérieure.

De nombreuses variétés d'*eczéma* sont du ressort du fonctionnement défectueux hépatique et surviennent même alternativement avec d'autres troubles notoires de la même origine. Il faut en rapprocher les *poussées d'herpès*, de zona, et encore la couperose, qui entre dans les manifestations digestives hépatiques.

L'*urticaire*, de tout temps classé parmi les indices de trouble du fonctionnement du foie, est lié, en général, à l'ingestion d'aliments toujours les mêmes pour tel individu. Le traitement hépatique l'améliore beaucoup et souvent le fait complètement disparaître.

Enfin une place est à faire aux *démangeaisons*, prurit anal, par exemple, qui, sans doute, sous la dépendance d'une légère présence de sels biliaires dans le sang, sont une manifestation fréquente de l'hépatisme, dont elles subissent directement les fluctuations.

Système nerveux. — Le système nerveux est le siège de fréquents troubles dont le diagnostic de l'origine hépatique sera d'une grande utilité pour le traitement.

L'*hypocondrie* est connue de toute antiquité pour en faire partie, avec la tristesse, les idées noires, la lassitude morale, l'inappétence au travail qui amène rapidement la fatigue, la difficulté de fixer l'attention, la diminution de la mémoire qui l'accompagnent si souvent. L'ensemble de ces symptômes, joint aux douleurs et lourdeurs de tête, peut réaliser tout le tableau de la *neurasthénie*.

Des troubles mentaux légers peuvent même survenir et trouver une amélioration sensible par un traitement hépatique. Plus souvent il s'agira seulement de nervosité, irritabilité, impatiences, énervement.

L'*insomnie nocturne* est un des signes cardinaux de l'hépatisme. Ce n'est pas l'insomnie du nerveux qui, l'esprit dominé par quelque préoccupation, met un temps fort long à s'endormir. L'hépatique s'endort à l'heure voulue, mais il se réveille à 2 heures du matin ou à 4 heures suivant les cas, et reste d'autant plus longtemps éveillé, que l'alimentation s'est écartée davantage, au repas du soir, de l'hygiène régulière. Ce qui montre bien l'origine digestive de ce trouble, c'est le rétablissement du sommeil par des médicaments, comme le bicarbonate de soude, et le sulfate de soude; ce dernier pouvant être considéré comme le meilleur somnifère du dyspeptique, beaucoup plus actif que telle préparation opiacée, pourtant si efficace contre l'insomnie nerveuse.

Signalons encore les *migraines*, survenant périodiquement, avec vomissements ou non, et les douleurs variées, maux de tête d'origine digestive, douleurs intercostales, sciatiques, douleurs précordiales, rhumatismes divers.

Les *vertiges* constituent parfois un signe tenace et préoccupant. Souvent constants à un faible degré, ils présentent des exacerbations soit le matin, soit à des heures variables de la journée, et ils rendent les malades craintifs et anxieux dans leurs projets.

Le vertige peut être remplacé par une sensation de froid, avec sueurs, mains glacées; du reste, les hépatiques sont généralement hypothermiques, avec ralentissement du pouls.

Enfin, il nous reste à examiner un signe d'une fréquence extrême, qui est une des marques les plus caractéristiques de l'hépatisme. C'est une diminution de l'état des forces, très particulière, et qu'il convient d'analyser en détail.

La *fatigue hépatique* (1), comme la congestion du foie qu'elle accompagne très fréquemment, survient de préférence, à la suite de suralimentation, écarts de régime, soucis, chagrins, émotions violentes, traitements intensifs (crise thermale).

Sa caractéristique est d'être discontinuée, subissant des exacerbations, sous forme de véritables accès, qui surviennent de préférence le matin au lever (les premiers mouvements les dissipent) ou bien encore au cours des digestions.

Débutant sans cause immédiate d'effort et pouvant frapper le malade alors qu'il est, par exemple, au repos, l'accès de fatigue hépatique consiste en une sensation extrême de lassitude, avec tendance au sommeil et lourdeur des membres, mais sans douleur musculaire, sans céphalée, souvent même sans diminution de la volonté d'agir; de plus un exercice modéré a fréquemment l'action la plus favorable sur lui.

Toutes ces particularités permettent le diagnostic avec les fatigues de surmenage, de convalescence, et celles qu'on rencontre dans la neurasthénie, le diabète, l'entéroptose, sauf si l'intervention concomitante d'un facteur hépatique vient modifier leur allure.

Ce symptôme est rarement isolé. Dû à une autointoxication de l'organisme, par suite de l'insuffisance hépatique, il coexiste, en général, avec d'autres troubles, parmi ceux qui viennent d'être étudiés, et le diagnostic devra être fait sur l'ensemble des petits signes de l'hépatisme, dont les plus importants sont, en résumé : des *modifications du fonctionnement de l'estomac et de l'intestin*, et des troubles *de l'état des forces et du sommeil*.

Caractères généraux de cette symptomatologie. — Une triple caractéristique donne leur cachet particulier à ces différents symptômes. Ils sont à la fois dissociés, fugaces et périodiques.

Ils sont *dissociés* dans le sens que jamais on ne les observe en totalité. L'un ou l'autre peut même occuper une place si prépondérante qu'il envahit le tableau clinique en entier. Il en est ainsi des vertiges, nausées, insomnies, eczéma, urticaire, migraines, fatigues, etc., et seul un examen minutieux peut mettre sur la voie de leur pathogénie hépatique.

Cependant on constate souvent aussi qu'il se forme des groupements de symptômes suivant la déviation subie par le fonctionnement du foie. Ainsi distingue-t-on un *hépatisme cholémique* tenant à un trouble des fonctions biliaires, et comprenant des malades au teint jaunâtre, amaigris, dyspeptiques,

(1) Roger Glénard. Les accès de fatigue d'origine hépatique. *Bull. Soc. de méd.*, séance du 12 mars 1920.

irritables, constipés, ptosiques, au ventre flasque et à l'intestin sténosé, et un *hépatisme uricémique*, correspondant à un trouble des fonctions protéolytiques, et se rapportant à des sujets pléthoriques, au tempérament sanguin, gros, gras, avec ventre augmenté de volume et foie orienté vers l'hyperhépathie, comme le précédent l'était vers l'hypohépathie. Il faut craindre chez eux, pour l'avenir, le diabète, le rhumatisme chronique, la goutte, la gravelle et l'obésité.

Cette division de l'hépatisme, signalée dès le début des descriptions, a été confirmé par de nombreux auteurs, parmi lesquels il est juste de citer MM. Mongour (1), Castaigne et Chiray (2), Fiessinger (3).

Comme deuxième particularité, les petits signes de l'hépatisme ont celle d'être *fugaces*, c'est-à-dire qu'ils arrivent par phases, séparées par de longs mois de santé apparente.

Enfin et surtout ils sont *périodiques*, en ce qu'ils n'ont pas une intensité uniforme à tous les moments de la journée, mais subissent des exacerbations en rapport avec les grandes fonctions de la vie végétative, ingestion alimentaire, fonctions gastrique, intestinale, rénale, sommeil.

C'est là un signe cardinal de l'hépatisme et qui donne la signature hépatique à tous ces symptômes, qui, dans d'autres cas, peuvent relever d'une pathogénie très diverse.

Citons, à titre d'exemples de cette périodicité, l'exacerbation à 3 heures de l'après-midi, de la soif et de la glycosurie du diabétique, de la pesanteur et de la fausse faim du dyspeptique, de la faiblesse de l'entéroptosique, de la lassitude de l'hépatique, de l'hypocondrie ou de l'obsession du neurasthénique, de la crampe du gastralgique. Citons encore le début à 2 heures du matin de l'insomnie chez le ptosique, l'alcoolique, le neurasthénique, et de la crise douloureuse chez le cholélithiasique, et enfin l'apparition, à 4 heures du matin, de l'arthralgie du goutteux, des douleurs du rhumatisant, de la diarrhée du graveleux.

Cette périodicité, qui, parfois, incite à tenter l'action de la quinine, est un symptôme fondamental de l'hépatisme, et devra toujours attirer l'attention du côté du foie.

*
* *

Antécédents personnels et héréditaires. — Si la symptomatologie ne donne qu'une présomption en faveur de l'hépatisme, on puisera dans l'étude des antécédents personnels et héréditaires un élément précieux d'information. En cas d'hépatisme il est rare qu'on n'y trouve pas quelque symptôme cardinal hépatique ou quelqu'une des maladies appartenant à cette même famille.

De même l'*étude des causes* des troubles morbides présentés par le malade fera trouver une étiologie souvent réputée pour son affinité hépatique : paludisme, puerpéralité, suralimentation, écarts de régime, éthylisme, infections, traumatismes, émotions, chagrins.

De ce supplément d'enquête sera vraisemblablement née une impression clinique, qu'il appartiendra de chercher à corroborer par les moyens que nous avons à notre disposition, tirés de l'examen physique du foie et des méthodes de laboratoire.

Examen physique du foie. — La palpation de tout l'abdomen doit être faite systématiquement, organe par organe, en interrogeant chacun d'eux suivant le procédé de palpation qui lui est propre, chez tous les malades se plaignant d'un quelconque des troubles précédents, avec le caractère de périodicité qui en constitue l'estampille hépatique.

On examinera plus particulièrement le foie, et l'on ne négligera surtout pas d'adjoindre aux méthodes classiques la palpation du bord inférieur de cet organe par le *procédé du pouce*.

On sait que celui-ci se pratique, assis sur le bord du lit, face au malade, et a pour but de chercher, à la fin de l'inspiration, à accrocher d'arrière en avant et à faire sauter sur le pouce la crête du bord du foie.

Pour rendre possible cette manœuvre, on doit préalablement appliquer le bord du foie contre la paroi abdominale antérieure, d'une part en soulevant la région lombaire droite, d'autre part en refoulant la masse intestinale sous le foie par compression de la fosse iliaque gauche.

La prise d'un diagramme notant les détails de l'examen permettra d'en conserver la trace pour son application ultérieure.

Ainsi pourront être fréquemment trouvés (chez les malades atteints des troubles qui viennent d'être énumérés) des modifications de forme, de situation, de consistance, ou de sensibilité du foie, qui de suite montreront que cet organe est ou a été malade, et qu'il joue vraisemblablement un rôle important dans le tableau clinique.

Dans l'évolution des signes physiques hépatiques, au cours de la maladie chronique du foie que nous envisageons, cet organe commence par être sensible, puis il devient tuméfié, puis hypertrophié. Si l'affection chronique hépatique rétrocède et entre dans une phase de repos, on a alors affaire aux foies ptosés ou déformés, mais qui trahissent la persistance du point faible de l'organisme, un foie ayant été atteint, à un moment donné, ne retrouvant plus jamais son intégrité primitive.

Les différentes modifications hépatiques sont d'abord monolobaires, suivant la nature et la porte d'entrée de l'agent causal, avant de s'étendre à l'organe tout entier ; chaque lobe évolue pour son compte, et l'observation de toutes ces particularités aidera grandement à préciser le diagnostic.

Examen radiologique (1). — L'examen radiologique pourra rendre service dans certains cas. L'examen du bord inférieur du foie aux rayons X est devenu facile depuis la généralisation des procédés d'insufflation gastrique et intestinale, et même possible aussi, dans des cas exceptionnels, par les injections intrapéritonéales d'oxygène.

Malgré certaines réserves, on pourra recourir à son emploi, pour suivre l'évolution des dimensions hépatiques, ou pratiquer, dans quelques cas particulièrement délicats, la palpation sous l'écran.

D'une manière générale, l'utilisation plus fréquente des rayons X, en corroborant les résultats

(1) Ch. Mongour. *Précis des maladies du foie et des voies biliaires* (coll. Testut). Paris, Doin 1905.
(2) J. Castaigne et N. Chiray. *Manuel des maladies du foie et des voies biliaires* (in Debove, Achard, Castaigne). Paris, Masson 1910.
(3) J. Castaigne et Noël Fiessinger. Les maladies du foie et des voies biliaires (in *Le Livre du médecin*). Paris, Poinat 1918.

(1) Roger Glénard et J. Aimard. Palpation et radiologie du bord inférieur du foie. *Bull. Soc. méd. des hôpit.*, 19 mars 1920.

obtenus par la palpation, montrera la grande fréquence des altérations hépatiques dans nombre de maladies où la possibilité de leur existence devrait être toujours systématiquement contrôlée.

Recherches de laboratoire. — Un autre procédé d'enquête sera celui qui consiste à recourir aux méthodes de laboratoire pour juger exactement de l'état des différentes fonctions du foie.

Ces recherches sont infiniment précieuses, mais ne jouent pas, dans la pratique courante, le rôle exclusif qu'on aurait souvent tendance à leur donner : l'interrogatoire du malade et l'examen clinique, avec palpation méthodique de l'abdomen, occuperont toujours la place prépondérante.

Les procédés de laboratoire sont, en effet, généralement délicats, d'une interprétation difficile et il est nécessaire que l'insuffisance hépatique soit déjà assez avancée pour qu'elle se révèle par des réactions manifestes (cholémie acholurique).

On aura toujours avantage, cependant, à étudier dans les urines, le sang et les fèces, l'état des nombreuses fonctions du foie, qui, on le sait, peuvent être atteintes isolément et indépendamment les unes des autres (urobiline, sels biliaires dans l'urine, pigments biliaires, cholestérine dans le sang, etc.), car l'importance est grande de faire le diagnostic précoce de l'hépatisme.

Conclusions thérapeutiques. — Toute une thérapeutique découle du diagnostic ainsi obtenu. Si le rôle pathogénique du foie est mis en évidence, on ne devra donc pas seulement se contenter de lui opposer les médicaments dont l'action est réputée comme efficace dans ces cas (sulfate de soude, bicarbonate de soude, opothérapie, cures thermales, etc.).

Le traitement doit encore s'inquiéter de mettre le patient à l'abri des causes qui ont provoqué ou entretiennent la maladie et lui recommander un régime de repos hépatique, comme qualité et comme quantité, un exercice modéré, et autant que possible la mise au calme du système nerveux.

La médication sera complétée par telle manœuvre physiothérapique qui pourra paraître indiquée, et donnera, si l'indication est bien posée, et le traitement suffisamment précoce, les meilleurs résultats.

*
* *

S'il est vrai que la diathèse des maladies de la nutrition n'est qu'une longue affection hépatique, évoluant dans le cours de l'existence, préludant par un simple trouble fonctionnel du foie et pouvant aboutir aux lésions anatomiques les plus graves, il faut bien reconnaître que, de toutes les insuffisances hépatiques, c'est « la plus petite insuffisance (1) » qu'il est le plus utile de savoir diagnostiquer. Seule, en effet, elle permet de prévoir, par conséquent, de prévenir les maladies dont elle est la cause. C'est à ce point de vue surtout que peut être importante la connaissance des « petits signes de l'hépatisme ».

(1) Frantz Glénard. Insuffisance hépatique et maladies de la nutrition. Congrès de Toulouse, 1er avril 1902, *Bull. méd.*, 12 avril 1902.

HERNIE ÉTRANGLÉE

DANS UNE CICATRICE D'APPENDICECTOMIE

Par M. Georges PÉLISSIER (d'Alger).

Les cas de hernie *étranglée* dans la paroi au niveau d'une cicatrice ancienne d'appendicectomie sont tout à fait exceptionnels. Et cependant les hernies par éventration après ablation de l'appendice, surtout si la plaie a suppuré, sont, comme on sait, monnaie courante.

A propos de l'observation de Veau qui attirait l'attention de la Société de chirurgie sur ces faits, Auvray (1) faisait observer qu'il n'avait pu trouver dans la littérature médicale que de rares documents. Harrington (1899), étudiant les suites éloignées de 236 cas d'appendicectomie, trouve 52 hernies mais pas un étranglement. Von Brunn (1910), sur un nombre plus considérable d'opérations, rencontre une centaine de hernies mais pas un étranglement. Les recherches bibliographiques d'Auvray ne lui permettaient de juxtaposer à l'observation unique de Veau qu'un seul cas d'Amblard (Soc. anat., 1906).

Dans la discussion qui a suivi le rapport, Lucien Picqué, Arrou, Chastenet de Géry, Tissot (de Chambéry), Guibé ont apporté des observations inédites.

La thèse de Beaumont (2) publie une observation de Pollosson.

Nous pouvons ajouter à cette brève série de faits un cas de Cabanès déjà publié (3) et l'observation inédite que voici :

Ignace R..., 38 ans, plâtrier, arrive le 27 avril 1918, à 10 heures du soir, à l'hôpital de Mustapha, pour être opéré d'urgence de « hernie étranglée dans une cicatrice d'appendicite ». C'est le diagnostic que l'interne de garde me téléphone immédiatement.

R... a été opéré d'appendicite à chaud (dans les 48 heures) à l'hôpital de Zurich le 5 septembre 1899. La plaie a légèrement suppuré. La cicatrisation était achevée au bout d'une vingtaine de jours.

Une hernie s'est bientôt produite dans la cicatrice. Elle n'apparaissait qu'à propos des efforts. Une compression douce suffisait pour la réduire, souvent avec un bruit de gargouillement. Elle n'avait jamais préoccupé le malade. Elle avait le volume d'un petit œuf.

Le 23 avril 1918, R... fait un trajet de 25 km. à bicyclette. Il dîne et se couche tranquillement à 10 heures du soir.

Vers 4 heures du matin, il est réveillé par de violentes douleurs au ventre. Il porte la main à sa hernie et remarque qu'elle n'est plus réductible. Sa femme lui fait des massages de l'abdomen avec de l'huile chaude.

24 avril. Le matin, à 8 heures, R... se fait examiner par un pharmacien (!?) qui lui ordonne de l'élixir parégorique à la dose prudente (ou homéopathique) de II gouttes par cuillerée d'eau. R... prend 2 cuillerées (IV gouttes). Les douleurs se calment un peu, dit-il. La journée passe.

Le 25 avril, inquiété par les douleurs reparues, étonné de ne plus pouvoir réduire sa hernie, R... veut prendre le train pour Alger. Il y a eu un orage. R... est retardé par un de ces torrents d'Algérie qui, presque à sec la veille oubliant dans leur lit de cailloux un ridicule filet d'eau qu'on franchit à

(1) Victor Veau. Hernie étranglée dans une cicatrice d'appendicite, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1914, t. XL, p. 625 et 767 (bibliogr.). Rapport écrit de M. Auvray.

(2) Beaumont. De l'occlusion intestinale dans les éventrations postopératoires, *Th. de Lyon*, 1904-1905.

(3) E. Cabanès. Hernie étranglée de la paroi dans une incision de Jalaguier, *Bull. méd. de l'Algérie*, 1914, p. 732.

pied, deviennent en quelques heures de redoutables fleuves aux eaux limoneuses. Il arrive à Alger le 26 avril, à 6 heures du soir. Mais il ne songe pas encore au chirurgien, pas même au médecin! Il prend un lavement et se fait appliquer des compresses d'eau chaude sur le ventre.

Le 27 avril, un ... pharmacien est consulté. Il ordonne un purgatif salin et de l'élixir parégorique. Le malade prend sa purge à 7 heures du matin. Il la vomit une demi-heure après.

R... mande cette fois un médecin qui vient 2 heures plus tard, semble perplexe, fait du taxis sur la hernie et ordonne un nouveau purgatif salin. R... le prend à 10 h. 30 et le vomit. Appelé une deuxième fois, le même médecin réadministre une purge qui est vomie. D'ailleurs l'état du malade commence à devenir inquiétant. Les vomissements se répètent, les douleurs sont vives. Le médecin ordonne l'entrée d'urgence à l'hôpital pour « occlusion intestinale ».

A son arrivée, le malade présente de violentes douleurs abdominales. Il a eu des vomissements abondants, verdâtres. Son pouls bat à 112. Il a un visage anxieux, baigné de sueur et un nez légèrement pincé.

Son ventre, musclé, me montre dans la région iliaque droite une tuméfaction irrégulièrement ovale, obliquement couchée de haut en bas et de dehors en dedans, et recouverte d'une peau cicatricielle.

A la palpation, la masse donne la sensation d'être lobulée. Elle est tendue. Le palper réveille une douleur aiguë, dans la profondeur, vers le collet. A la percussion la tumeur est mate. Le taxis, même léger, provoque une douleur intolérable. D'ailleurs on ne l'essaie pas dans un but thérapeutique. On croit avoir mieux à faire.

Opération. — Anesthésie à l'éther (app. d'Ombrédanne). Opérateur : Dr Pélissier. Aide : J.-N. Barthès.

Incision fusiforme circonscrivant toute la cicatrice cutanée distendue. On aborde la hernie en dedans vers la ligne médiane. On atteint le plan du grand oblique que l'on reconnaît bien et que l'on suit sur la partie herniée. Il s'étire et devient adhérent à un tissu fibreux où les plans se fusionnent et recouvrent le sac. On ouvre alors la paroi abdominale jusqu'au péritoine à travers l'aponévrose de l'oblique, le petit oblique et le transverse. Le péritoine ouvert, on reconnaît que l'épiploon et une anse du grêle s'engagent dans le collet de la hernie que l'on voit par sa face péritonéale. Incision du collet, le ventre protégé par une compresse. Issue de liquide hématique. L'anse grêle est lie de vin avec un piqueté hémorragique noirâtre. Le sérum chaud réveille sa contractilité. L'épiploon hernié est réséqué : son pédicule divisé est lié par deux catguts n° 2. On juge que l'intestin peut être réduit. On extirpe avec le sac toute la zone d'éventration. On verse dans le ventre 300 cc. environ de la solution de Delbet. On restaure solidement la paroi à trois plans : surjet au catgut n° 2 sur le péritoine et le fascia fusionnés; points séparés au catgut n° 4 sur le plan musculo-aponévrotique; capitonnage à la Delbet et agrafes de Michel pour le plan cellulo-cutané.

Suites opératoires. — Le malade a supporté très aisément l'opération. La nuit a été bonne. Il n'a plus vomi.

Le 29 avril, le ventre est ballonné, météorisé. On donne un purgatif léger : 20 g. d'huile de ricin. Aucun effet. Un lavement est vain aussi, mais provoque l'émission de gaz.

Le 30 avril, deux lavements sont rendus sans matières. Le ventre reste ballonné. Sonde rectale à demeure. Une selle spontanée le soir.

Le 2 mai. Ablation du capiton.

Le 4 mai. Ablation des agrafes. Plaie nette, bien réunie. Le malade sort 17 jours après l'opération.

Il m'a fait appeler le 27 mars 1919 à son domicile dans la banlieue d'Alger. Il avait des vomissements et de la fièvre, 38°7. J'ai eu un instant des inquiétudes. Ma cicatrice opératoire était idéalement souple, linéaire et solide. Mais je me demandais si quelque bride ou adhérence n'amorçait pas dans le ventre une crise d'occlusion. L'examen attentif du malade me conduisit au diagnostic d'embarras gastrique fébrile. J'ai prescrit un vomitif. Le lendemain le malade allait mieux. Il était complètement guéri 3 jours après.

Ainsi donc, une hernie par éventration, de petit volume (c'est important), réductible et tolérée pendant 18 ans s'est étranglée sans prodromes et sans cause apparente, la nuit, pendant le sommeil. L'étranglement n'a été levé qu'après plus de 3 jours, exactement à la 90e heure. L'intestin était viable. Il a été réduit et le malade a guéri avec une cicatrice solide.

Ce qui est remarquable, dans ce cas, c'est la laxité relative de l'étranglement. Il n'est pas douteux que, prolongée quelques heures encore, la stricture n'eût provoqué le sphacèle, mais elle ne l'avait pas encore produit après 90 heures. Il n'en est pas toujours ainsi. Chez le malade de Veau, 3 *heures* après l'étranglement, l'intestin était d'une couleur noire intense. Il était noirâtre, chez le malade de Guibé, 7 *heures* après le début des accidents.

Ce sont là des *étranglements aigus*, voire *suraigus*. Il est des formes plus torpides d'*étranglement chronique ou à rechutes*. La malade de Pollosson (in Th. de Beaumont, obs. VI), après 4 crises d'étranglement, a été opérée « à froid ».

L'observation qu'on vient de lire est évidemment une forme d'*étranglement subaigu*. Il a été heureux pour notre malade qu'il en fût ainsi. Il eût peut-être payé cher sa temporisation et sa foi robuste aux pharmaciens et aux purgatifs.

Il est une dernière considération qui me semble capitale. Quand on lit les observations, on remarque que, en général, les hernies étranglées se sont produites dans des cicatrices opératoires où la plaie avait été drainée quelques jours et qui avaient peu suppuré. Mais surtout, caractère capital, *toutes ces hernies étaient petites*. Les larges éventrations ne s'étranglent jamais. Il en faut tirer cette conclusion pratique, un peu paradoxale, qu'IL EST INDIQUÉ DE FAIRE LA CURE CHIRURGICALE DES HERNIES PAR ÉVENTRATION D'AUTANT PLUS QUE LES HERNIES SONT PLUS PETITES.

TUBERCULOSE ET SYPHILIS

Par le Dr Louis CAMOUS,
Médecin des hôpitaux de Nice.

Quand Louis Jullien écrivait : « Pas mal de tuberculeux font figure de tuberculeux et meurent correctement comme tuberculeux, quand ils pourraient être sauvés s'ils étaient soignés comme des syphilitiques qu'ils sont » — il n'était pas d'abord sans expérience de malades et ensuite sans connaître l'exemple que Brambilla rapporte dans son traité sur le phlegmon. « On ordonna un électuaire pour un phtisique qui était dans une situation désespérée. Par une méprise d'apothicaire, l'électuaire fut donné à un malade vénérien pour s'en frotter et le phtisique reçut l'onguent mercuriel au lieu de l'électuaire, pour le prendre à l'intérieur. Celui-ci, ne se doutant pas de la méprise, prit de cet onguent environ la grosseur d'une noix muscade, deux à trois par jour, et il fut radicalement guéri de sa maladie, au grand étonnement du médecin, qui apprit ensuite par hasard de l'apothicaire comment la chose s'était faite. »

Swediaur, dans son *Traité complet des maladies syphilitiques* (Paris 1801), en mentionnant l'observation du prof. Franck qui « avait guéri radicalement, par un traitement

mercuriel, une phtisie accompagnée d'un crachement de sang, d'une expectoration purulente et de l'émaciation la plus complète », écrit : « La consomption accompagnée d'une expectoration abondante et d'un ulcère syphilitique des poumons, qu'on appelle aussi la *phtisie syphilitique*, exige l'usage du mercure. »

Lagneau fils, sur les travaux d'Astruc, Schraeder, Mac Carthy et Ricord, établit que la syphilis s'installe sur les poumons et les bronches. Ricord, de son côté, disait dans une de ses leçons : « Un des endroits de l'économie où les tumeurs gommeuses se développent plus fréquemment que l'on ne pense et dont la connaissance est extrêmement importante, c'est le tissu pulmonaire. Depuis plusieurs années, nous avons eu un nombre d'autopsies assez considérable pour nous croire fondé à admettre qu'il y a des lésions pulmonaires qu'il faut de toute nécessité rattacher au tubercule syphilitique. Dans le parenchyme de cet organe, le tubercule syphilitique suit la même marche que dans toute autre partie du corps; c'est la même forme, la même évolution, la même terminaison totale par la fonte purulente. Les malades crachent du pus comme dans la période la plus avancée des tuberculoses pulmonaires. Les sujets maigrissent, s'affaiblissent et bientôt arrive la mort, suite des troubles survenus dans les fonctions respiratoires. »

Et ce que Jullien écrivait en 1902, Vidal, le chirurgien de l'hôpital du Midi, l'écrivait déjà en 1853 : « Plus j'étudie les maladies chroniques des viscères, celles qu'on appelle organiques, plus je me fortifie dans la conviction qu'on a laissé périr de soi-disant tuberculeux faute d'un traitement antisyphilitique. »

Il en va de même aujourd'hui pour la scrofule, dont il paraît plus ingénieux, au lieu de n'y voir qu'un élément causal, d'aller relever « un total ».

Je désire appeler l'attention sur les formes scléreuses et gommeuses syphilitiques du poumon et plus particulièrement chez des sujets ayant passé l'âge moyen de la vie. Voyons rapidement la dissémination pulmonaire.

La pleurésie survenant comme accident secondaire de la syphilis est bien connue. Sergent a différencié les pleurésies se présentant à la période tertiaire :

1° Pleurésies qui accompagnent une lésion syphilitique du poumon.

2° Pleurésies associées à des lésions syphilitiques du voisinage (lésions médiastines).

3° Pleurésies syphilitiques tertiaires primitives.

Nécessité d'un Wassermann avec le sérum sanguin et avec le liquide pleurétique.

La syphilis pulmonaire se présente sous les formes scléreuses et gommeuses et cliniquement : 1° forme pleuro-pulmonaire; 2° forme cavitaire classique ; 3° forme tuberculeuse aiguë ; 4° type sclérose : bronchite chronique et dilatation des bronches ; 5° forme unilatérale : tiers moyen du poumon à évolution rapide.

Laissant pour le moment la discussion d'une parenté microbienne — qu'exclue la science actuelle puisqu'elle classe le microbe de la tuberculose et celui de la syphilis dans des règnes différents — on peut admettre soit une spécificité marchant isolément, soit une association.

Rien ne ressemble plus à une gomme ouverte qu'une caverne irrégulière; pour l'oreille du médecin comme pour l'œil de l'histologiste, le tuberculome simule le syphilome. La forme pulmonaire syphilitique cavitaire simulant admirablement la véritable phtisie est plus banale qu'on ne l'admet généralement et le siège de la lésion autant que le plus ou moins degré de consomption ne sont pas des indications sur lesquelles on puisse faire état.

Toute recherche du bacille de Koch doit donc nécessairement s'accompagner d'une réaction de Wassermann, car la syphilis pulmonaire est protéiforme. Les surprises sont grandes : le traitement sèche complètement des gommes en fonte qui simulaient à s'y méprendre une fonte tuberculeuse. Récemment, à la Société de médecine de Nancy, M. Perrin publiait un cas de gangrène pulmonaire guéri par des intraveineuses de novarsenobenzol.

Je viens d'avoir, dans mon service d'hôpital, le cas d'un homme de 40 ans présentant la forme tuberculeuse banale cavitaire avec W+++, état général mauvais et n'ayant le souvenir d'aucun antécédent syphilitique. Aux injections intraveineuses d'arsenobenzol pratiquées à date très rapprochée, j'ai associé le secours d'un oxydant bactéricide. Je me suis adressé au manganate calcico-potassique préconisé par le Dr Mélamet dans les affections pulmonaires chroniques. Ce sel, administré par la voie intraveineuse, est un stimulant énergique, il tarit la sécrétion bronchique, comme je l'ai maintes fois constaté.

En résumé, nécessité de rechercher la réaction de Wassermann chez tous les tuberculeux en général et plus particulièrement dans les formes : phtisie aiguë, sclérose broncho-pulmonaire, phtisie chronique et pleurésies.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 6 AVRIL 1920)

Action de l'eau sur le sulfure d'éthyle dichloré. — MM. Ch. Boulin et L.-J. Simon.

Sur l'action de la chloropicrine sur les parasites du blé et sur les rats. — M. A. Piutti.

Action de la chloropicrine sur les plantes supérieures. — M. Gabriel Bertrand.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 26 MARS 1920)

Myoclonie oculaire encéphalique. — MM. Sicard et Kudelski présentent un cas d'encéphalite ambulatoire avec le seul symptôme artériel de myoclonie oculaire persistant depuis plusieurs semaines après une diplopie passagère. Les muscles oculaires sont sans cesse agités de mouvements rythmiques sans troubles pupillaires. L'encéphalite myoclonique est susceptible d'engendrer des clonies à localisations les plus variées.

Encéphalite myoclonique et chorée électrique de Dubini. — MM. Sicard et Litrak. A propos de l'encéphalite myoclonique que l'un des auteurs a décrite et à propos de laquelle il rappelait déjà l'analogie avec la chorée électrique de Dubini, M. Litrak a bien voulu traduire le travail initial de Dubini publié à Milan, en 1846, ainsi que les communications ultérieures de ses élèves Pignacca, Fina et Sommati. Ce mémoire rapporte les traits principaux de l'affection que les auteurs ont observée avec les contractions cloniques à rythme électrique caractéristique. Le sommeil est mentionné dans quelques observations, mais comme conséquence de la fatigue occasionnée par les secousses musculaires. L'épidémie de cette époque observée dans la seule Lombardie fut très meurtrière puisque, sur 38 cas observés par Dubini, 35 furent mortels. La notion de contagion directe n'est pas acceptée. Plus tard, les élèves de Dubini complètent l'étude clinique de 1848 à 1863 insistant davantage sur le symptôme sommeil qu'ils considèrent comme un des signes de la maladie et non plus comme une conséquence de l'agitation musculaire et mentionnent une mortalité bien moindre. Il est intéressant, à près d'un siècle de distance, de voir réapparaître sous des traits à peu près analogues, en Europe, l'épidémie myoclonique lombardienne de 1846.

Statistique sur l'encéphalite léthargique. — M. NETTER apporte une statistique sur l'encéphalite léthargique; il insiste sur le caractère protéiforme de cette maladie et considère qu'elle ne présente aucune corrélation avec la grippe.

Nouveaux dosages de l'alcool dans le liquide céphalo-rachidien 24 heures après la fin de l'ingestion. — MM. LE NOBLE, LE GLOAHEC, BAUMIER, CAUN (de Brest) tirent les conclusions suivantes de leurs recherches :

1° Il existe un seuil au delà duquel l'alcool persiste dans le liquide céphalo-rachidien au delà de 24 heures.

2° La quantité d'alcool nécessaire pour franchir ce seuil, présente des variations individuelles. Elle ne paraît pas descendre au-dessous de 250 cc. d'alcool absolu.

3° La durée de la persistance variable (18 jours, 17 jours, 7 jours) est fonction de l'imprégnation antérieure du sujet et de la perméabilité de ses émonctoires, de la dose du toxique, accessoirement du poids de l'individu.

4° Le dosage par la méthode de Nicloux peut permettre une estimation suffisante de la quantité d'alcool ingérée.

5° L'importance pratique (clinique et médico-légale) ne commence que lorsque la présence de l'alcool est constatée plus de 24 heures après la fin de l'absorption du toxique.

6° Le dosage de l'alcool après les premières 24 heures offre beaucoup moins d'intérêt que sa persistance au point de vue des conclusions pratiques qu'on en peut tirer.

7° Il serait intéressant de répéter les expériences de Nicloux sur les animaux au préalable soumis à une intoxication chronique.

Recherches de la réaction de l'alcool dans le liquide céphalo-rachidien chez des sujets soumis à l'action du chloral et du chloroforme. — MM. LE NOBLE, LE GLOAHEC, BAUMIER, CAUN (de Brest) ont retrouvé la réaction caractéristique de l'alcool chez des sujets ayant pris des doses journalières de chloral de 5 à 10 gr. Mais cette réaction n'est vraiment positive qu'au voisinage de 100 gr. Cette réaction est toujours minime (0,02), éphémère et transitoire et ne saurait au même titre que l'acétone fausser les résultats pratiques que peut donner la recherche de l'alcool dans l'humeur rachidienne. L'inhalation chez l'homme d'une quantité déjà considérable de chloroforme (30 g.) n'a pas permis de retrouver la réaction de Nicloux, même après révolution complète et 35 minutes d'anesthésie.

Essais de vaccinothérapie du typhus exanthématique par un vaccin iodé à protéus × 19. — MM. MONZIOLS et COLLIGNON ont expérimenté cette méthode et les premiers résultats obtenus chez 13 malades paraissent favorables.

Encéphalite léthargique (grippe à forme nerveuse primitive). Epidémie de la région de Montpellier. — M. BOSC de Montpellier).

Encéphalite myoclonique. — MM. J. BOURDILLON et D. OLMER (de Marseille) présentés par M. Sicard.

Purpura localisé au cours d'une encéphalite myoclonique à début ambulatoire, contractée à Salonique. — M. Henri ROGER (de Marseille). Début ambulatoire caractérisé pendant une vingtaine de jours par des douleurs et quelques secousses; puis syndrome infectieux aigu avec fièvre élevée, délire, généralisation des secousses myocloniques et purpura localisé à la face antérieure des avant-bras et des bras dans les territoires des nerfs musculo-cutanés et médian hypoexcitables au courant électrique, paresse radiale et paresse du médian.

Ce cas montre la diffusion du virus en dehors du système nerveux, pose la question du diagnostic d'avec le typhus exanthématique et paraît être le premier cas d'encéphalite épidémique originaire de l'armée d'Orient.

Encéphalite épidémique à forme polynévritique. — M. Henri ROGER. L'existence d'une paralysie, atteignant d'abord les membres inférieurs puis les membres supérieurs, avec abolition des réflexes, et s'accompagnant de subdélire, aurait fait autrefois discuter les diagnostics de polynévrite, syndrome de Korsakoff. L'apparition des paralysies oculaires, de quelques mouvements myocloniques ou athétosiques, et l'évolution ultérieure vers la somnolence, font actuellement porter celui d'encéphalite épidémique.

— Communication faite à la séance du 12 mars :

Deux cas de syndromes choréiques vrais dans l'encéphalite aiguë épidémique. — MM. P. LEREBOULLET et J. MOUZON rapportent les observations de 2 malades, chez lesquelles des syndromes choréiques vrais, réalisant de tous points l'ancien type des chorées graves, et nettement distincts des formes myocloniques de la chorée de Dubini isolée par MM. Sicard et Kiveliki, se sont associés à l'évolution d'encéphalites typiques, accompagnées de somnolence, de parésie de l'accommodation, de parésies fugaces de la musculature intrinsèque et extrinsèque de l'œil, de lymphocytose extrêmement discrète du liquide céphalo-rachidien, et de phénomènes infectieux. Dans un autre cas, les phénomènes choréiques, puis la léthargie, enfin les secousses myocloniques se succédaient chez le même malade. Les auteurs insistent sur l'unité clinique de la maladie, malgré les syndromes variés auxquels elle donne lieu, et sur les nombreux types de passage entre les formes décrites jusqu'à présent. Ils signalent l'hypotonie extrême qui accompagne les syndromes choréiques, et qui peut permettre parfois d'en prévoir l'apparition, les syndromes septicémiques, avec angine, qu'ils ont vus précéder manifestement un syndrome choréique dans un cas de rechute, et qui leur semble un argument en faveur de l'essaimage du virus par la voie sanguine, ils insistent sur la fixation bulbaire de la maladie, qui s'est réalisée dans leur IIe observation, et qui s'accompagnait d'altérations dégénératives dans le domaine de l'hypoglosse (atrophie linguale et trémulations fibrillaires). Ils se demandent enfin si l'état de grossesse, qui existait chez une de leurs malades, peut, de même que la grippe, créer un état d'énergie favorable au développement de l'encéphalite aiguë épidémique, et ils envisagent les rapports possibles entre cette forme de la maladie et certaines chorées gravidiques.

LIVRES NOUVEAUX

La Sémiologie cardiaque actuelle, les localisations cardiaques (1), par le Dr O. JOSUÉ, médecin de l'hôpital de la Pitié.

L'auteur passe en revue les manifestations permettant d'établir les localisations dans les différentes portions du muscle cardiaque. Il étudie les troubles qui caractérisent l'apparition de foyers d'origine anormaux des systoles cardiaques et ceux qui permettent de diagnostiquer l'interruption des faisceaux de conduction. Il envisage successivement les reliquats embryonnaires du tube cardiaque primitif, portions spécialisées en vue de la production et de la transmission de la contraction cardiaque et le reste du myocarde.

Les localisations cardiaques doivent être considérées comme des localisations de fonctions. De ce qu'on a pu localiser ces troubles dans une région du cœur, on n'est pas en droit d'admettre qu'on trouvera à coup sûr une lésion matérielle dans la région incriminée. Le trouble fonctionnel siège dans une région précise du muscle cardiaque, mais il n'est pas toujours facile de se rendre compte dans quelle mesure il dépend d'une lésion locale ou d'une autre cause, comme l'influence du système nerveux. L. G.

(1) In-16 de 112 pages avec 18 figures, 2e édition. — Prix net (sans majoration) : 3 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.





CARICA PAPAYA

L'Hôpital et son rôle social, par le prof. DELASSUS, doyen de la Faculté libre de méd. de Lille. In-8. — Lille, Imprimerie Liégeois-Six, 244, r. Léon-Gambetta.

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DES HÉMATÉMÈSES[1]

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. — Deux cas se présentent au clinicien :

1° Il s'agit de rejet de sang par la bouche, et le diagnostic s'impose au médecin. Le sang est rouge, facilement reconnu. Le diagnostic se pose entre l'hématémèse, l'épistaxis, l'hémoptysie, l'hémosialémèse.

a. **Épistaxis.** — Le sang coule par les narines et par la bouche. L'examen du pharynx montre du sang coulant sur la paroi postérieure. Mais, dans certains cas, le sang provenant des narines est dégluti puis rejeté secondairement par vomissement.

b. **Hémoptysie.** — Le diagnostic est bien souvent délicat, surtout si l'on n'assiste pas à l'hémorragie. Mais on se basera, pour poser le diagnostic, sur les caractères suivants :

L'hémoptysie survient chez des malades ayant présenté déjà des symptômes du côté des appareils respiratoire ou circulatoire, alors que l'hématémèse survient de préférence chez des gens ayant un passé gastrique.

L'hémoptysie s'accompagne de toux, de chatouillements laryngés, alors que l'hématémèse s'accompagne de nausées; mais ne pas oublier que le sang vomi peut pénétrer dans le larynx et provoquer la toux; de même le sang provenant des voies aériennes peut être dégluti.

Enfin, le sang de l'hémoptysie est rutilant, spumeux, aéré. Pendant les jours qui suivent, les crachats sont de plus en plus foncés (crachats hémoptoïques). Tandis que dans l'hématémèse le sang qui séjourne dans l'intestin donne lieu à du melæna.

c. **Hémosialémèse**, ou pituite hémorragique, qui s'observerait très rarement chez les hystériques; il s'agit d'un vomissement sanguinolent venant de l'œsophage, peu abondant, ayant l'aspect de gelée rosée diluée dans une grande quantité de salive. Etudiée par Josserand, puis par Mathieu et Milian, l'hémosialémèse serait encore d'une nature indéterminée.

d. Ne pas oublier les hémorragies buccales ou pharyngées, secondairement dégluties, puis rejetées par vomissement, ni les *hématémèses simulées* que l'on observe chez les accidentés du travail ou chez les soldats. A la suite d'une contusion abdominale ou épigastrique, ceux-ci avalent le sang de quelque animal pour le rejeter ensuite en vomissement.

2° Il s'agit, dans d'autres cas, de *vomissements particuliers*, noirâtres ou verdâtres, souvent au cours de troubles dyspeptiques variables. Il faut alors rechercher s'il y a du sang ou non dans les matières vomies. On doit avoir recours aux procédés de laboratoire :

L'examen au microscope n'est pas toujours fidèle, car les hématies peuvent être déformées ou dissoutes dans le suc gastrique.

On peut rechercher dans le liquide vomi s'il y a des cristaux de chlorhydrate d'hématine (Soupault) et suivant les procédés d'usage courant en médecine légale.

Mais d'ordinaire, en clinique, on a recours aux divers procédés chimiques d'un usage courant aujourd'hui :

Réaction de Weber : liquide vomi + acide acétique. Puis, l'extrait éthéré est additionné de teinture de gaïac fraîche et d'essence de térébenthine ou d'eau oxygénée = coloration bleu violet.

Réaction d'Adler : produit vomi + acide acétique + benzidine + eau oxygénée = coloration bleue.

Réaction de Meyer : phénolphtaléine + eau oxygénée = coloration rouge intense.

Réaction de Roland : pyramidon alcool + acide acétique + eau oxygénée = coloration violette nette et rapide.

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE. — L'hématémèse une fois découverte et confirmée, on doit rechercher soigneusement quelle en est la cause. Il est des cas où les circonstances étiologiques imposent le diagnostic d'emblée, et des cas où seule une étude complète du malade permettra de poser le diagnostic de l'affection causale.

A. **Le diagnostic s'impose.** — Nous ne voulons pas insister sur ces faits dans lesquels les circonstances de l'hématémèse font le diagnostic.

1. *Traumatismes* qui peuvent être, soit *externes* avec contusion du creux épigastrique (coup de timon, éboulement, choc, écrasement) ou avec plaie pénétrante de la région. L'hématémèse, dans ces conditions, est immédiate, aussitôt après l'accident, ou tardive; elle est alors la conséquence d'un ulcère créé à la faveur du traumatisme. Ces derniers faits sont d'ailleurs assez rares (Potain, Rendu, Duplay, Richardière, Krönlein, Œttinger, etc.); soit *internes*, par ingestion de corps étrangers.

2. *Brûlures gastriques* par caustiques, acides divers, tels que acide azotique, acide sulfurique, potasse caustique, etc.

3. *Certaines maladies infectieuses* soignées et reconnues; le diagnostic de la cause de l'hématémèse est alors facile.

C'est surtout au cours des formes hémorragiques de la variole, diphtérie, scarlatine, fièvre typhoïde, typhus, endocardite infectieuse.

Au cours de la fièvre jaune, le vomito-negro constitue avec l'ictère et l'état typhoïde les grands symptômes de la maladie. Ce syndrome est très voisin de l'ictère grave.

Au cours des fièvres bilieuses des pays chauds, les vomissements sont souvent constitués par du sang et de la bile.

C'est surtout dans les infections à pneumocoques que Dieulafoy a signalé des érosions multiples de l'estomac pouvant s'accompagner d'hématémèse.

De même l'appendicite grave, dans ses formes toxi-infectieuses, peut s'accompagner de vomito-negro appendiculaire (Dieulafoy). Hématémèses souvent répétées à pronostic fatal.

Signalons seulement les hématémèses du purpura, du scorbut, etc.

B. Mais, en dehors de ces cas où le diagnostic s'impose presque d'emblée, le clinicien devra examiner soigneusement le malade, reconstituer toute son histoire pathologique et chercher à déceler les antécédents gastriques. On parviendra ainsi à poser le diagnostic d'une affection gastrique proprement dite dont l'hématémèse représente, suivant les cas, le premier symptôme ou un symptôme secondaire, tout comme l'hémoptysie au cours de la tuberculose pulmonaire.

1. LES ULCÉRATIONS GASTRIQUES. — a. *Exulceratio simplex* (Dieulafoy). — Il s'agit là d'un processus infectieux aigu, pouvant atteindre une artériole et provoquant dans l'estomac une ulcération superficielle, à bords nets. L'hématémèse survient brusquement, sans cause apparente, en pleine santé. Elle est d'emblée très abondante, parfois même elle revêt une allure foudroyante. La mort survient rapidement ou en 2 à 4 jours par hémorragies répétées. Il n'y a aucun signe général ni local. Aucun symptôme gastrique ne précède ni n'accompagne ces hématémèses.

b. *L'ulcère rond de Cruveilhier.* — L'hématémèse, très fréquente, survient dans 80 p. 100 des cas environ (Lebert). Si l'hématémèse peut être le symptôme initial et révélateur d'un ulcus passé jusque-là inaperçu, le plus souvent il n'apparaît qu'au bout de plusieurs semaines ou plusieurs mois de maladie. Des troubles divers l'ont précédé : douleurs, vomissements, hyperacidité gastrique. Quoi qu'il en soit, l'hématémèse revêt des modalités variables. Tantôt sans cause, tantôt à la suite d'un effort, d'un écart de régime, elle survient *foudroyante*, amenant la mort en quelques minutes. Plus souvent d'intensité *moyenne* elle revêt l'aspect d'une hémorragie à sang rouge, rutilant. Elle se fait en une fois dans la journée, ou bien elle se répète plusieurs fois dans les 24 heures et les jours suivants. Ces hématémèses de l'ulcus sont bien souvent bénignes et disparaissent par le traitement approprié et le malade reprend rapidement des forces. Parfois uniques, plus souvent multiples au cours de l'évolution d'un ulcère, ces hémorragies amènent alors une anémie progressive qui souvent devient extrême.

Il est exceptionnel que le sang vomi soit noir. Le melæna est inconstant dans l'ulcus gastrique.

c. *Gastrites chroniques.* — Au cours de l'alcoolisme chronique (action de l'alcool, de l'absinthe sur la muqueuse gastrique). Les hématémèses sont rares chez les alcooliques, accompagnant les pituites aqueuses, striées de sang.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 35, p. 559.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ

N° 38. — SAMEDI 24 AVRIL 1920. 93e ANNÉE. SAMEDI 24 AVRIL 1920. — N° 38.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 15 francs par an. Étudiants étrangers, 20 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 6 fr. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HOPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 20 avril. — MM. Capette, 19; Monod, 15; Deniker, 18.

— CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — Séance du 19 avril. — Epreuve écrite d'anatomie et de physiologie. — Question donnée : « Anatomie et physiologie des villosités choriales. »

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 19 avril. — Question donnée : « Artère pulmonaire jusqu'au lobule exclusivement. — Causes, symptômes et diagnostic de l'embolie pulmonaire. »

MM. Duchon, 11 + 23 = 34; Le Chaux, 15 + 24 = 39; Aubin, 16 + 25 = 41; Debray, 15 + 22 = 37; Bertrand (Louis), 16 + 25 = 41; Rivalier, 16 1/2 + 24 = 40 1/2; Béthoux, 14 + 24 = 38; de Brun du Bois Noir (Roger), 16 + 23 = 39; Gornouce, 16 + 12 = 35; Lauzier, 16 + 25 = 41.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 17 avril. — Question donnée : « Diagnostic des méningites aiguës. »

MM. Markovitch, 5; Perrève, 8; Mlles Hallion, 17; Gagey, 10; Ivanichevitch, 16; MM. Holodenko, 17; Fuizi, 12; Hervé, 11; Flipo, 19; Girard, 15; Gallot, 17; Fontaine, 16; Mlle Grunbaum, 12 1/2; MM. Giberton, 16; Flahaut, 18, Mlle Guéry, 9; MM. Froyez, 10; Fumery, 15; Henriot; 12 1/2.

Séance du 18 avril. — Question donnée : « Diagnostic de la grossesse à terme. »

MM. Ibos, 19; Farrand (Jean), 12; Mlle Hugueny, 14; MM. Giraud, 10; Gallet (Jean), 12 1/2; du Fayet de la Tour, 15; Gley, 10; Fesquet, 8; Filliol, 12; Mme Vve Guetschel, 20; M. Imbert (Joseph), 10; Mlle Frey, 11; MM. Grognard, 16; Grenet, 5; Hiély, 10; Fouché, 8.

Séance du 20 avril. — Question donnée : « Diagnostic différentiel causal et thérapeutique des péritonites aiguës. »

MM. Guitton, 13; Hennetier, 15; Houlnick et Grandperrin, 10; Mlles Guyot, 13; Gelé de Francony, 10; M. Gauran, 9; Mlle Harmelin, 20; MM. Hamburger, 13; Ghouila-Houri, 15; Mlles Gaumont, 7; Frontard, 20; M. Guéneau de Mussy, 12; Mlle Hendlé et MM. Gricouroff, 7; Guyot (Philibert), 12 1/2; Mlle Halperson, 10; MM. Hurez, 12; Hautefeuille, 14; Grognot, 13.

Anatomie. — Séance du 19 avril. — Question donnée : « Les muscles biceps et coraco-brachial. »

M. Sicard et Mlle Vasseur, 14; MM. Tariel, 11 1/2; Richard, 10; Roussel (André), 14; Mlles Rogier, 13; de Sèze, 13 1/2; Rémy, 10; MM. Restoux, 13; Roussel (M.), 14; Mlle Schulmann, 7; M. Roby, 10; Mlle Rondinesco, 13 1/2; MM. Schœngrun, 13; Thoral, 12; Scialom, 11; Renault, 19; Samsœn, 14; Rigal, 13; Tournilhac, 14.

Séance du 20 avril. — Question donnée : « Configuration extérieure et rapports de l'estomac. »

M. Riera, 15; Mlle Stœber, 12; MM. Vasseur, 13; Séguin et Salavert, 12; Mlle Saint-Laurens, 10; MM. Salvan, 15; Soullier, 14; Mme Souffland, 11; MM. Turrillot, 15; Vendel, 17 1/2; Sallard, 12; Wuithier, 11; Mlle Waynbaum, 17; M. Willemin (Eugène), 10; Mlle Vilter, 18; MM. Yotte, 10; Waitz, 13; Villot et Vlachos, 10.

FACULTÉS DES DÉPARTEMENTS. — ALGER. — M. Maillard, professeur de chimie biologique à la Faculté d'Alger, est nommé professeur de chimie biologique et toxicologie à ladite faculté.

— M. Tournade, agrégé, est nommé professeur de physiologie, en remplacement de M. Rey.

— M. Micheleau, professeur, est chargé en outre, d'un cours complémentaire de législation et déontologie pharmaceutiques.

— M. Musso, chargé des fonctions d'agrégé, est chargé, en outre, d'un cours complémentaire d'hydrologie et géologie et d'un cours de pharmacie.

— LILLE. — Sont chargés, du 1er janvier 1920 jusqu'à la

fin de l'année scolaire 1919-1920, des fonctions de chefs de travaux :

MM. Pierret, agrégé, bactériologie ; Pellissier, chargé des fonctions d'agrégé, anatomie pathologique; Cordier, docteur en médecine, médecine opératoire.

— M. Garipuy, agrégé, est chargé en outre, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1919-1920, d'un cours d'obstétrique.

— Un congé de 6 mois, à dater du 1er février 1920, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Florence, agrégé.

— M. Paucot est chargé des fonctions d'agrégé en remplacement de M. Le Lorier, en congé.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — AMIENS. — M. d'Hardivillier, professeur d'histologie, est chargé des fonctions de chef des travaux d'histologie.

— DIJON. — M. Leclerc, suppléant, est chargé d'un cours de clinique chirurgicale.

— Un concours s'ouvrira, le 25 octobre 1920, devant la Faculté de Lyon pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de Dijon.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — M. Descomps, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille, est nommé membre de la Commission chargée d'examiner les demandes d'exonération de frais d'études et de pension des étudiants et élèves des pays amis.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Il est institué un comité d'hygiène mentale comprenant : MM. les Drs Dron, président; André Broca, Doizy, G. Dumas, Dupré, Imbert, P. Janet, Klippel, Langlois, Lapicque, Mignot, Papillault, Roubinovitch, Roussy, Séglas et Toulouse.

— Il est institué une Commission chargée d'étudier les modifications qu'il conviendrait d'apporter à la loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique. Cette Commission comprend :

MM. les Drs Vaillard, président; Calmette, Léon Bernard et Jules Renault; un représentant de l'Union des syndicats médicaux de France; un représentant de l'Association des médecins français.

MÉDAILLES DE LA MUTUALITÉ. — *Médailles d'or.* — MM. les Drs Baude (d'Arras), Bloch, Graux, Mathieu et Muller (de Paris).

Médailles d'argent. — M. les Drs Blottière, Gardé, Liandier, Poupon, Vauthrin et Vimont (de Paris).

Médailles de bronze. — MM. les Drs Fabre (de Saint-Rome-du-Tarn), David, Frizac, Joanny, Roncé, Roy, Thobois (de Paris), Lemaire (de Cosne), Martin (de Relampont).

Mentions honorables. — MM. les Drs Bouchaud (de Boulogne), Dorizon (du Loir-et-Cher), Imbert (de Vendôme), Lireux (de Rouen), de la Loge et Parrot (de Paris), Maillard-Brunet (de Meudon), Recours et Roudie (de Fumel), Roque (de Barjac).

MÉDECINS INSPECTEURS DES ÉCOLES. — Un concours pour la nomination de 90 médecins inspecteurs des écoles des communes suburbaines de la Seine aura lieu le vendredi 21 mai 1920.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au samedi 8 mai inclus à la Préfecture de la Seine (direction administrative des services de l'enseignement, inspection médicale des écoles, annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau), tous les jours non fériés, de 14 à 17 heures.

La notice contenant les conditions du concours et le programme sont délivrés 2, rue Lobau.

LE COLLÈGE DES ÉTATS-UNIS A PARIS. — Le maréchal Foch assistait la semaine dernière, à la réception donnée à l'Hôtel Lutétia par le Collège des Etats-Unis d'Amérique et fut l'objet d'une vive ovation.

Le prof. Gustave Rudler, titulaire de la chaire *Maréchal Foch* créée par un généreux donateur à l'Université d'Oxford, montra, dans une vibrante allocution, la grande influence que la « Kultur » germanique avait exercée, avant la guerre, sur les peuples de langue anglaise et exprima l'espoir de voir bientôt la culture latine servir de guide aux éducateurs de la jeunesse.

Le Collège des Etats-Unis est une fondation américaine dont le nom rappelle les anciens collèges du quartier latin qui groupaient autour de la Sorbonne, au moyen âge, les étudiants accourus des pays étrangers. Son but est d'attirer, de guider les savants, les médecins, les étudiants des Universités américaines qui viendraient s'instruire de la littérature et de la science françaises.

Pour le moment, le Collège consiste en des bureaux de renseignements au départ d'Amérique et à l'arrivée à Paris. Dans un avenir très rapproché la distinguée fondatrice, Mme C. Lévy, compte bien construire à cet effet un bel édifice avec une bibliothèque américaine qui permettra aux intellectuels français d'être mieux informés de l'énorme travail scientifique actuellement réalisé dans la République sœur.

J. LE GOFF.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le Dr Jules Voisin, médecin honoraire de la Salpêtrière, père de notre ami le Dr Roger Voisin, à qui nous adressons nos bien sincères condoléances; — de MM. les Drs Victor Bories (de Saint-Antoine, Marseille); Adolphe Bloch (de Paris); Charles Esmein, médecin des hôpitaux de Paris; Léon Gagnard (de Castillon); Marc Jousset et Georges Husson (de Paris), Paul Regard (de Genève); et de MM. F. Rougier, externe des hôpitaux de Marseille, et Louis Lacour, étudiant en médecine.

LEÇONS SUR LA SYPHILIS DU SYSTÈME NERVEUX. — Le Dr LEREDDE commencera le dimanche 2 mai, à 10 h. 1/2 du matin, au dispensaire de syphiligraphie, 54, rue Saussure (XVIIe), une série de leçons sur la syphilis du système nerveux et son traitement, avec présentation de malades, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES SURSIS POUR LES ÉTUDIANTS DE LA CLASSE 1920

Les étudiants de toutes catégories, de la classe 1920, en cours d'études (élèves, maîtres ou professeurs) ont obtenu, sur leur demande, le bénéfice de l'appel différé en octobre 1920.

En vue de sauvegarder leurs intérêts et d'accord avec le ministre de l'instruction publique, le ministre de la guerre autorise les généraux commandant les subdivisions à accorder, à ceux de ces étudiants qui auraient échoué aux examens de juillet et qui voudraient se présenter à la session d'octobre, un sursis d'arrivée dont la durée sera calculée de façon à leur permettre de passer leur examen et dont le délai d'expiration ne pourra dépasser la date extrême du 31 octobre 1920.

Les jeunes soldats qui désireront bénéficier de ce sursis devront, *dans le courant du mois de septembre*, adresser une demande écrite au commandant du bureau de recrutement par l'intermédiaire de la brigade de gendarmerie de leur résidence en y joignant un certificat du secrétariat de la faculté ou école, constatant qu'ils sont inscrits pour subir un nouvel examen en octobre.

Les sursis d'arrivée accordés dans ces conditions seront considérés comme des permissions et seront déduits des 120 jours de permission que peuvent obtenir les militaires au cours de leurs 3 années de service, en exécution des prescriptions de l'article 38 de la loi de recrutement. (*J. O.*, 17 avril, p. 6095.)

REVUE GÉNÉRALE

LES ÉTATS VEINEUX DE LA MÉNOPAUSE

Par le Dr ERNEST POULAIN,
Lauréat de l'Académie de médecine,
Médecin consultant à Bagnoles-de-l'Orne.

Toutes les manifestations utérines de la femme, qu'elles soient dues à des faits purement physiologiques ou qu'elles dérivent de troubles ou de lésions pathologiques, ont une étroite et sérieuse répercussion, tant sur la circulation générale que sur la circulation veineuse en particulier. Ces phénomènes, qui se produisent au cours de chaque période menstruelle, se traduisent, notamment, par de l'hypertension artérielle, de la tachycardie, au point de vue qui nous intéresse plus spécialement par des poussées fluxionnaires douloureuses du côté des vaisseaux veineux; ils sont tout particulièrement accusés au moment de la ménopause qui joue chez la femme un rôle pathogénique évident.

La période dont il est question, d'une durée très variable, est caractérisée par la suppression de l'hémorragie périodique que subissent les femmes pendant toute la période active de leur vie génitale. En clinique, suivant la très judicieuse définition de Vinay (Vinay, *Lyon méd.*, 1906), « c'est le temps de passage entre la parfaite régularité des règles et le moment où leur suppression devient définitive ». Très souvent, la suppression complète des menstrues n'entraîne pas la disparition des troubles ménopausiques; ils persistent, au contraire, avec les mêmes caractères pendant un laps de temps plus ou moins long — éminemment variable suivant les sujets — sans qu'il soit possible d'en préciser la durée (Zalzal, *Th. de Lyon*, 1885). Ces faits constituent la plus grande généralité. Mais, parfois aussi, au lieu de se manifester graduellement la disparition des règles se produit subitement, d'une façon toute spontanée, avec des troubles et des réactions encore plus nettement accusés, tantôt après l'ablation de l'ovaire et de l'utérus (Tuffier et Mauté, *Les Accidents de la ménopause artificielle*), tantôt au cours d'une affection aiguë d'une certaine gravité : fièvre typhoïde, suppurations prolongées, hémorragies variées, traumatismes violents, impressions nerveuses, etc. (Faure et Siredey, *Traité de gynécologie médico-chirurgicale*).

Les accidents cardio-vasculaires et les états veineux contemporains de la ménopause dérivent de causes multiples au rang desquelles les antécédents, tant héréditaires que personnels, jouent un rôle important : la ménopause pouvant réveiller des maladies anciennes et mettre en évidence des prédispositions héréditaires ou des lésions purement latentes.

Parmi les *causes prédisposantes*, deux grands ordres de faits semblent dominer toute la scène. Les femmes nerveuses, les arthritiques de Richelot, celles qui ont eu dans leur vie antérieure des crises d'hystérie seraient plus sujettes aux accidents purement nerveux; chez ces dernières, la suppression de la fonction des glandes génitales entraîne presque toujours une résurrection de la névrose. Lorsque la femme présente, au contraire, dans ses antécédents familiaux une hérédité cardio-vasculaire, elle est particulièrement prédisposée aux troubles et aux lésions du système circulatoire. En ce qui concerne plus spécialement les états veineux de la ménopause on retrouve toujours une hérédité veineuse (Hirtz-Hannequin, *Phlébites familiales*) qui mérite une large place à côté de l'hérédité cardiaque et de l'hérédité artérielle, si bien décrites par Huchard, dont les caractères s'affirment par un défaut de résistance des parois veineuses avec prédisposition aux phlébites et aux inflammations. Il n'est pas exagéré de penser que la question du terrain possède alors une action étiologique prépondérante (Poulain, *Etiologie et pathogénie des phlébites*). L'âge n'est pas indifférent. Il semble que les femmes encore jeunes présentent, plus fréquemment, à l'occasion de leur ménopause des troubles et des lésions vasculaires (Jaylé). Ces faits corroborent l'observation de Briquet, citée par Beurnier, d'une jeune fille de 19 ans, menstruée à 15 ans, qui vit apparaître, aux deux membres inférieurs, des varices très développées après la suppression subite des menstrues; ils mettaient, en outre, en évidence, l'étroite corrélation qui existe entre la circulation utérine avec ses accidents variés et la circulation veineuse des membres inférieurs.

Au point de vue de leur *évolution*, les états veineux de la ménopause, qui peuvent constituer les petits signes précurseurs des troubles cardiaques et rénaux ou présenter une forme atténuée des accidents cardio-vasculaires (Fiessinger, *Nature et traitement des cardiopathies de la ménopause*), apparaissent souvent isolément. Quelquefois ils accompagnent des troubles cardiaques caractérisés surtout par de la tachycardie, des palpitations, des accès de dyspnée, des crises d'angoisse allant, dans certains cas, jusqu'à la syncope (Huchard). Ces accidents sont parfois purement réflexes et éclatent à la suite des troubles fonctionnels utérins au même titre qu'au cours des troubles d'origine hépatique ou gastrique. Ils peuvent aussi avoir une névrose pour origine occasionnelle (hystérie, neurasthénie), provenir d'une surcharge graisseuse du cœur ou bien dériver nettement de la dystrophie ovarienne, qu'elle se traduise ou non par un syndrome à forme basedowienne; l'accélération du cœur fait partie des symptômes de la dysovarie (ataxie ovarienne, hyperovarie, hypoovarie) par troubles sécrétoires d'une glande hypotensive dont le mode d'action n'est pas encore complètement établi (Jayle, *Opothérapie ovarienne*).

Compliqués ou non d'accidents cardiaques, les états veineux de la ménopause sont intimement liés aux autres phénomènes qui accompagnent la cessation des règles en se manifestant par des troubles vaso-moteurs avec poussées congestives vers la face, les oreilles, le cou, etc., suivies souvent d'une couperose permanente. Les femmes se plaignent de bouffées de chaleur avec bourdonnements, vertiges, quelquefois angoissants pour beaucoup d'entre elles et que terminent des sueurs généralisées ou locali-

sées plus ou moins abondantes. La stase veineuse proprement dite procède par étapes et les poussées fluxionnaires se portent, de préférence, vers les organes du petit bassin (Le Barzic, *Troubles de la ménopause*).

Cette congestion frappe d'abord l'utérus où se rencontre un système vasculaire abondant, surtout veineux, sans valvules, à contractilité faible; disposition vasculaire éminemment propre à favoriser la stase sanguine (Courty, *Traité pratique des maladies de l'utérus*). La congestion gagne ensuite les organes périutérins et se propage aux veines de la vulve, du périnée, des membres inférieurs et aux veines hémorrhoïdales qui sont turgescentes et parfois le siège d'une hémorragie compensatrice et avantageuse. Les femmes signalent des sensations de pesanteur au niveau des lombes, du bas-ventre, du périnée, des cuisses, avec impression de chaleur à la vulve et au vagin. L'œdème des membres inférieurs est fréquent; il reste toujours peu marqué et très limité, dépassant rarement le tiers inférieur de la jambe. Quelquefois cet œdème est nul aux malléoles et se retrouve alors à la paroi abdominale et dans la région hypogastrique avec sensations de pesanteur et de tension locales plus ou moins accusées (Clément, *Cardiopathies de la ménopause*). L'œdème est passager; quand il disparaît, on découvre parfois à la paroi abdominale des vaisseaux veineux plus ou moins apparents et dilatés (Brierre de Boismont).

Les troubles de la circulation périphérique se traduisent par une décoloration permanente des téguments et le refroidissement des extrémités. Les femmes, en dehors de crampes nocturnes, de fourmillements, d'engourdissements, etc., accusent, dans les membres inférieurs, une sensation très pénible de froid répartie par zones et difficile à vaincre, soit par la marche, soit par le port d'une chaussure épaisse, soit même par la chaleur artificielle. Cette décoloration alterne, quelquefois, avec une rougeur brusque de la peau qui est chaude et présente des vaisseaux capillaires gorgés de sang.

L'état veineux s'affirme progressivement. Il se traduit, tout d'abord, par le développement des veinules de la peau, des ramifications des veines sous-cutanées. Alors apparaissent des varicosités, des nævi, des tumeurs variqueuses, quelquefois des ulcères variqueux. Les tissus cicatriciels, quand ils préexistent, sont rouges, congestionnés et menacent de se rompre. Les malades, antérieurement atteintes de phlébites, voient reparaître des phénomènes douloureux, plus ou moins permanents, analogues à ceux qui se produisent au cours de chaque menstruation. Tous les troubles trophiques, consécutifs à des varices ou à des phlébites antérieures, s'accentuent. Les lésions dermiques ne sont pas rares; on observe de l'acné, de l'eczéma, de l'urticaire, etc., souvent un aspect furfuracé de la peau fort désagréable aux patientes. Les varices des membres inférieurs, antérieurement constituées, peuvent prendre, à cette époque, un développement important.

John Tilt (*On the change of life in health and disease*) a signalé 3 cas de ruptures des veines variqueuses, au cours de l'âge critique, chez des femmes qui présentaient une congestion intense de ces vaisseaux.

Les varices douloureuses des membres inférieurs s'accompagnent, parfois, d'éréthisme veineux douloureux; elles coïncident, fréquemment, avec de la névralgie sciatique; plus souvent encore avec de l'arthrite sèche des genoux, première manifestation d'un processus rhumatismal chronique, fréquent chez la femme au cours de la ménopause, qui se traduira ensuite sous la forme de monoarthrites ou de polyarthrites déformantes (Faure-Siredey).

Les accidents purement veineux, particulièrement intéressants au moment de la disparition des règles quoique négligés par les auteurs, apparaissent, d'une façon plus accusée, chez les femmes lymphatiques prédisposées aux troubles de la nutrition et à l'adipose, ce grand fléau de l'âge critique. L'état veineux prend alors un caractère tout spécial, bien propre à ce processus arthritique; c'est très rarement qu'il s'accompagne d'inflammations des parois veineuses et de phlébite. En dehors des phénomènes généraux que nous venons de décrire, tels que : troubles des vasavasorum, sensations de froid, engourdissements, crampes, etc., on voit alors aux membres inférieurs, non pas un état variqueux, mais bien un état veineux caractérisé, non seulement, par un défaut de résistance des parois veineuses avec minceur extrême de leurs tuniques, mais aussi par des arborisations très variées, des dilatations veineuses sous forme d'ampoules plus ou moins noyées dans les mailles du tissu adipeux. Ces ampoules, sous des causes indéterminées, dues vraisemblablement à des phénomènes congestifs, se dilatent au point d'éclater et produisent des taches ecchymotiques assez étendues, quelquefois avec périphlébite limitée. Ces accidents sont de véritables coups de fouet veineux qui se répètent fréquemment et s'accompagnent de douleurs, plus ou moins vives, et plus ou moins persistantes, comparées par les patientes, tantôt à une décharge électrique, tantôt à un courant d'eau chaude ou froide circulant sous la peau, tantôt encore à une véritable déchirure des tissus. En dehors de la crise, les phénomènes, qui coexistent d'une façon permanente avec ces formes d'*adipose douloureuse,* se traduisent par une sensibilité cutanée particulièrement vive que réveillent le froid, la moindre pression, le plus petit frottement, la plus insignifiante constriction des téguments.

La pathogénie des troubles de la ménopause forme un tout complexe et celle des manifestations, tant cardio-vasculaires que veineuses, n'est qu'une particularité du processus morbide général. En dehors des prédispositions individuelles, et bien qu'il existe quelquefois des accidents nettement imputables à l'hypotension artérielle (Huchard, *Maladie du cœur et artériosclérose*), c'est bien surtout à l'hypertension, si fréquente, sous une forme plus ou moins accusée, au moment de l'âge critique, que doit être rattachée la grande majorité des phénomènes. Signalée au début de chaque période menstruelle, surtout quand les règles se produisent incomplètement ou difficilement comme dans certaines dysménorrhées, la modification de la pression artérielle consiste alors en un double phénomène qui se manifeste avec

une netteté très concluante : accroissement de la pression artérielle au début de l'époque menstruelle et abaissement de cette pression, au-dessous de la moyenne, à la fin de la menstruation (Siredey, *Soc. méd. des hôp.*). Au moment de la ménopause, et ce tout particulièrement, si elle s'établit anormalement et péniblement, les femmes se trouvent, d'une façon prolongée, dans la situation de celles qui vont avoir leurs règles. Pendant des mois, quelquefois des années, la tension artérielle peut rester surélevée, sans subir des variations notables, et créer une période transitoire de présclérose (Huchard, *Maladies du cœur et leur traitement*). A la fin de la ménopause, elle diminue, pour disparaître progressivement au fur et à mesure que la nutrition se trouve améliorée sous l'influence de nouvelles adaptations fonctionnelles. L'hypertension persiste quelquefois, surtout s'il s'est produit un trouble dans le fonctionnement des reins (Le Gendre, *La ménopause et le rein*), que ce trouble soit dû à une congestion de l'organe, avec oligurie, ou à une uricémie occasionnelle, entretenue par la rétention dans le sang des produits toxiques, à action vaso-constrictive, qui étaient préalablement éliminés par la perte menstruelle (Constant, *Uricémie et ménopause*).

Mais, l'hypertension artérielle ne semble pas être la cause unique des désordres. L'ovaire est une glande à sécrétion interne, dont les produits déversés dans le sang sont, sinon indispensables, du moins fort utiles au bon fonctionnement de l'organisme féminin (Jayle). L'insuffisance ovarienne, comme glande à sécrétion interne, hypotensive, qui se produit dans la ménopause, entraîne, en outre, par réaction, ou s'accompagne de perturbations des autres glandes endocrines : thyroïde, surrénale, parathyroïde et hypophyse dont le fonctionnement se trouve alors diminué, augmenté ou instable. Sous cette influence, apparaissent des troubles nerveux, circulatoires, humoraux ou organiques qui peuvent se faire sentir dans tout l'organisme et se manifester, en particulier, par des modifications dans le fonctionnement et même le trophisme des veines périphériques et profondes.

Les *moyens thérapeutiques*, employés pour combattre les désordres de la ménopause, s'adressent, tantôt aux symptômes que nous avons envisagés, tantôt à la pathogénie elle-même des accidents, pour agir sur la cause même des troubles, en suppléant à l'insuffisance ou à la suppression de la fonction ovarienne. Mais, il est indispensable d'envisager, de bonne heure, les mesures qui s'imposent pour entretenir l'équilibre de l'organisme et enrayer le processus dystrophique observé à cette époque (Faure et Siredey).

Lorsque l'on constate, entre 35 à 40 ans, les prodromes des troubles de la ménopause et surtout les menaces d'un embonpoint imminent — même s'il existe des indications thérapeutiques particulières susceptibles de convenir à des accidents nettement localisés, les états veineux par exemple — c'est encore au traitement général des troubles ménopausiques qu'il faut recourir. Le régime sera surveillé avec soin ; on limitera l'usage de la viande, des aliments gras et des farineux, en recherchant spécialement les légumes et les fruits ; on interdira les épices, la pâtisserie, le vin pur, les liqueurs, le café, le thé, etc., et tout ce qui peut exciter le système cardio-vasculaire et exagérer les prédispositions aux manifestations arthritiques.

Ces moyens hygiéniques, auxquels Chomel attachait une grande importance, surtout lorsqu'ils se joignent à certaines pratiques appropriées de physiothérapie et de mécanothérapie, suffisent le plus souvent, pour calmer les accidents de la ménopause et sont particulièrement efficaces pour limiter la progression des états veineux. L'exercice et la marche à pied, auxquels les femmes sont trop souvent réfractaires, sont aussi éminemment recommandables. Comme programme journalier, on conseillera, à celles qui ne trouvent aucun attrait dans la pratique de ce sport, plusieurs petites courses, plus facilement supportées qu'une trop longue étape susceptible de provoquer de la fatigue et du découragement. Les femmes, qui sont soucieuses de lutter contre les accidents dont elles sont menacées, doivent savoir limiter l'usage de l'automobile et faire disparaître les talons élevés. Celles qui sont occupées aux soins du ménage, en circulant sans cesse, sont toujours, comme le remarquait Grisolle, beaucoup moins atteintes que les femmes oisives et sédentaires. Sans insister sur les bénéfices que la circulation générale peut retirer d'une marche journalière, nous pourrions rappeler que : tant valent les muscles, tant vaut la circulation veineuse des membres inférieurs (Poulain, *Exercices physiques chez les variqueux*). C'est dire encore que certains autres sports, à moins d'une contre-indication formelle, lorsqu'ils sont compatibles avec le genre de vie et les conditions des intéressées, ne doivent pas être, a priori, écartés.

Si, pour une raison quelconque, la marche est impraticable, elle sera remplacée par des exercices passifs, sous forme de massages légers des membres inférieurs avec mouvements appropriés des diverses articulations. Les frictions sèches ou alcooliques sont utiles ; le massage général et la faradisation au pinceau, pratiqués par le médecin lui-même, avec la prudence, la modération et la localisation convenables, deviennent des moyens dérivatifs et palliatifs très efficaces. Utilisé contre les troubles pelviens et congestifs, le massage gynécologique donne d'excellents résultats; il peut devenir dangereux et nuisible s'il est employé aveuglément (Plicque, *Les troubles congestifs de la ménopause*).

La balnéation est tout particulièrement indiquée dans le traitement préventif et curatif des accidents de la ménopause et des états veineux en particulier. Le bain, surtout suivi d'un repos d'une heure environ au lit, agit tant sur l'état général que sur l'état local et devient, en outre, très avantageux pour calmer l'impressionnabilité du système nerveux ; d'autre part, il décongestionne les organes, assure un bon fonctionnement de la peau et peut modifier la tension artérielle dans le système circulatoire en entier. Sa température, sa durée et sa fréquence ne sont pas indifférentes pour chaque sujet ; les températures élevées sont souvent nuisibles, à moins

qu'il ne faille respecter des états rhumatismaux.

L'hydrothérapie, surtout l'hydrothérapie chaude ou sous la forme de douches écossaises en jet brisé, peut donner d'éclatants succès en dehors des formes aiguës ; elle doit être employée par un spécialiste instruit, car son usage n'est pas sans inconvénients et peut, notamment, provoquer des métrorragies. Il faut savoir parfaitement varier la force, l'intensité, la durée du jet selon qu'il s'agit de calmer ou d'exciter certains organes, de mettre en jeu, dans un sens ou dans l'autre, la contractilité des vaisseaux ou de modifier la circulation abdominale. Les douches devront être très courtes au début, elles seront générales d'abord et l'on évitera, avec soin, la paroi abdominale et certains points douloureux. Les arrosages en pluie, sous faible pression, sur les membres inférieurs, deviennent très utiles dans les états veineux, en particulier.

L'usage de l'ovarine a réalisé un réel progrès contre les accidents tant nerveux que congestifs de la ménopause et tout particulièrement contre ceux de la ménopause artificielle. Pour être actif, il faut atteindre une dose susceptible de représenter, chaque jour, sous forme de cachets, de tablettes ou d'injections sous-cutanées d'extrait ovarique glycériné, le tiers environ d'un ovaire frais (Plicque).

Les divers traitements envisagés trouvent encore un adjuvant précieux dans les cures thermales. Soit qu'il s'agisse de combattre l'obésité, de calmer certains accidents cardiaques, de lutter contre la constipation et les troubles digestifs, de modifier la tension artérielle en favorisant l'élimination de l'acide urique et des exsudats, le médecin possède, en France, dans nos multiples stations hydrothermales, toute la gamme des indications thérapeutiques. Un certain nombre de stations échappent à tout classement précis par suite de la faible minéralisation de leurs sources : Néris, Plombières, Bagnoles-de-l'Orne, Evaux, Luxeuil, Ussat, Bagnères-de-Bigorre, etc. ; ce sont des stations de choix pour les femmes neuro-arthritiques atteintes spécialement de troubles utérins ou de complications veineuses (Faure et Siredey). En présence de manifestations souvent très variées susceptibles de réclamer des cures dissemblables, en présence, également, de symptômes qui semblent quelquefois constituer une contre-indication, l'habileté professionnelle doit consister à retenir l'indication dominante pour choisir la station thermale la plus apte à la remplir (Robin et Dalché, *Traitement médical des maladies des femmes*).

A la spécialisation bien nette de certaines sources thermales s'ajoute parfois leur influence stimulante sur les glandes endocrines (Lévi [Léopold], *Cures thermales et glandes endocrines*) dont les fonctions sont accrues par la suractivité de la circulation générale et des circulations locales. Les actions, tant nerveuses que circulatoires, tributaires de ces glandes à vascularisation importante, s'ajoutent, à leur tour, aux effets ordinaires de la cure pour en compléter les résultats. Mais, au même titre que pour l'hydrothérapie proprement dite, la posologie thermale doit être adéquate à chaque tempérament : la dose, la fréquence, la température, la durée observées pour les balnéations ne sont pas indifférentes pour en assurer leur succès.

BIBLIOGRAPHIE

Barié (E.). Etude sur la ménopause, *Th. de Paris*, 1877.

Beurnier (L.). *Les Varices.*

Brierre de Boismont. *De la menstruation considérée dans ses rapports physiologiques et pathologiques*, Paris 1842.

Briquet. *Arch. gén. de méd.*, 1825.

Clément. Cardiopathie de la ménopause, *Rev. de méd.*, 1885. — Cardiopathies de la ménopause, *Presse méd.*, 1887.

Constant. Uricémie, ménopause et artériosclérose, *Prov. méd.*, 1911.

Courty. *Traité pratique des maladies de l'utérus*, Paris 1881, Asselin.

Faure (J.-L.) et Siredey (Armand). *Traité de gynécologie médico-chirurgicale*, Paris, 1914.

Fiessinger. La nature et le traitement des cardiopathies de la ménopause, *Journ. des prat.*, 1902.

Godart (Marcel). Ménopause précoce et obésité, *Th. de Paris*, 1908.

Huchard. *Maladies du cœur et des vaisseaux*, p. 93. — *Consultations médicales. Maladies du cœur et artériosclérose*, Paris, 1910. — *Traité clinique des maladies du cœur et de l'aorte*, Paris, 1899.

Hitz et Hannequin. Phlébites familiales, *Bull. méd.*, mai 1901.

Jayle. Opothérapie ovarienne contre les troubles consécutifs à la castration chez la femme, *Presse méd.*, mai 1896. — Effets physiologiques de la castration chez la femme, *Revue de gyn.*, 1897.

Keiffer (de Bruxelles). La menstruation dans ses rapports avec la pathologie générale, *Gaz. de gyn.*, mars 1900.

Le Barzic. Troubles de la ménopause, *Th. de Paris*, 1899.

Le Gendre. La ménopause et le rein, *Soc. méd. des hôpit.*, 10 déc. 1897.

Lévi (Léopold). Cures thermales et glandes endocrines, *Bull. et mém. de la Soc. de méd. de Paris*, 12 mars 1920.

Martinet (Alfred). *Clinique et thérap. circulatoires*, Paris, 1914.

Plicque. Les troubles congestifs de la ménopause, *Bull. méd.*, juin 1912.

Poulain (E.). Etiologie et pathogénie des phlébites, *Acad. de méd.* (prix Mège), 1907. — Des exercices physiques chez les variqueux, *Journ. des prat.*, mai 1910.

Pawinski. Tension artérielle de la ménopause, *Acad. de méd.*, 1904.

Robin et Dalché. *Traitement médical des maladies des femmes*, Paris 1912.

Siredey (Armand). Quelques cas de ménopause précoce, *Soc. d'obst.*, 1903.

Tilt (John). *On the change of life in health and disease*, London, MDCCCLXX.

Tuffier et Mauté. Les accidents de la ménopause artificielle, *Presse méd.*, 1912, p. 981.

Vinay. Métrorragies crépusculaires et eau tiède, *Lyon méd.*, 1906.

Zalzal. Troubles cardiaques de la ménopause, *Th. de Lyon*, 1885.

Le Système de la lymphe et son importance en pathologie générale, par le Dr J. Audrain, professeur de clinique obstétricale à l'école de médecine de Caen, membre de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie. In-8 raisin de 300 p. — Prix : 15 fr. — Paris, G. Doin.

Manuel élémentaire de puériculture, par le Dr Clotilde Mulon, médecin chef de la Pouponnière du camouflage. Préface du prof. Marfan. 1 vol. de 200 p., 10 fig. — Prix : 4 fr. 50 net. — Paris, Masson et Cie.

LA PHYSIOTHÉRAPIE DANS LES HOPITAUX MILITAIRES

RADIUMTHÉRAPIE

Par le docteur ROCHU-MÉRY.

La physiothérapie par ses applications au traitement des impotences fonctionnelles consécutives aux blessures de guerre a rapidement acquis une importance et un développement inconnus jusqu'alors dans les hôpitaux civils et militaires.

En centralisant les divers services comme il le fit dès la fin de 1914 à l'hôpital militaire du Grand-Palais, où se trouvent réunis mécanothérapie, massage, thermothérapie, électrothérapie, rééducation, gymnastique, hydrothérapie, radiumthérapie, le Service de Santé innova une physiothérapie vraiment rationnelle.

La radiumthérapie, réservée à un nombre restreint de spécialistes et à des applications relativement limitées, affections dermatologiques, tumeurs, ne semblait pas tout d'abord devoir trouver d'indications dans les suites de blessures de guerre.

L'action connue du radium sur les chéloïdes, les cicatrices fibreuses, a conduit Mme Laborde à penser qu'employé à doses suffisantes et sans qu'il soit besoin de recourir à une réaction destructive, il pourrait être utilisé avec profit dans le traitement des cicatrices résultant des blessures de guerre. Des essais tentés furent tels, qu'en août 1915 Mme Laborde fut chargée d'organiser un service de radiumthérapie au centre de physiothérapie du Grand-Palais.

La grande indication de la radiumthérapie pendant la guerre est tout d'abord le traitement des cicatrices vicieuses. Nombreux alors sont les cas d'impotence fonctionnelle par paralysie des nerfs périphériques, par névrite douloureuse, rebelles aux divers traitements et qui devaient en fait reconnaître pour cause unique une cicatrice vicieuse. Le tissu cicatriciel peut englober, enserrer le nerf, en pénétrer les fibres, former des brides fibreuses, empêchant ou limitant certains mouvements, créant des adhérences musculaires ou tendineuses. Or, sous l'effet du rayonnement du radium, dans les cas favorables de beaucoup les plus fréquents, les cicatrices se font plus souples, les douleurs disparaissent, enfin le retour des mouvements volontaires coïncide avec le retour de la contractilité faradique. Le tissu cicatriciel semble donc bien se résorber sous l'influence du rayonnement alors que le tissu nerveux est respecté, la compression disparaît et par suite l'impotence fonctionnelle. Sur les moignons douloureux, cette action efficace rend ainsi possible le port des appareils de prothèse.

Il ne semble pas cependant que l'on doive reconnaître au radium une action analgésiante, anesthésiante, mais plutôt curative par suppression définitive de la cause de la compression. L'action du rayonnement est naturellement d'autant plus puissante que la cicatrisation est plus récente, le tissu plus proche de l'état embryonnaire.

Les applications pour le traitement des cicatrices vicieuses tout d'abord étaient faites de la façon suivante : chaque semaine, 3 applications de 2 heures chacune avec 20 à 26 mmg. de radium-élément, filtrés par 0,5 mm. de platine, le traitement durant de 4 à 6 semaines. Dans la suite, nous avons de plus en plus utilisé les applications de 15 à 24 heures avec filtres de 2mm,5 de plomb environ, en séances répétées 3 ou 4 fois, selon les cas et à des intervalles de 10 à 15 jours. Des doses de rayonnement relativement fortes, peu nombreuses, paraissent nettement plus favorables que des doses faibles, souvent répétées.

La radiumthérapie est classique et de pratique courante pour le traitement des affections dermatologiques. Le rayonnement du radium devait avoir une action des plus efficaces dans les cas de dermites, de pyodermites, d'eczémas si fréquents autour des plaies de guerre. Nous avons traité uniquement les cas rebelles à tout autre traitement ; ils ont guéri rapidement ou se sont améliorés considérablement : un grand nombre de blessés n'ont pu être suivis, en raison des évacuations obligatoires.

Pour ces différents cas, des appareils plats, recouverts d'un émail radifère contenant 2 mmg. de radium-métal par centimètre carré, sont utilisés nus, simplement recouverts d'une gaze mince ; 3 à 5 applications en sont faites pendant 10 à 20 minutes et renouvelées tous les 5 ou 6 jours. Sur les angiomes, les cicatrices consécutives aux brûlures plus ou moins étendues de la face, des membres surtout, il y a souvent lieu de faire des applications de 12 à 24 heures de tubes à sels de radium ou d'ampoules d'émanation avec filtrage de 2 mm. 1/2 de métal dense.

Les plaies atones furent parmi les suites de blessures de guerre une des formes les plus rebelles de la thérapeutique. Or le rayonnement du radium à faibles doses avait déjà donné des résultats favorables sur la cicatrisation des plaies. Nous avons surtout expérimenté l'action de l'émanation en solution dans l'eau ou le sérum physiologique en nous servant de la fontaine à eau radioactive de M. A. Laborde, qui fournit une eau contenant 12 microcuries environ par litre, environ 500 fois plus que les eaux radioactives naturelles. Les plaies sont arrosées chaque jour pendant 5 à 10 minutes puis recouvertes d'un pansement. L'effet favorable se manifeste souvent au bout de 3 ou 4 jours : la plaie perd son aspect blafard, tandis que sur les bords apparait un liséré cicatriciel. Nous avons vu guérir ainsi en 15 jours ou 3 semaines des plaies datant de 18 mois, 2 ans. La durée du traitement est en moyenne de 6 semaines. Une application de 5 minutes d'un appareil plat à émail, utilisé nu tous les 5 ou 6 jours, permet souvent d'activer la cicatrisation. Dans les 2/3 des cas, ces applications sont suivies de guérison. Dans les cas moins favorables, il est alors indiqué d'avoir recours à d'autres moyens physiothérapiques.

L'utilisation d'une modalité physiothérapique, à l'exclusion des autres, ne saurait être en effet que préjudiciable à cette méthode même. Ayant eu à nous occuper des différents services du Centre de physiothérapie du Grand-Palais, nous avons pu constater l'intérêt considérable de l'application successive ou simultanée des différents procédés physiothérapiques. En ce qui concerne la radiumthérapie, cer-

taines précautions s'imposent dans l'association physiothérapique en raison de l'action sensibilisatrice du rayonnement sur les tissus : des applications successives de radium, rayons X, lumière, non suffisamment graduées ou espacées, peuvent donner naissance à des réactions de dermite.

Reste enfin l'application plus connue de la radiumthérapie aux tumeurs. Il aurait pu sembler que les cas devaient en être rares dans les conditions où nous nous trouvions. Or il est un fait indéniable que les cas de tumeurs, sarcomes, lymphadénomes, épithéliomas sont devenus plus fréquents et atteignent des individus de plus en plus jeunes. Doit-on en incriminer les conditions matérielles, physiques ou morales ? Quant aux résultats dus à la radiumthérapie, on ne saurait établir de règles; à côté d'effets nuls, nous avons eu des guérisons ou des survies telles que de grandes espérances en ce traitement sont permises.

La technique est appropriée naturellement à chaque cas, l'introduction dans la masse même de la tumeur étant indiquée toutes les fois qu'elle est possible. Des doses importantes de rayonnement, variant de 25 à 150 mmg. de radium-élément ou millicuries moyens, sont appliquées de 24 à 72 heures.

Bien que disposant d'une quantité relativement considérable d'appareils (1) à sels de radium, tubes et appareils à émail, les ampoules d'émanation de radium que Mme Curie (2) a bien voulu préparer pour notre service nous ont été d'une grande utilité, surtout pour le traitement des tumeurs. D'un emploi déjà répandu à l'étranger, très peu par contre en France, les ampoules d'émanation que nous avons utilisées couramment depuis octobre 1916 n'auraient pu cependant constituer un procédé exclusif. Les circonstances et l'expérience de plusieurs milliers d'applications nous ont prouvé que les deux genres d'appareils doivent exister simultanément dans un service spécial de radiumthérapie.

Cicatrices vicieuses, plaies atones, dermites, tumeurs : telles furent aussi, à ce qu'il semble, les principales affections traitées dans les services officiellement organisés dans la suite à Lyon (Mme Moutet) et à Bordeaux (Dr Barcat).

Créé le premier, le service de radiumthérapie du Grand-Palais devait disparaître le dernier. Or, en juillet 1919, bien des blessés, des malades surtout restaient à traiter. La radiumthérapie, malgré des conditions quelquefois peu favorables, avait fait ses preuves.

Aussi notre service fut-il aussitôt réorganisé à l'hôpital militaire Villemin, puis transporté au Val-de-Grâce.

Les installations grandioses d'Angleterre ou d'Amérique n'ont pas encore leur équivalent en France. Du moins le Service de Santé a eu la louable initiative de créer le premier service officiel de radiumthérapie.

Or, on ne saurait oublier qu'à côté de la lutte contre la tuberculose s'impose aussi la lutte contre le cancer, dans laquelle la radiumthérapie paraît appelée à jouer un rôle primordial.

(1) Ces appareils ont été mis à notre disposition par la Société anonyme des Traitements chimiques de l'Ile-Saint-Denis.

(2) Mme Curie fournissait concurremment d'ampoules d'émanation notre regretté confrère Dominicci.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 12 AVRIL 1920)

Sur les premiers stades du glomérule coccygien chez l'homme. — MM. H. Vallois et A. Peyron.

Action des boues activées sur l'ammoniac de l'eau d'égout et de l'eau ordinaire. — MM. Diénert et Girault.

Vitamines pour la culture des bactéries. — MM. René Legroux et Joseph Mesnard. Les macérations de globules rouges ou de certains organes, obtenues par la méthode de MM. Legroux et Mesnard, contiennent des substances qui sont pour le bacille de Pfeiffer un élément nécessaire à sa croissance.

Sur le polymorphisme des bactéries. — M. A. Paillot.

Le zinc dans l'organisme humain. — M. Sinicha Giaya. La présence du zinc est constante dans les viscères humains, mais la proportion y augmente avec l'âge des sujets. Elle varierait ainsi depuis l'enfant de 3 mois jusqu'à l'homme de 70 ans, de 0g0009 à 0g005 pour 100.

C'est-à-dire que le zinc paraît un élément normal de l'organisme humain; mais à côté du zinc normal, des rapports incessants au cours de la vie viennent en produire dans les viscères l'accumulation de quantités *pseudonormales*, en somme analogues, bien qu'infiniment supérieures aux traces *pseudonormales d'arsenic* bien définies par M. E. Kohn-Abrest.

Au point de vue de la pratique des expertises toxicologiques, les expériences de M. Giaya montrent qu'il n'y a pas lieu d'attacher, dans les conclusions, de l'importance à la présence de petites doses appréciables de zinc, même si elles atteignent 0g005 p. 100 de l'échantillon moyen des viscères.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 20 AVRIL 1920)

La capacité meurtrière de l'artillerie. — M. Mercier (de Tours) fait, sur ce sujet, une communication dont voici le résumé :

Au cours de la guerre, l'emploi toujours croissant du matériel d'artillerie n'a pas eu seulement pour conséquence d'accroître le nombre des blessés par éclats d'obus, en le portant à un taux inconnu jusqu'alors, mais encore d'augmenter et la gravité et la multiplicité de leurs blessures.

A l'aide d'une documentation très précise, l'auteur est arrivé aux résultats suivants :

L'armée A, occupant un secteur très calme, a compté pour 363.000 obus reçus, 809 tués et 4.168 blessés, soit pour 100 obus une proportion de 0,20 pour les tués et de 1,03 pour les blessés.

L'armée B, tenant un front un peu plus agité mais où les corps à corps avaient cessé, a accusé, pour 717.000 obus reçus, 2.753 tués et 10.756 blessés, soit pour 100 obus une proportion de 0,38 pour les tués et 1,50 pour les blessés.

Quant à l'armée C, occupant un secteur d'attaque, elle eut à enregistrer pour 2.529.000 obus reçus, 9.703 tués et 40.488 blessés, soit, pour 100 obus allemands, une proportion de 0,38 pour les tués et 1,60 pour les blessés français.

Il est à remarquer que, lors de l'offensive victorieuse de cette même armée, déduction faite des pertes dues aux armes portatives, la proportion, pour 100 obus allemands tirés, n'a

pas dépassé 0,45 pour les tués et 2,33 pour les blessés.

Si, enfin, on cherche à faire la part des divers calibres dans la genèse de ces pertes, on constate que, pour le seul mois où la discrimination a été faite, l'artillerie lourde allemande peut revendiquer les 4/5 des projectiles tirés.

En résumé, au cours de l'été et de l'automne 1917, soit en pleine guerre de position, soit au cours de nos attaques victorieuses, il a fallu, sur le front d'un groupe d'armées, 395 coups de canons allemands pour tuer un soldat français et 75 coups pour en blesser un.

L'importance de cette note documentaire réside moins dans son intérêt statistique que dans la faculté fournie au commandement d'évaluer par analogie les pertes ennemies : connaissant, d'une part, la densité adverse, et, d'autre part, l'intensité 5 fois plus grande de notre tir, il pouvait dresser, à coup sûr, la carte d'usure des divisions ennemies.

L'encéphalite léthargique. — M. Laubie, de Donzenac (Corrèze), présente la relation de 10 cas d'encéphalite léthargique observés par lui ou par ses confrères dans quelques localités très voisines, depuis le mois de juillet 1919. Sur ces 10 cas, il y a eu 4 morts. La forme léthargique, avec ou sans myoclonie, a été la plus fréquente. Dans 3 cas, délire avec excitation vive, soubresauts tendineux, ptosis, diplopie, etc., lymphocytose faible du liquide céphalo-rachidien.

La transmission directe et surtout indirecte de la maladie a été évidente, surtout dans deux des villages. Deux habitants s'étaient vus quelques jours auparavant alors qu'ils n'étaient pas encore malades. Un troisième a été en contact avec des personnes qui avaient vu le premier des deux précédents. Un charretier atteint d'encéphalite était en rapport très fréquent avec les habitants d'un village voisin dans lequel régnait la maladie.

A Chaumont, il y a eu contagion huit jours auparavant entre un habitant jusqu'alors sain et le père d'un malade.

Plusieurs malades paraissent s'être contagionnés à Brive.

M. Levaditi, en son nom et au nom de M. Hardey, fait connaître les résultats de recherches expérimentales sur le virus de l'encéphalite léthargique.

Etude du suc gastrique. — M. Pron communique les résultats de 500 analyses du suc gastrique du jeûne.

Ce que doit être le traitement de la luxation congénitale de la hanche. — Tel est le titre d'une communication de M. Calot (de Berck). En voici le résumé :

« 1° Chirurgiens et radiographes se sont trompés généralement sur le véritable emplacement et les vraies limites du cotyle primitif, lequel répond chez les tout petits à la pièce ischion et non pas à la pièce ilion de l'os coxal.

2° L'on s'est trompé lorsqu'on a donné (et c'est presque toujours) une direction oblique à l'axe de la tête et du col. Cet axe doit être horizontal et transversal pendant toute la durée du traitement. De plus, la cuisse doit être hyperfléchie dans le premier plâtre.

3° Nous pouvons créer une voûte horizontale large et solide qui retiendra la tête du fémur dans le cotyle primitif retrouvé. Et nous pouvons suivre d'ordinaire à la radiographie les étapes et les progrès de la reconstitution de cette voûte. Il sera prudent de compter 8 à 12 mois pour qu'elle soit bien suffisante.

Trois notions qui nous permettront d'assurer incomparablement mieux que par le passé la guérison intégrale de la luxation congénitale de la hanche. »

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 16 avril 1920)

Un cas nouveau d'ophtalmoplégie congénitale, familiale et héréditaire. — MM. Crouzon et P. Béhague présentent une malade atteinte d'ophtalmoplégie et dont le père présentait la même affection. Celle-ci serait survenue chez lui vers 30 ans à la suite de convulsions. Cet homme eut 4 garçons dont pas un n'eut de lésions oculaires, mais il eut 3 filles qui toutes avaient une ophtalmoplégie. Ses fils eurent des enfants normaux ; ses filles n'en eurent pas. Chez la malade présentée, les muscles droit supérieur, droit inférieur, petit oblique, releveur des paupières sont paralysés des deux côtés, les autres muscles sont intacts, sauf le grand oblique gauche qui est parésié. La musculature interne est intacte. Il s'agit donc d'une nouvelle famille atteinte d'ophtalmoplégie congénitale, familiale et héréditaire, analogue à celle présentée par les auteurs le 12 mars dernier.

Hémorragies intestinales chez un basedowien hémophile traitées avec succès par le sérum de lapin en état d'anaphylaxie. — MM. V. Raymond et Rouquier. Les relations du syndrome de Basedow avec l'hémophilie n'ont pas été étudiées. Les hémorragies intestinales chez les hémophiles sont rares. Celles du malade dont il s'agit assez graves pour mettre ses jours en danger ont été arrêtées par deux injections de sérum sérique préparé par MM. Dufour et Le Hello.

Action favorable de l'opothérapie hypophysaire dans un cas d'obésité et de diabète insipide. — MM. Flandin, Huber et Debray.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 13 avril 1920)

Traitement des fractures du col du fémur par le procédé du vissage. — M. Delbet présente un appareil, imaginé par M. Gillot, et destiné à assurer le bon placement de la vis d'os mort qui devient ainsi aussi facile à placer qu'une vis métallique.

Scaphoïdite tarsienne des jeunes enfants. — M. Mouchet fait un rapport sur une observation adressée par M. Rœderer. Il s'agit d'un cas de scaphoïdite tarsienne des jeunes enfants appelés aussi maladie de Keller.

Elle se rencontre chez les enfants de 5 à 6 ans. Elle n'a presque pas de symptômes. C'est la radiographie seule qui permet de la diagnostiquer. On constate seulement une douleur à la pression. Les mouvements du pied sont conservés, il y a un léger gonflement. L'affection atteint parfois les deux pieds.

La radiographie montre que le scaphoïde est modifié dans son volume, dans sa forme et dans son architecture; le volume est très diminué, la forme est aplatie, en galette ; l'os est condensé, calcifié. Après 1 an 1/2 à 2 ans, l'os a repris sa forme normale.

M. Mouchet tend à admettre un trouble de nutrition de l'os ; une ostéite posttraumatique ou une fracture pathologique.

Liposarcome de l'articulation du genou. — M. Auvray communique une observation dont voici le résumé. Un jeune homme de 19 ans se plaignait d'une douleur au genou qui se calmait par le repos. Il existait une tuméfaction au niveau du tendon rotulien. La tumeur, assez volumineuse, était mobile; elle semblait contenir un peu de liquide. On fit d'abord le diagnostic de corps étranger. M. Auvray intervint et enleva la tumeur qui était pédiculée sur la face postérieure du tendon rotulien. La tumeur avait 9 cm. sur 5 cm. Elle était constituée par un tissu fibro-lipomateux. L'examen histologique fait par M. Roussy montra qu'il s'agissait d'un lipo-sarcome ou lipome malin.

Après l'opération, il y eut des accidents infectieux qui obligèrent à rouvrir la plaie et à drainer et qui entraînèrent une raideur articulaire.

M. Auvray rappelle les cas analogues qui ont été publiés

par MM. Lejars, Mauclaire et d'autres. Dans un cas la récidive n'eut lieu qu'après 8 ans, mais c'est un cas exceptionnel; dans d'autres, il fallut recourir à l'amputation.

Exclusion du gros intestin. — M. OCKINCZYC rapporte 2 observations de plaies pénétrantes de l'abdomen par coups de fusil qu'il traita par une exclusion bilatérale de l'anse fistuleuse.

M. LECÈNE rapporte un fait analogue. Il s'agissait d'un blessé qui avait été atteint dans l'aine gauche par un éclat d'obus. Il restait un anus contre nature de l'intestin grêle. M. Lecène, à l'aide de pinces écrasantes, isola tout le magma d'adhérences intestinales, réséqua et fit une entéro-anastomose latérale. Il restait une petite fistule stercorale, quand survinrent des accidents graves de péritonite qui obligèrent un autre chirurgien à intervenir, à évacuer le pus, à isoler un magma inflammatoire et à drainer. Il restait une fistule qui se ferma.

M. Lecène intervint de nouveau; en se guidant sur son entéro-anastomose, il parvint à réséquer tout le paquet d'anses adhésives et ce blessé finit par guérir.

Tumeur de la plèvre. — M. Anselme SCHWARTZ communique l'observation d'un homme de 52 ans chez lequel on avait diagnostiqué une tumeur du poumon. La radioscopie montrait une énorme masse noire. Le poumon était réduit à une lame mince occupant le sommet.

Opération. Longue incision dans le 8e espace intercostal, plèvre épaisse; elle est incisée; M. Schwartz tomba sur un magma brunâtre qui remplit toute la cavité pleurale; il parvint à évacuer complètement tout le contenu de la plèvre; il restait une énorme cavité dont le sommet contenait quelques masses grises que M. Schwartz enleva également. Quelque peu embarrassé devant cette immense cavité pleurale dont il ne savait que faire, M. Schwartz se contenta de fermer avec drainage à la partie déclive. Il y eut des accidents infectieux auxquels le malade succomba. L'examen histologique des tissus enlevés montra qu'il s'agissait de pachypleurite.

Traitement des pseudarthroses. — M. ROUVILLOIS communique plusieurs cas de pseudarthrose de l'humérus dans lesquels il est arrivé à obtenir une parfaite consolidation à l'aide d'un greffon osseux central intramédullaire et de deux greffons ostéopériostiques périphériques.

Traumatismes craniens. — Nous revenons à la discussion sur les traumatismes craniens, et les indications de la trépanation.

M. DELBET répond à la communication de M. de Martel : Faut-il trépaner primitivement sans symptômes, en plein coma, ou attendre une indication fournie par les symptômes?

M. de Martel est d'avis qu'il faut trépaner sans tenir compte des symptômes en période de coma.

M. Delbet, très respectueux de la clinique et très soucieux de l'intérêt de son prochain, estime qu'il ne faut trépaner que sur l'indication des symptômes. Il rappelle les symptômes de localisation dont il faut tenir compte, surtout au point de vue de l'indication de la trépanation, et il accorde aux ponctions lombaires, même au point de vue thérapeutique, plus d'importance que M. de Martel.

Enfin, il y a les symptômes tirés du pouls, de sa lenteur, des respirations, de la tension artérielle, de l'élévation de la température.

M. DE MARTEL déclare n'être pas moins respectueux de la clinique et de son prochain que M. Delbet, mais il persiste à croire que les symptômes observés en période de coma peuvent être très trompeurs et qu'il est bien difficile de baser sur eux des indications thérapeutiques précises.

Si on attend on s'expose à intervenir trop tard, tandis que la trépanation décompressive est un minimum de traumatisme qui ne saurait être nuisible et qui peut être très utile.

COMITÉ MÉDICAL DES BOUCHES-DU-RHONE

(ORDRES DU JOUR DES SÉANCES DE FÉVRIER 1920)

6 février. — MM. SILHOL, J. PONCEL, BONNAL, WEILL, ROUSLACROIX : Discussion sur la conférence de M. Aubert : « Où en est la question de l'appendicite chronique? »

M. CORSY : A propos d'un cas d'appareil hyoïdien.

M. le prof. AUBARET et OURGAUD : Sclérectomies avec enclavement conjonctival.

13 février. — M. le prof. ROGER : Quelques cas d'encéphalite aiguë épidémique, léthargique, myoclonique et choréo-ataxique.

M. JUGE : Plaie pénétrante du crâne. Réunion primitive sans drainage.

20 février. — M. AYMÈS : Syndrome paralytique pelvi-trochantérien à la suite d'un abcès par injection de quinine.

M. FARNARIER : Sur le trachome à Marseille.

M. REYNÈS : La récalcification : le gaurolate de chaux, nouveau sel soluble et colloïdal.

M. PAGLIANO : Effets remarquables de l'ouabaïne dans les affections cardiaques ; son action élective sur la tonicité et la contractilité du cœur gauche.

M. JUGE : Un cas complexe de salpingo-ovarite.

27 février. — M. CAMBON : Accouchement en bloc d'un œuf de 7 mois chez une femme albuminurique.

M. DE LUNA : Conférence mensuelle. Les sténoses du pylore. Diagnostic et indications opératoires.

LIVRES NOUVEAUX

La Médecine : Les sciences d'aujourd'hui (1), par H. ROGER.

Après avoir défini la médecine « science par ses moyens d'étude, art par ses applications », l'auteur se livre à des considérations de philosophie de la médecine.

L'être vivant, loin d'être un microcosme, un centre, toujours en lutte avec le monde ambiant, n'est qu'une machine « dont le fonctionnement est soumis aux lois de l'énergétique ». Réagissant sans cesse à l'influence des agents extérieurs, il est perpétuellement en équilibre instable. S'il tombe malade, c'est toujours en dehors de lui, qu'il faudra chercher le primum movens des troubles dont il est atteint.

Passant aux méthodes d'étude de la médecine, M. Roger fait le procès des idées préconçues. « C'est ainsi que la science s'encombre de notions incomplètes et erronées. » Il pourrait rappeler aussi que l'observateur et l'expérimentateur perdent pied, toutes les fois qu'ils font montre de cet esprit de généralisation peu scientifique, qui méconnaît les règles de la logique. Dans le raisonnement qu'ils échafaudent, ils oublient parfois que la conclusion ne doit jamais dépasser les prémisses.

Chez M. Roger, le médecin est complet : il se double d'un fin psychologue et d'un artiste délicat.

En science comme en art, dit-il, il y a le créateur et le critique. Tous les deux ont leur utilité. Et pourtant « à voir avec quelle facilité certains hommes essaient d'amoindrir les découvertes des autres, on est porté à se demander si c'est bien l'amour de la vérité qui soulève toujours les discussions ». Malgré tout, il ne faut pas avoir « le respect de l'autorité », mais « le respect des faits ». Il n'est pourtant pas niable que même les hypothèses prématurées puissent être utiles, et que les erreurs « sont souvent profitables ». « Faire l'histoire de l'erreur, c'est faire l'histoire du progrès. » Ceci est d'autant plus vrai que l'erreur d'aujourd'hui sera souvent la vérité de demain. Il est même des vérités, je parle des vérités mé-

(1) Paris, Masson, 1920.

dicales, qui sont comme le plat du jour, et qui changent le lendemain. D'autres plus durables, et survivant l'espace d'un matin, s'éteignent avec l'homme qui leur donna naissance..

M. Roger oppose l'œuvre de l'artiste imbue de personnalité à l'œuvre toute impersonnelle du savant. Celle-ci n'est qu'une pierre apportée à l'édifice de la science. Mais aussi quel être d'élite est le savant de M. Roger ! Comme dirait Auguste Barbier,

> Le moule en est d'airain, si l'espèce en est rare.

Lisez plutôt : « La joie que procure le travail désintéressé est la seule récompense qu'un savant ait le droit d'ambitionner. » Belle maxime qui méritait d'être répétée.

M. Roger traite ensuite de l'évolution des sciences médicales. Puis viennent une série de chapitres où sont successivement étudiées les causes des maladies et leur pathogénie. L'auteur passe en revue les synergies fonctionnelles auxquelles correspondent, en pathologie, les sympathies morbides. Continuant son résumé de pathologie générale, il parle de l'hérédité, des réactions morbides, de l'immunité, des méthodes de diagnostic et des bases de la thérapeutique.

C'est bien en effet dans ce livre, comme le titre l'indique, toute la médecine qui est cinématographiée, mais la médecine scientifique aux méthodes si complètement différentes des procédés de la médecine traditionnelle. FERNAND LÉVY.

De la matière à la vie (1), par H. JUDÉAUX.

Les confrères, qui ont assisté à l'émouvante cérémonie que l'Association des internes et anciens internes des hôpitaux de Paris a fait célébrer à Notre-Dame en décembre dernier, ont conservé un souvenir profond de l'allocution prononcée à cette occasion par M. l'abbé Judéaux.

Cette oraison funèbre qui exprimait des pensées si élevées dans une forme proche de la perfection vient d'être publiée par la librairie Arnette.

Nous ne saurions trop recommander la lecture de ces belles pages. F. L. S.

(1) In-8, Paris, librairie littéraire et médicale, Louis Arnette, 2, rue Casimir-Delavigne. — Prix : 1 fr. 25 net.

Soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques gratuits assurés par l'Etat à tous les militaires et marins réformés par suite de blessure reçue ou de maladie contractée ou aggravée en service. [Décret du 26 septembre 1919 pour l'application de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, suivi des instructions des ministères de l'Intérieur, du Travail et de la Prévoyance sociale (1).]

Ce Guide pratique, que vient de faire paraître le capitaine FLUTET est à l'usage :

1° Des militaires et marins réformés ;
2° Des médecins et pharmaciens civils ;
3° Des municipalités ;
4° Des sociétés de secours mutuels, des sociétés de secours des ouvriers mineurs et des syndicats professionnels.

La simple lecture de ce Guide indiquera à chaque bénéficiaire tout ce qu'il a intérêt à connaître. L. G.

(1) In-8. — Prix : 1 fr. 50 net. — Paris, Lavauzelle, éditeur, 124, boulevard Saint-Germain, et Limoges.

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 39. — MARDI 27 AVRIL 1920. 93e ANNÉE. MARDI 27 AVRIL 1920. — N° 39.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 15 francs par an. Étudiants étrangers, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 6 fr. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

Hopitaux de Paris. — Concours de chirurgien des hopitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 22 avril. — MM. Mondor, 17; Métivet, 19; Guimbellot, 17.

Séance du 24 avril. — MM. Houdard, 15; Girode, 16.

— Concours de médecin d'Angicourt. — Le jury est composé de MM. Beaudoin, Papillon, Laffitte, Claude et Gaillard.

— Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 21 avril. — Question donnée : « Appareil ligamenteux de l'articulation coxo-fémorale. — Symptômes de la coxo-tuberculose. »

MM. Théodoresco, 15 + 24 = 39; Nora, 17 + 26 = 43; Huas, 14 + 22 = 36; Dubois (Henri), 17 + 25 = 42; Prieur, 17 + 26 = 43; Lubin, 14 + 21 = 35; Fouet, 17 + 25 = 42; Laurent (Marcel), 15 + 21 = 36.

Séance du 22 avril. — Question donnée : « Configuration externe et rapports de la trachée. — Symptômes et complications de la coqueluche. »

MM. Minvielle (Martin), 15 + 15 = 30; Bardon, 16 + 24 = 40; Tisné, 15 + 23 = 38; Boyau, 14 + 24 = 38; Lafourcade-Cortina, 9 + 21 = 30; Marquézy, 17 + 27 = 44; Clément (Robert), 16 + 24 = 40 : Solente, 13 + 24 = 37.

Séance du 23 avril. — Question donnée : « Appareil ligamenteux du genou. — Signes et diagnostic de l'ostéomyélite aiguë des adolescents. »

MM. Viollet, 15 + 22 = 37; Bernard (E.), 15 + 23 = 38; Auvigne, 19 + 26 = 45; Réglade, 13 + 21 = 34; Gambillard, 19 + 24 = 43; Vigneron, 14 + 24 = 38; Guérin, 15 + 22 = 37; Bonnot, 14 + 22 = 36; Veil (Prosper), 15 + 22 = 37; Marchal, 17 + 23 = 40.

— Concours de l'externat. — *Pathologie.* — Séance du 21 avril. — Question donnée : « Causes et symptômes des cavernes pulmonaires. »

Mlle Gricouroff, 11; MM. Gauillard et Guérin, 14; Mlle Henry, 15; MM. Gence, 11; Garnier, 13; Grenierboley, 5; Gorostidi, 2; Hennart, 12; Gauthier (P.), 16; Gruntescu, 12; François, 13; Guichard, 5; Hyvert (M.), 12; Geray, 14; Gautier (J.), 18; Fradiss, 13; Hamonic, 15.

Séance du 23 avril. — Question donnée : « Causes, symptômes et traitement de l'asystolie. »

MM. Beaussier, 7; Armand, 15; Arnaud, 8; Arrivot, 10; Agnès, 18; Azam, 14; Aubry, 19; Mlle Aubriot, 16; MM. Bidegaray, 9; Bazelis, 13 1/2; Mlle Baudry, 16 1/2; MM. Aborneau et Azerad, 14; Bonan, 16 1/2; Bruder, 13; Brunet, 10 1/2; Bussy, 13; Bac, 11.

Séance du 24 avril. — Question donnée : « Un épanchement liquide de la plèvre ayant été reconnu, en discuter l'abondance et la nature. »

M. Breton, 14; Mlle Bœgner, 17; MM. Blanche, 10 1/2; Caffort, 19; Béglerys, 12; Broujaniski, 13; Blondeau, 14; Brochérion, 16; Bogdonovitch, 10; Baldy, 15; Barbellion, 16; Benda, 16 1/2; Biancani (E.), 18; Boltanski, 18 1/2; Amiot, 14; Blondel, 16; Baudrillart, 12.

Anatomie. — Séance du 22 avril. — Question donnée : « Artère sous-clavière. »

M. Wallich, 18; Mlle Vignaux, 11; MM. Willot, 19 1/2; Voukassovitch, 14; Mlle Wachi, 10; MM. Vibert, 17; Willemin (L.), 13; Widlocher, 11; Ravier, 10 1/2; Popovitch (Milan), 15; Nadal, 14; Moussou, Mlle Ostwalt et MM. Maumon, 10; Pichat, 16 1/2; Mayer, 13; Pavie, 17; Mer, 11; Quignon et Mme Meyer-May, 12.

Séance du 24 avril. — Question donnée : « Les deux muscles péroniers latéraux. »

M. Mondet, 9; Mlle Parmentier, 11; MM. Paris, 8; Poulet, 17 1/2; Mme Poissonnier, 13; Mlle Petot, 18; MM. Navarre et Naveau, 12; Michaux (L.), 15; Rebuffel, 11; Moraux (P.), 10; Mounier, 16; Mlles Maybluh, 10; Nitard, 13; MM. Piton, 8; Perrin (J.), 12 1/2; Parat, 18; Puech, 16; Mlle Michel, 12 1/2; M. Pagès, 10.

HOPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — Le concours d'accoucheur des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le Dr Paul Balard.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. André Broca, agrégé, est nommé professeur de physique, en remplacement de M. Weiss, nommé doyen de la Faculté de Strasbourg.

— M. le prof. Gosset a bien voulu, sous forme de don manuel, mettre à la disposition de la Faculté une somme de 6.000 fr. pour la création de 5 bourses de doctorat à attribuer, pendant l'année scolaire 1920-1921, à 5 étudiants appartenant à des familles de médecins sans fortune et titulaires de 4 inscriptions de doctorat.

Les 5 bourses seront distribuées à la suite d'un concours devant un jury composé, sous la présidence du doyen, de 2 professeurs, dont le donateur, et d'un agrégé.

Le registre d'inscription des candidats aux bourses est ouvert jusqu'au 1er septembre 1920.

La liste des candidats admis à concourir est dressée par une Commission composée du Doyen, du prof. Gosset et d'un de leurs collègues. La composition de cette Commission peut être modifiée par le Conseil de la Faculté en cas d'impossibilité pour le Doyen ou le prof. Gosset d'en faire partie.

Le concours comportera 2 épreuves écrites d'une heure chacune, l'une sur une question d'anatomie, l'autre sur les éléments de la pathologie générale.

Tout candidat ayant traité d'une manière satisfaisante les 2 questions sera soumis à une épreuve orale d'une durée de 10 minutes portant sur l'anatomie descriptive.

Pour concourir à ces bourses, les candidats doivent adresser une demande au Doyen accompagnée d'une attestation qu'ils sont fils de médecins et d'un état indiquant les ressources de la famille. (S'adresser au secrétariat pour avoir le modèle de ce document.)

— CONCOURS POUR L'ADJUVAT. — Un concours pour 5 places d'aide d'anatomie s'ouvrira le mardi 25 mai 1920, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

Tous les élèves de la Faculté, français ou naturalisés français, sont admis à prendre part à ce concours.

Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à 3 heures, tous les jours, jusqu'au 15 mai inclusivement.

Les aides d'anatomie nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1920.

— CONCOURS POUR LE PROSECTORAT. — Un concours pour trois places de prosecteur s'ouvrira le mardi 25 mai 1920, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours.

Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à 3 heures, tous les jours, jusqu'au 15 mai inclusivement.

Les prosecteurs nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1920.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — GRENOBLE. — M. le Dr Perrère est délégué dans les fonctions de chef des travaux pratiques de physique.

LE PRODUIT DES JEUX. — MM. Roux, Léon Bernard, Renault, membres du Conseil supérieur de l'hygiène publique, sont nommés membres de la Commission de répartition du produit des jeux au ministère de l'Intérieur.

PASTEUR ET SON ŒUVRE. — Le Dr N. Morales Villazon a publié dans la *Revista de Bacteriologia e Hygiene* (n° 42, 1919) un magnifique éloge de Pasteur, savant illustre autant que modeste, homme de devoir, fils modèle, époux parfait, et grand patriote qui, avec son sûr instinct de divination, avait, en 1870, prédit la guerre de 1914, et qui, déjà célèbre, n'avait pas hésité à s'engager, et à servir, comme caporal-fourrier, dans l'armée de Bourbaki. On lira avec émotion les pages éloquentes, — *pectus est quod disertos facit*, — dans lesquelles un véritable ami de la France a su rendre, à l'une des plus pures de nos gloires, l'hommage qui lui était dû

L. B.

STATISTIQUE MUNICIPALE DE LA VILLE DE PARIS. — Le bureau de la statistique a enregistré, du 1er au 10 mars, 1.400 décès (moyenne de la saison, 1.601).

La scarlatine a causé 8 décès au lieu de 4 pendant la décade précédente (moyenne 3). Cas nouveaux signalés 171 au lieu de 148 pendant la décade précédente (moyenne 95).

La coqueluche a causé 16 décès (moyenne 11).

La diphtérie a causé 7 décès (moyenne 5); cas nouveaux signalés 96 (moyenne 55).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 302 décès au lieu de 270 pendant la décade précédente (moyenne 331). En outre 31 décès ont été attribués à la grippe.

Il y a eu 3 décès par méningite cérébro-spinale épidémique, 3 cas nouveaux sont signalés.

On a enregistré la naissance de 1.591 enfants vivants.

ÉCOLE DE PSYCHOLOGIE (49, rue Saint-André-des-Arts). — A partir du jeudi 29 avril : les jeudis, à 4 heures, Dr Coste de Lagrave : La méthode d'auto-suggestion; à 4 h. 1/2, M. Gosset : Les méthodes de rééducation physique; à 5 heures, Dr Bérillon : L'hypnotisme et la suggestion.

Cours pratiques, les jeudis, à 10 heures, sous la direction du Dr Bérillon, enseignement clinique de la psychothérapie. Les étudiants sont admis aux consultations du dispensaire psychothérapique et du dispensaire pédagogique les mardis, jeudis, samedis, de 10 heures à midi.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 26 AVRIL AU 1er MAI 1920

THÈSES

Lundi 26 avril. — Jury : MM. Gosset, président; Ménétrier, Sebileau et Cunéo. — M. PASCANO (Gabriel). Terminaison anormale de la pneumonie. — Mlle BONNET-PAPILLAULT. Traitement des fractures anciennes de Dupuytren vicieusement consolidées. — M. BENOIT (Maurice). Restauration de la cavité orbitaire par autoplasties. — M. COLLEVILLE (Pierre). Le procédé de l'angle inférieur dans le traitement des sinusites. — M. MARRIQ (Camille). L'immobilisation de la colonne vertébrale par le procédé de Hibbs.

Mardi 27 avril — Jury : MM. Teissier, président; J.-L. Faure, Balthazard et Jeanselme. — M. CULLIÉ (Georges). Contribution chronologique à la question des aliénés méconnus et condamnés. — M. LÉPINAY (Eugène). Contribution à l'étude de l'anhydride sulfureux. — M. PRADIGNAC (Henri). Des fractures spontanées tabétiques. — M. ESTÈVE (Gabriel). L'occlusion intestinale par le diverticule de Meckel. — M. MAURICE (Jacques). Valeur séméiologique des névralgies réflexes. — Mlle DEMADIÈRES (Fanny). Valeur séméiologique de l'exploration de la région épigastrique profonde.

Mercredi 28 avril. — Jury : MM. Roger, président; Broca, Couvelaire et Guéniot. — M. CUSSON (Henri). Essai de traitement de l'orchi-épididymite blennorragique. — M. CLAVERIE (Maurice). Les déterminations ostéoarticulaires du tétragène. — M. MAUFRAIS (Louis). Les fistules minto-sternales. — M. FERRAND (Louis). Le moment de l'intervention chirurgicale dans les kystes de l'ovaire.

Jeudi 29 avril. — Jury : MM. Pouchet, président; Achard, Carnot et Lereboullet. — M. FORIEN (Cyprien). Contribution à l'étude de l'infantilisme tardif de l'adulte, d'origine hypophysaire. — M. RENOUF (Albert). L'intoxication aiguë par le véronal. — M. BIGOT (Henri). Des œdèmes par carence alimentaire observés pendant la guerre. — M. HISCHMANN (Antoine). Etude clinique des pleurésies. — BLÉTON (Gaston). Le traitement des adénites tuberculeuses par les injections intraveineuses.

Jury : MM. Gilbert, président; Chauffard, Widal et Sicard. — M. LEMOINE (Jules). Diagnostic de la hernie diaphragmatique. — Mlle DAUTREVAUX (Marie). Les troubles oculaires dans l'encéphalite léthargique épidémique. — M. CHAPUT (Pierre). Le traitement d'épreuve dans les formes frustes de l'amibiase hépatique chronique.


ANÉMIE
HÉMOGLOBINE
CONSOMPTION
FER VITALISE
OXYDASES DU SANG
NEURASTHÉNIE
DESCHIENS
CONVALESCENCES

DYSOSTOSE CRANIENNE CONGÉNITALE
ASSOCIÉE A UNE POLYSYNDACTYLIE

Par MM. VARIOT et BOUQUIER.

La singulière malformation du crâne et des extrémités, que nous avons eu l'honneur de présenter à la Société d'anthropologie, a été signalée pour la première fois par M. Troquart (*Bull. de la soc. de chir. de Bordeaux*, 1886). Mais c'est vraiment dans un travail de M. Babès (de Bucarest) que l'anatomie complète de cette malformation a été décrite et qu'une interprétation scientifique a été proposée (*Bull. de l'Acad. des sciences*, Paris 1904).

Il semble incontestable que la polysyndactylie est une conséquence immédiate d'un trouble profond du développement dans la région de la base du crâne portant spécialement sur la région de la selle turcique et même sur l'hypophyse.

Il existe une analogie entre ces lésions déterminant la dysostose cranienne associée à la polysyndactylie et celle de l'acromégalie décrites antérieurement par M. Pierre Marie.

Les faits de ce genre ont été désignés par M. Apert dans une monographie présentée à la Société médicale des hôpitaux, le 21 décembre 1906, sous le nom d'acrocéphalo-syndactylie (V. également M. Comby, *Arch. de méd. des enfants,* janv. 1916 et sept. 1919).

Comme il existe des cas d'acrocéphalie, non congénitale et sans déformations symétriques des extrémités, tel ce jeune enfant que nous avons présenté à la Société de pédiatrie, le 15 avril 1919, nous avons pensé qu'il était préférable de désigner, sous le nom de dysostose cranienne congénitale avec polysyndactylie, ces malformations du crâne et des extrémités que l'on retrouve constamment avec seulement des différences de degré dans les 12 observations qui ont été déjà publiées.

Voici l'observation de ce nouveau cas :

L'enfant B... Pierrette, âgée de 15 mois, vient à la consultation de M. le Dr Variot, à l'hospice des Enfants-Assistés, le 4 novembre 1919.

Elle présente une malformation cranienne congénitale intéressant la suture bregmatique et une syndactylie avec polydactylie des quatre extrémités.

Première enfant de parents jeunes et en bonne santé (pas de syphilis antérieure). Pas de monstruosités dans les antécédents familiaux.

Au 3e mois de la grossesse, les dernières règles remontant à septembre 1917, le père de l'enfant fut porté disparu à son régiment.

La jeune femme fut violemment émue par cette nouvelle. Elle devait d'ailleurs rester sans renseignements sur le sort de son mari jusqu'à la fin de la grossesse et ne devait apprendre qu'il était prisonnier qu'un mois après son accouchement.

La grossesse fut aussi profondément troublée par les raids de gothas et les bombardements.

L'enfant naquit cependant à terme le 30 juillet 1918, sans intervention, mais après un travail de 33 heures.

Les déformations du crâne et des extrémités existaient à la naissance, plus accusées, semble-t-il, au crâne et à la face d'après ce que l'on peut en juger sur une photographie faite à quelques semaines ; les globes oculaires sont en particulier plus saillants qu'à l'heure actuelle.

L'enfant eut une croissance normale, sa santé fut troublée par deux incidents à 6 semaines et à 9 mois, crises de torpeur sans convulsions, d'une durée de 3 jours la première, de 4 la seconde, qui firent craindre la mort rapide au médecin appelé.

Actuellement la jeune Pierrette mesure 78 cm. et pèse 12 kg., elle est donc en anticipation de croissance staturale et pondérale et même légèrement polysarcique.

Son crâne présente une déformation marquée de la région frontale.

La synostose précoce de la suture médio-frontale a entraîné une saillie verticale qui se continue sans démarquation avec la racine du nez.



L'enfant B... (Pierrette), à l'âge de 15 mois.

Les deux bosses frontales sont remplacées par une dépression qui exagère la saillie de la voûte orbitaire paraissant ne pas contenir de sinus frontaux développés.

Le Bregma et la partie antérieure de la suture sagittale, la suture coronale ont également subi un processus de synostose précoce avec saillie perceptible à la palpation, moins accentuée cependant que celle de la suture médio-frontale.

Le développement de cette partie antérieure du crâne s'est fait surtout dans le sens de la hauteur, le front mesure 7 cm., 5 de hauteur, tandis que le diamètre bitemporal n'est que de 11cm8.

Les autres diamètres sont les suivants :

O.F. = 16,2	S.O.F. = 15,2	O.M. = 17,8
O.B. = 15,1	S.O.B. = 15,1	
B.T. = 11,8		
B.P. = 12.		

La circonférence sous-occipito-frontale est de 46 cm. et la maxima de 46,8.

La distance de la racine du nez au sous-occiput est de 53.

La radiographie (M. le Dr Barret) montre une réduction très importante de toute la partie antérieure de la base du crâne jusqu'au niveau du trou occipital.

Les cavités orbitaires sont très fortement aplaties d'avant en arrière, *l'étage moyen (sphénoïdal) présente des dimensions antéropostérieures extrêmement réduites*, la selle turcique sans être exceptionnellement petite est néanmoins diminuée dans

le même sens. Avec les diminutions des dimensions antéro-postérieures on note par contraste l'augmentation très marquée de hauteur du même étage cranien.

A partir du trou occipital la région postérieure du crâne présente des dimensions à peu près normales.

La paroi très mince au niveau de l'écaille de l'occipital est épaissie au niveau de la suture sagittale.

Le squelette tout entier présente un développement très faible comparativement à celui du crâne.

La face est élargie, les globes oculaires font saillie et la racine du nez est sur un plan postérieur à eux. Il existe également de la lagophtalmie.

La racine du nez se prolonge directement avec la saillie médio-frontale comme dans le profil type grec.

L'enfant conserve la bouche entr'ouverte, la voûte palatine est ogivale, il n'a pas encore de dents.

Les oreilles fortement décollées sont mal ourlées, leur lobule est adhérent.

La jeune Pierrette présente une syndactylie avec polydactylie.

Aux mains les doigts sont réunis surtout à leur extrémité, ce qui donne à la main l'aspect dit de « main d'accoucheur ».

Il existe un 6e doigt accolé au 5e, mais n'ayant qu'une phalange.

Aux pieds, au contraire, 6 doigts avec squelette complet, visible à la radiographie.

L'enfant présente une éventration ombilicale et sous-ombilicale.

Son développement psychique est un peu en retard, elle ne paraît cependant pas inintelligente.

Il ne semble pas exister de troubles sensoriels.

Conclusions. — Nous n'avons pu trouver dans ce cas l'infection ou l'intoxication ayant provoqué la lésion du centre trophique basicranien de Babès.

Il nous a semblé cependant que l'on pouvait émettre l'hypothèse du retentissement sur un embryon à la période de modelage des organes, du désordre de la nutrition produit chez la mère par la violente émotion ressentie au début de la grossesse.

Nous connaissons bien le retentissement sur la lactation qui se produit sous l'influence de ces mêmes commotions psychiques et morales et qui altère la sécrétion lactée en quantité et probablement même en qualité, l'enfant éprouvant des troubles digestifs variés sans que l'on ait pu jusqu'à présent fixer la substance toxique du lait.

Il semble donc plausible d'admettre, dans ce cas tout au moins, l'existence d'une intoxication embryonnaire, consécutive à un trouble de la nutrition générale de la mère d'ordre émotionnel, ayant lésé le centre trophique basicranien.

NOTES DE PRATIQUE

A PROPOS DU SIGNE DU SOU DE PITRES

M. le prof. Sabrazès indique dans la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux* (14 mars 1920) un moyen pour bien percevoir le signe du sou de Pitres dans l'épanchement pleural.

L'auscultation à l'aide d'un stéthoscope biauriculaire à longs tubes de caoutchouc (modèle anglais) ne convient pas du tout (le timbre argentin n'est pas transmis). Il faut pratiquer l'auscultation médiate (oreille sur le thorax) ou encore l'auscultation avec le stéthoscope en bois.

LA

CONSERVATION SYSTÉMATIQUE DES DOIGTS MUTILÉS

EN VUE DE LEUR UTILISATION SECONDAIRE DANS LES AUTOPLASTIES DE LA MAIN

Par M. Paul BONNET,
Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Lyon.

Les blessures produites par les éclats de grenade, en particulier celles qui sont le fait d'un accident d'exercice, éclatement imprévu ou prématuré de la grenade, ont créé un type assez uniforme de mutilation de la main où les téguments de la paume sont ordinairement intéressés en même temps que les doigts.

La nécessité d'un traitement conservateur à l'extrême de la fonction a permis de mettre au point des détails de technique dont peuvent actuellement bénéficier les accidents du travail.

La question est donc d'un intérêt actuel, et nous voulons insister sur la nécessité qu'il y a, au cours des graves mutilations de la main, à être parcimonieux des téguments, et en particulier à retarder les amputations des doigts qui pourraient paraître nécessaires d'emblée, la fonction du doigt lui-même semblant irrémédiablement compromise.

C'est que, en effet, les téguments des doigts dont le sacrifice est décidé peuvent être utilisés dans les autoplasties que nécessitent les pertes de substance de la paume ou de la face dorsale de la main. Pour cette raison, l'amputation doit être différée toutes les fois que l'étendue des lésions fera prévoir la nécessité d'une autoplastie secondaire de la main.

Nous avons eu l'idée de pratiquer cette conservation systématique des doigts, en août 1916, chez un blessé dont la main gauche avait été profondément mutilée par un éclatement de grenade. L'aspect des lésions lui-même nous y invitait : la paume de la main était largement ouverte et présentait une perte de substance importante; le médius, dont la première phalange était fracturée et l'extrémité digitale arrachée, était encore relié à la main par un pédicule cutané. Le médius fut donc conservé; la plaie fut stérilisée, et quelques jours plus tard l'autoplastie fut faite à l'aide du lambeau digital désossé, par bascule suivant la méthode italienne.

Le résultat de l'autoplastie fut excellent, et nous étions bien décidé, après cet heureux essai, de tenter la conservation systématique des doigts toutes les fois qu'une mutilation semblable paraîtrait nécessiter une autoplastie de la main. Nous pensions que les blessures de guerre nous fourniraient souvent l'occasion de telles autoplasties; cependant il ne nous a pas été donné depuis de pratiquer d'opération semblable, du moins sous cette forme aussi systématique de méthode thérapeutique. Sans doute nous avons pu souvent emprunter à la face palmaire ou dorsale des doigts le lambeau destiné à recouvrir une petite partie de la paume ou de la face dorsale de la main, mais le fait est d'ordre banal.

Le point de thérapeutique sur lequel nous voulons insister est la conservation systématique des doigts mutilés et définitivement perdus pour la fonc-

tion dans le but d'utiliser secondairement la provision de téguments qu'ils offrent pour une autoplastie.

Nous n'avons pas la prétention de présenter ici une méthode personnelle : il est bien probable que pendant cette guerre d'autres chirurgiens ont, comme nous, spontanément songé à tenter la conservation des doigts dans le but d'une autoplastie secondaire.

Nous ne connaissions pas alors les communications que M. le prof. Quénu venait de faire à la Société de chirurgie et qui concernent des faits superposables au point de vue de la méthode thérapeutique employée; il insistait sur la nécessité de conserver les doigts en vue d'une utilisation plastique secondaire à laquelle il donne le nom de *cheiroplastie dactylienne*. Ailleurs (1), il envisageait d'autres applications pratiques de ce mode d'autoplastie dont il apportait d'intéressantes observations. Il rappelait d'ailleurs que l'autoplastie par désossement des doigts n'est pas née de la guerre. Dès le temps de paix le prof. Gross avait présenté en série des observations de cheiroplastie par désossement d'un doigt (2), et le médecin inspecteur Toussaint, à l'occasion d'une observation personnelle qu'il présentait en 1917, rappelait qu'il avait, bien longtemps auparavant, pratiqué des opérations analogues d'autoplasties de la main à l'aide de lambeaux empruntés aux doigts, méthode qu'il pensait avoir imaginée et dont les observations figuraient dans la thèse de Charles (3).

Voici notre observation :

F... (Albert), 43 ans, cordonnier.

Blessé à l'Hartmannwillerkopf le 27 août 1916 par des éclats de grenade, est amené à l'Hôpital Mobile Alsacien 4 heures après. Il présente des plaies multiples; l'une d'elles, siégeant à l'épigastre, nous conduit à une intervention immédiate. Le projectile, heureusement non pénétrant, est rencontré à la face antérieure de la ligne blanche.

La main gauche est le siège d'une mutilation importante : une large plaie anfractueuse intéresse la face palmaire et une petite partie de la face dorsale; les vaisseaux palmaires superficiels sont lésés, les tendons du médius et de l'annulaire sectionnés. L'annulaire est arraché à la partie moyenne de la première phalange; la 3e phalange du médius est emportée avec ses téguments; à sa racine ce doigt est intéressé par la plaie palmaire; la 1re phalange est fracturée et les tendons fléchisseurs sectionnés; cependant le doigt est encore rattaché à la main par la partie dorsale des téguments.

L'opération explore ce foyer anfractueux : l'arcade palmaire superficielle et deux collatérales ouvertes dans la plaie sont ligaturées. Les tendons arrachés sont régularisés; les bords de la plaie débarrassés des tissus mortifiés.

Le médius est conservé de parti pris; il est irrémédiablement perdu au point de vue fonctionnel puisque la 1re phalange est le siège d'une fracture comminutive et les tendons fléchisseurs sont sectionnés; mais ce doigt offre une surface de téguments suffisamment nourrie par ce qu'il reste de peau à la racine et susceptible de concourir utilement à une autoplastie secondaire de la paume.

On pratique une désinfection de la plaie aussi parfaite que possible d'emblée par une détersion au liquide de Dakin et un embaumement à l'eau phéniquée; on applique un pansement imprégné d'alcool iodé.

Le 14 septembre l'aspect de la plaie (en l'absence d'un contrôle bactériologique) semble permettre de pratiquer l'autoplastie :

La plaie est d'abord badigeonnée de teinture d'iode puis avivée sur toute sa surface par curettage des bourgeons charnus; les bords, qui présentent quelques points de sphacèle, sont avivés au bistouri et, par endroits, détachés des plans sous-jacents pour permettre de compléter par glissement la couverture cutanée de la plaie, évidemment trop vaste pour être recouverte par le lambeau digital seul (fig. 1).



FIG. 1.

Le médius conservé est alors fendu longitudinalement sur la face palmaire puis désossé du squelette fracturé et libéré de ses tendons. Les téguments sont seuls conservés; ils constituent un lambeau remarquablement vaste, relié aux téguments de la face dorsale de la main par un pédicule large de 3 cm.

Nous décidons de conserver les moignons de la 1re phalange du médius et de l'annulaire, avec l'espoir qu'ils pourront concourir à la force de préhension de la main. Cette conservation est possible, car la phalange fracturée ne semble pa présenter de trait de refend articulaire. Nous en pratiquon l'avivement par section franche à la pince-gouge et conservons ainsi un moignon de phalange d'environ 1 cm. de longueur.

Le lambeau digital du médius, basculé légèrement et rabattu en avant, a donc à recouvrir les deux moignons de 1re phalange du médius et de l'annulaire à l'extrémité desquels il se réfléchit, une surface très étendue de la paume et une petite surface dorsale de la main.

Il n'y parvient pas complètement et malgré le rapprochement par glissement des lambeaux cutanés il persiste à la partie supérieure de la paume une petite surface quadrilatère

(1) QUÉNU. Cheiroplastie dactylienne, *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris 1916, p. 327; — Cheiroplastie par la méthode italienne, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1917, p. 872; — De la réparation autoplastique à l'aide d'un lambeau digital dans quelques plaies de la main. Cheiroplastie dactylienne, *Revue de chir.*, 1916, p. 20.

(2) GROSS. Trois observations de cheiroplastie par désossement d'un doigt, *Soc. de méd. de Nancy*, 1911.

(3) TOUSSAINT. Main mutilée par deux projectiles de guerre. Désossement de l'index et du médius. Constitution d'un moignon avec ces deux lambeaux cutanés, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1917. Désarticulation par raboteuse mécanique des 4 derniers doigts sans autre lambeau que des débris palmaires de l'index et de l'auriculaire. Moignon régulièrement cicatrisé 22 jours après l'accident, *Bull. méd.*, 1907.

CHARLES. Résection de l'avant-bras après les traumatismes des parties molles, *Th. de Lille*, 1891.

de plaie que nous renonçons à recouvrir et qui devra se cicatriser par seconde intention.

Un petit drain est placé sous le bord libre du lambeau ; la plaie est embaumée à l'alcool iodé.

Nous profitons de l'anesthésie pour redresser l'index et l'auriculaire qui sont fléchis en crochet dans la paume, rétractés sans doute par la réaction inflammatoire de leur gaine tendineuse au voisinage immédiat de la plaie. La main est immobilisée dans un appareil plâtré qui maintient l'extension de ces deux doigts.



FIG. 2.



FIG. 3.

Le premier pansement est fait six jours après l'opération. Le drain est enlevé. La plaie ne présente pas trace d'inflammation. Le 3 octobre la paume présente l'aspect figuré (fig. 2 et 3).

La main est alors exposée au soleil chaque jour, et le 15 octobre la cicatrisation est complète (fig. 4).

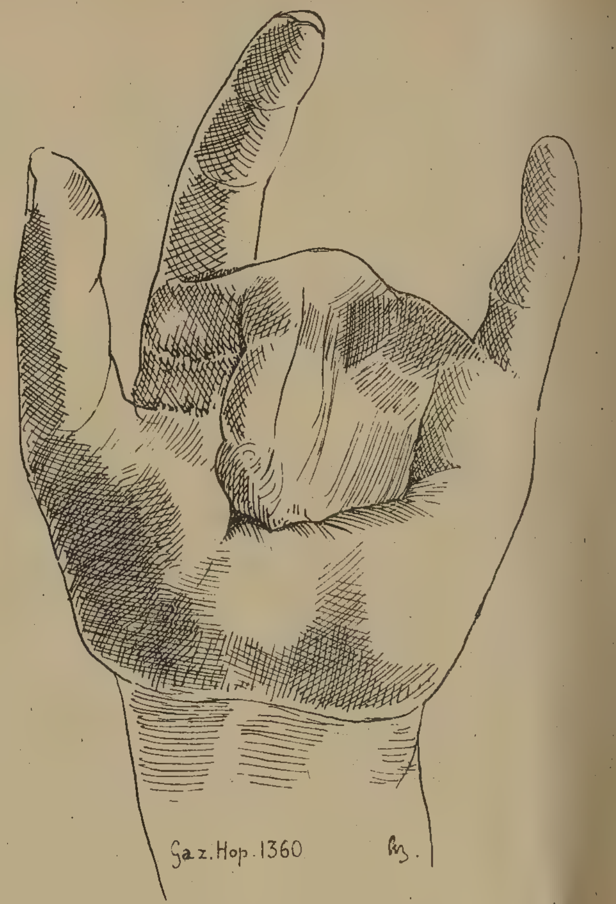


FIG. 4.

A ce moment l'état local est très satisfaisant ; le lambeau digital a conservé sa sensibilité normale ; la pression dans la paume n'est pas douloureuse, non plus que la pression sur les extrémités des moignons phalangiens du médius et de l'annulaire.

Il est impossible, à une date aussi rapprochée de la blessure, de rien prévoir de l'avenir fonctionnel de la main.

Nous perdons de vue le blessé le 23 octobre.

Il nous a paru intéressant d'être renseigné sur les *suites éloignées* de cette intervention. Dans ce but, nous avons écrit au blessé qui nous a immédiatement répondu le 11 mars 1920 offrant, pour nous montrer le résultat obtenu, de faire photographier sa main.

La main a naturellement perdu beaucoup de sa *valeur fonctionnelle*, et le blessé n'a pas pu reprendre son métier de cordonnier, ce qui n'a rien de surprenant après une telle mutilation. La flexion de l'index et celle du petit doigt sont restées limitées.

La force de préhension de la main paraît satisfaisante, mais il semble bien que la conservation des moignons de phalange du médius et de l'annulaire n'ait rien ajouté à la fonction et que la flexion de ces moignons de phalanges, sur laquelle nous comptions, par l'action théoriquement possible des interosseux, ne se soit pas réalisée. A ce point de vue nous avons regretté d'avoir sacrifié à ce retour problématique de la fonction aux dépens de la valeur du lambeau d'autoplastie. En effet, nous nous sommes trouvé en possession d'un lambeau digital trop court pour la vaste surface à recouvrir, et avons dû en

abandonner une petite partie à la cicatrisation par seconde intention, et, d'autre part, la réflexion du lambeau cutané sur l'extrémité sectionnée des phalanges pouvait nous faire redouter le sphacèle du lambeau sur cette arête de réflexion, d'autant que cette surface d'os fracturé était d'une stérilisation particulièrement difficile. Cet accident ne s'est pas produit. Quoi qu'il en soit, nous ne pensons pas que cette conservation de moignons osseux des phalanges soit à recommander. Tout doit concourir, à notre avis, au résultat immédiat de l'autoplastie qui doit être complète d'emblée. Il n'est pas sans inconvénient, en effet, d'abandonner à la cicatrisation secondaire une surface de la plaie, surtout lorsqu'elle siège, comme dans notre observation, en un point de la paume qui doit plus que tout autre supporter les pressions et les frottements.

Mais la critique du résultat fonctionnel nous éloigne du but que nous nous proposions en rapportant cette observation.

Au point de vue de l'*autoplastie*, les résultats éloignés sont restés excellents : le lambeau digital rabattu a conservé une sensibilité normale et n'a jamais été le siège de poussées inflammatoires.

Il nous a paru que les accidents du travail pouvaient bénéficier, dans de nombreux cas, de cette méthode de *cheioplastie dactylienne* telle que la comprend le prof. Quénu.

Elle doit être une *autoplastie préméditée*, et toute la thérapeutique depuis le moment de la blessure doit concourir au résultat final qui sera obtenu, en quelque sorte, en 3 temps :

1° Désinfection primitive de la plaie avec conservation, de parti pris, des doigts mutilés dans le but de l'utilisation secondaire de leur surface tégumentaire;

2° Stérilisation secondaire de la plaie contrôlée, si possible, par l'examen bactériologique des prélèvements;

3° Autoplastie digitale après désossement du doigt conservé.

ACTUALITÉS

DE LA SPÉCIFICITÉ DES SÉRUMS

Après avoir cru fermement à la spécificité des sérums d'animaux préparés, on commence maintenant à reconnaître qu'ils sont aptes à des fins communes. Je n'énumérerai pas tous les faits qui viennent d'être enregistrés à ce sujet. Pour fixer les idées, il suffira d'en rappeler quelques-uns. Lors de l'épidémie de grippe de 1918-1919, M. NETTER a signalé que, dans certains cas graves, le sérum antidiphtérique lui avait donné des résultats aussi bons, sinon meilleurs, que le sérum antipneumococcique, bien que, en l'espèce, il se soit agi d'infections dans lesquels les bacilles diphtériques et pseudodiphtériques ne jouaient aucun rôle. Contre cette même grippe à forme anormale, nous avons vu dernièrement préconiser le sérum antipesteux, qui a réussi en effet quelquefois, si bien que la C. G. T., assez comiquement, en a demandé l'emploi obligatoire. Le plus fort, c'est que le ministre de l'Hygiène, répondant à M. PEYROUX, se déclare disposé à favoriser cette tentative. On sait pourtant que le bacille de YERSIN n'a rien à voir avec aucune des manifestations grippales et que c'est pour des raisons différentes que l'on a tenté de les assimiler à celles des pasteurelloses. Dans la fièvre typhoïde, les sérums antityphiques sont très inconstants et peu efficaces, tandis que, d'après JEZ, le sérum hématopoïétique amène souvent une amélioration rapide et raccourcit la durée de la maladie. Enfin il est curieux de remarquer que le sérum normal du cheval, injecté aux mêmes doses, produit la plupart du temps sensiblement les mêmes effets que le sérum de cheval préparé.

De ces faits, et de beaucoup d'autres qui ne font que les confirmer, il est permis de déduire que tous les sérums thérapeutiques présentent probablement en commun certaines propriétés diaphylactiques indépendantes de celles que leur confère l'adjonction d'anticorps.

***

Qu'est-ce qu'un sérum préparé? C'est le sérum d'un animal (ou même de l'homme, sérum de convalescent, autosérum) qui a reçu des doses progressivement croissantes des cultures d'un microbe pathogène déterminé, et qui a réagi à ces injections, on le suppose du moins, par la production, également croissante, d'anticorps, autrement dit de substances capables de détruire précisément le microbe pathogène considéré. Si donc on administre à un malade, atteint de la maladie causée par ce microbe, le sérum ainsi préparé, on lui fournit ou on augmente la quantité des anticorps dont il a besoin contre son infection et on facilite ainsi sa guérison. Telle est, *grosso modo*, la théorie sur laquelle se base la sérothérapie.

Maintenant remarquons que cette théorie prend en considération la spécificité de l'anticorps mais néglige la qualité de corps étranger du sérum lui-même, dans son ensemble. Or :

1° La spécificité des sérums préparés est plus apparente que réelle, attendu qu'elle a été établie avant tout par l'administration de ces sérums exclusivement aux personnes atteintes de l'infection à laquelle chacun d'eux répond : le sérum antidiphtérique à des diphtériques, le sérum antitétanique à des tétaniques, etc., et les succès ainsi obtenus ont été naturellement mis sur le compte des anticorps spécifiques. Aussi a-t-on été quelque peu surpris de voir qu'un sérum préparé en vue de combattre une infection déterminée réussit parfois tout aussi bien contre une infection très différente, ainsi qu'on l'a vu précédemment. Ce phénomène embarrassant a si peu retenu l'attention que les réactions sérologiques sont encore représentées comme des moyens de diagnostic ferme et de contrôle rigoureux. Mais, là aussi, bien des déconvenues sont presque chaque jour enregistrées : la réaction de BORDET-WASSERMANN s'affirme positive dans d'autres cas que dans le syphilis (1); la réaction de WIDAL est elle-même sujette à caution; la réaction d'ABDERHALDEN a perdu

(1) Cf. J. LAUMONIER : Valeur de la réaction de Wassermann (*Gaz. des hôp.*, 22 mai 1919).

la signification qui s'y attachait tout d'abord, etc. C'est que les réactions d'agglutination, de précipitation, de bactériolyse, d'hémolyse, etc., sont des luttes colloïdales, des conflits d'état physique, de tension superficielle, de charge électrique, dans lesquelles la nature chimique n'intervient pas, à l'opposé tout juste des idées d'EHRLICH, qui donne à ses interprétations une base chimique. La spécificité ne peut en effet être conçue que sur cette base, d'où la multiplicité des « phénoménines » imaginées pour les besoins de la cause. Cependant aucune de ces « phénoménines » n'a pu être isolée chimiquement, tandis que toutes présentent des constantes physiques, thermolabilité, thermostabilité, résistance à la floculation, etc., qui indiquent bien qu'il s'agit, non d'une structure indépendante de l'état, mais d'un état indépendant de la structure. Le même état (colloïdal) entraînant des propriétés communes, il est évident que les sérums, qui sont des colloïdes, des corps au même état physique, doivent tous aussi posséder les mêmes propriétés et les manifester de la même manière.

2° Ces manifestations ne sont pas le propre des sérums thérapeutiques. Quand on injecte dans de bonnes conditions à un pneumonique du sérum antipneumonique, on observe certains phénomènes : d'une part poussée thermique suivie d'un abaissement de la température, atténuation des grands symptômes, sentiment de bien-être plus ou moins marqué, et de l'autre, modifications sanguines, leucolysé puis leucocytose, etc. Si, au lieu de sérum, on injecte du sucre, de la peptone, de l'or colloïdal, une émulsion de bacilles morts, on observe exactement la même chose (1). Il arrive parfois que les réactions soient plus vives, l'amélioration plus nette avec l'or ou la peptone qu'avec le sérum préparé. Par conséquent, ces réactions ne dépendent pas exclusivement des anticorps; elles n'ont rien de spécifique; elles résultent seulement d'une défense banale, toujours la même, déclanchée par l'introduction dans l'organisme de corps qui lui sont étrangers.

*
* *

C'est donc surtout parce que corps étrangers développant dans l'économie une diaphylaxie qui s'exerce simultanément contre l'infection préexistante qu'agissent les sérums. S'ensuit-il qu'ils n'aient, au fond, aucune espèce de spécificité? La question qui se pose ici est celle que j'ai longuement discutée à propos des colloïdes thérapeutiques (2). Chimiquement, les protoplasmas sont différents; c'est la condition de la physiologie et de la morphologie des espèces; par suite les produits de leurs réactions avec les substances chimiques du milieu sont aussi différents. Dès lors, dans le sérum de cheval préparé contre la diphtérie, par exemple, il doit y avoir certains corps que ne renferme pas le sérum normal ou un sérum de cheval préparé contre le tétanos. Voilà où les anticorps semblent prendre leur revanche. Mais il n'en est rien. Ces anticorps, on l'a vu, ne jouent aucun rôle dans les réactions défensives banales, puisque le sucre, le peptone, les métaux colloïdaux, qui ne renferment pas d'anticorps, les déterminent également. D'ailleurs, comme il s'agit ici, non de catalyseurs, mais de corps réagissant molécule à molécule, la quantité qu'on en injecte est trop faible pour avoir une influence chimique, donc spécifique, très marquée, et c'est aussi le cas des métaux colloïdaux tels que l'or, l'argent, le platine, etc. Toutefois, quelque faible qu'elle soit, cette action chimique, parasitotrope ou cytotrope, en admettant qu'elle soit favorable, a un certain effet limité, mais réel et déjà entrevu et qui explique peut-être la tendance actuelle à augmenter sensiblement les doses de sérum.

Ce point demanderait de plus longues explications; nous aurons sans doute l'occasion d'y revenir. Ce qu'il faut retenir de l'exposé précédent, c'est que les sérums thérapeutiques agissent en premier lieu par leur état physique, leur qualité de corps étrangers introduit dans l'organisme et y déclanchant de puissantes réactions diaphylactiques, et secondairement par la nature chimique des constituants particuliers qu'ils renferment et qui sont la cause de leur spécificité théorique. Il y a donc un certain intérêt à employer, dans une infection donnée, le sérum qui lui correspond; à défaut de ce sérum, tout autre demeure pourtant capable de procurer des résultats très approchants, comme le montre l'emploi présent du sérum antidiphtérique, parce que tous sont également à même de déclancher l'action diaphylactique banale, que l'on recherche premièrement dans leur usage.

J. LAUMONIER.

(1) Cf. J. LAUMONIER : Les réactions aux injections intraveineuses. (*Gaz. des hôp.*, 30 août 1919).

(2) J. LAUMONIER : La colloïdothérapie spéciale, p. 258 et suiv.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 21 AVRIL 1920)

Traitement des pseudarthroses. — M. MAUCLAIRE, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Rouvillois, rapporte 2 cas de pseudarthrose de l'humérus dans lesquels il a inséré le bout inférieur dans le bout supérieur. Il a obtenu une parfaite consolidation.

Traitement des angiomes par le radium. — M. ROBINEAU rapporte une observation de M. Degrais sur 2 cas d'angiomes traités avec succès par le radium.

Fracture du col fémoral. — M. BAUDET fait un rapport sur une observation de M. Masmonteil qui a traité, avec succès, une fracture du col du fémur par une réduction brusque à l'aide d'une traction de près de 60 kilogr. et mesurée au dynamomètre.

MM. HARTMANN et DELBET font observer qu'on peut obtenir cette réduction sans le secours d'appareils.

Ulcère perforant du duodénum. — De M. LECÈNE un rapport sur un cas d'ulcère perforant du duodénum observé par M. Bamberger : un soldat de 37 ans présente un syndrome péritonéal grave; diagnostic : appendicite aiguë; intervention immédiate; ablation de l'appendice dont l'état n'explique pas la péritonite, fermeture de la plaie; laparatomie médiane, découverte d'un ulcère perforé de la première portion du duodénum; fermeture de l'ulcère, gastro-entérostomie postérieure, guérison.

M. Lecène fait observer que, dans les cas de ce genre, le diagnostic différentiel entre l'ulcère du duodénum et l'appendicite aiguë est très difficile et que, le plus souvent, on croit à une appendicite aiguë. Il rapporte un cas dans lequel il a commis la même erreur; il s'agit d'un cavalier pris brusquement d'une douleur atroce dans le ventre, de vomissements, de tout le symptôme péritonéal, intervention 6 heures après; rien dans l'appendice. Incision horizontale sus-ombilicale, pus dans le ventre, ulcère perforant de la première portion du duodénum; suture et demi-plan, gastro-entérostomie, guérison.

M. Lecène insiste sur l'utilité de la gastro-entérostomie dans ces cas et sur les avantages de l'opération précoce.

Mésentérite sclérosante. — M. Mauclaire communique une intéressante observation dont voici le résumé : homme de 35 ans, ayant eu plusieurs crises douloureuses dans le ventre; amaigri, cachectique. A l'examen on sent un gâteau péritonéal dans l'hypocondre gauche.

M. Mauclaire pensa qu'il s'agissait d'un foyer tuberculeux. Laparotomie; paquet empâté dans le grêle, avec des anses dilatées au-dessus d'une bride; après la section de cette bride, l'intestin reprend son calibre normal. Le mésentère est très rétracté; pas de foyer tuberculeux, pas de ganglions, pas d'ascite. Il s'agissait d'une mésentérite sclérosante, péritonisation, guérison.

Cette affection a été décrite par un chirurgien italien qui en a rapporté 3 cas. M. J.-L. Faure a aussi observé un cas. La cause resta inconnue. Est-ce congénital? d'origine tuberculeuse ou syphilitique? Jusqu'ici on n'est pas fixé sur l'étiologie.

Adénome du foie. — M. Duval rapporte l'observation d'une malade de 55 ans, sans antécédents spéciaux, qui portait dans le flanc droit une petite tumeur, très mobile, nullement douloureuse, ne donnant lieu à aucun symptôme. Après 3 ans, cette tumeur avait notablement augmenté de volume. M. Duval proposa une incision exploratrice : au premier examen, aucune tumeur visible; il fallut relever le bord inférieur du foie pour trouver la tumeur, du volume d'une mandarine, et qui était intrahépatique. Il fallut donc faire une légère incision hépatique pour l'enlever. Il s'agissait d'un adénome type du foie, encapsulé. On aurait donc pu en pratiquer l'énucléation. L'examen histologique, pratiqué par M. Roussy, a confirmé le diagnostic d'adénome.

M. Duval rappelle un travail publié, sur ce sujet, en 1912, par M. Lecène qui avait résumé 4 observations. Dans un cas la tumeur était péciculée et extrahépatique; dans un autre, elle était intrahépatique et a pu être énucléée par les doigts. Enfin dans un autre cas il s'agissait d'une grosse tumeur que M. Lecène n'a pas jugée enlevable. Plus tard il eut l'occasion de faire l'autopsie de la porteuse de cette tumeur. Il s'agissait bien d'un adénome solidaire du foie.

Perforation duodénale. — M. Guillaume communique l'observation d'un charretier qui a été pris entre un trottoir et la roue de sa voiture. Il est amené à l'hôpital; on constate une fracture comminutive de l'humérus. Rien du côté de l'abdomen. Une heure après l'entrée à l'hôpital, le blessé est pris de dyspnée avec pâleur de la face, pouls à 120, nausées. On fait immédiatement la laparotomie 4 heures après l'accident; on trouve une perforation de la première partie du duodénum, déchirure d'une grosse veine mésentérique, hémostase, suture de la perforation; mort une demi-heure après.

M. Barthélemy insiste sur la gravité de ces traumatismes et de ces blessures multiples. M. Quénu, dans son *Traité du shock*, n'a pas manqué de signaler cette gravité.

Pancréatite aiguë hémorragique. — M. Guillaume apporte un cas de pancréatite aiguë hémorragique chez une forte femme qui avait eu des troubles biliaires, plusieurs crises douloureuses dans la région du foie. Dans une de ces crises le ventre se ballonne, des vomissements surviennent, ni selles, ni gaz par l'anus. On croit à une occlusion intestinale. Le ventre est tendu, douloureux au palper; la vésicule biliaire est indurée, contractée, la température à 39°. Etant donnée la brusquerie du début des accidents, M. Guillaume pense à la pancréatite aiguë hémorragique. L'état était très grave. On a recours à une médication toni-cardiaque pour relever les forces de la malade en cas d'intervention. Mais elle meurt rapidement. A l'autopsie, on trouve du liquide jaunâtre dans le ventre, des tâches blanchâtres sur le péritoine, des masses noirâtres, des calculs dans la vésicule biliaire; oblitération complète de l'artère splénique, plaques de nécrose, apoplexie pancréatique.

Si on avait pu intervenir plus tôt on aurait pu sauver cette malade.

Pseudarthroses du col fémoral. — M. Dujarrier insiste sur les grands avantages qu'il y a à opérer sous l'écran quand on veut fixer une vis d'os dans la tête fémorale. Il rapporte plusieurs cas dans lesquels, ayant ainsi opéré, il a obtenu de très bons résultats.

Restauration de la face. — M. Sébileau nous montre un blessé qui avait une destruction presque complète de la face, plus de nez, plus de joues, plus du maxillaire supérieur. Après 20 opérations successives, M. Sébileau est arrivé à reconstituer cette face, aujourd'hui très présentable. C'est un très beau résultat autoplastique.

— Sont nommés membres de la Commission d'élection des candidats MM. Hartmann, Savariaud, A. Schwartz.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 19 MARS 1920)

Paralysie isolée du grand dentelé. (*Présentation du malade.*) — MM. Roux et Vinon.

Deux kystes parovariens à long pédicule tordu. Participation à la torsion de l'ovaire et de la trompe. — MM. Sappoy et Tzelépoglou.

Moyen d'extinction d'une grande masse mercurielle. Applications pratiques, déductions biologiques. — M. G. Fontès. Faire fondre ensemble 100 gr. d'axonge et 5 gr. de cholestérine, saturer d'eau le mélange entièrement refroidi, et incorporer le mercure par brassage avec le pilon dans un mortier.

On peut ainsi fixer et éteindre rapidement jusqu'à 3.000 gr. de mercure.

Ces expériences rattachent l'extinction du Hg à l'absorption de différents liquides par les matières grasses en présence de cholestérine et permettent peut-être de concevoir pourquoi le Hg éteint est absorbé par la peau.

Les potentiels de contact en biologie. — MM. Pech et Carrère.

De l'utilité des changements de climats dans le traitement des tuberculoses à localisations mixtes. — Mlle Sentis et M. Leenhardt.

Etude histologique d'une galactocèle (*1re note*). **La paroi.** — M. Grynfeltt.

Note sur une petite épidémie récente. — M. Boudet lit une note concernant une petite épidémie observée au Maroc chez des soldats, se caractérisant par de l'œdème en lunettes de la courbature généralisée, avec réaction méningée et éosinophilie.

Principes d'hygiène, par le Dr René Martial, directeur départemental d'hygiène de l'Aisne, ancien adjoint technique d'hygiène de l'armée, médecin sanitaire maritime, ancien professeur d'hygiène de la Croix-Rouge, à Douai. In-18 gr. jésus de 375 p., avec 24 fig. dans le texte. — Prix : 8 fr. — Paris, G. Doin.

JURISPRUDENCE

LA BIÈRE FERRUGINEUSE EST-ELLE UN PRODUIT ALIMENTAIRE ?

QUESTION DE BREVET

L'article 11 de la loi du 5 juillet 1844, sur les brevets d'invention, décide que les brevets dont la demande aura été régulièrement formée, seront délivrés, *sans examen préalable*, aux risques et périls des demandeurs, et sans garantie, soit de la réalité, soit de la nouveauté ou du mérite de l'invention, soit de la fidélité ou de l'exactitude de la description. C'est le ministre du Commerce qui délivre les brevets.

Mais le principe ainsi posé par l'article 11 n'est pas absolu. Le ministre possède un certain droit de contrôle ; car l'article 3 de la loi de 1844 décide : « Ne sont pas susceptibles d'être brevetés : 1° les compositions pharmaceutiques ou remèdes de toute espèce, lesdits objets demeurant soumis aux lois et règlements spéciaux sur la matière, et notamment au décret du 18 août 1810 relatif aux remèdes secrets ; 2° les plans et combinaisons de crédit ou de finances. » Le législateur a pensé que les inventions, portant sur des compositions pharmaceutiques ou remèdes de toute espèce, n'étaient pas brevetables, parce que les brevets délivrés auraient pu être employés comme moyens de réclame pour des remèdes sans valeur ou même nuisibles et que si, au contraire, ces remèdes étaient véritablement utiles et efficaces, il importait que chacun pût en jouir immédiatement sans avoir à subir les conditions de l'inventeur. Cette disposition de la loi est généralement critiquée (Pouillet, *Brevets d'invention*, n° 73).

Il résulte nécessairement de l'article 3 que le ministre a un certain droit de contrôle sur les demandes de brevets qui lui sont adressées, puisqu'il ne peut délivrer de brevet s'il s'agit de compositions pharmaceutiques ou de remèdes. Le Conseil d'Etat a déjà jugé, en conséquence, que le ministre du Commerce avait rejeté à bon droit la demande d'un brevet pour un procédé de fabrication d'une graisse à extraire du corps de certaines bactéries, ce produit constituant essentiellement une composition pharmaceutique, susceptible d'être employée pour le traitement de maladies déterminées (Cons. Etat, 30 juillet 1909, S. 1912.3.38).

Le Conseil d'Etat vient de faire une nouvelle application du droit de contrôle du ministre au sujet de la bière ferrugineuse, dans un arrêt du 6 février 1920.

M. N... reprochait au ministre du Commerce d'avoir rejeté la demande de brevet d'invention qu'il avait formée pour un procédé de fabrication de bière ferrugineuse, invoquant ces motifs : d'une part le ministre, disait-il, n'avait pas qualité pour apprécier si l'objet de la demande de brevet était ou non un remède ; il a commis un excès de pouvoir en tranchant cette question par l'affirmative. D'autre part, ajoutait-il, son invention n'était pas un remède ; il s'agissait d'un procédé de fabrication d'un produit alimentaire, ainsi que le montrait le titre même de la demande de brevet ; et, à supposer que l'objet de la demande fût un produit et non un procédé, la demande ne pouvait être légalement rejetée, le produit dont il s'agissait étant non un produit pharmaceutique, mais un produit alimentaire.

En définitive, la question se posait de savoir si, quand on voudrait faire breveter un remède, il suffirait d'intituler le produit d'une façon telle qu'on pût tourner la loi.

Le Conseil d'Etat ne l'a pas voulu. Il dit :

« Considérant qu'aux termes de l'article 3 de la loi susvisée du 5 juillet 1844 « ne sont pas susceptibles d'être brevetés : « 1° les compositions pharmaceutiques ou remèdes de toute « espèce ; 2° les plans ou combinaisons de finances » ; qu'il suit de là que le ministre du Commerce ne doit pas délivrer de brevets, lorsque la demande se rapporte à l'un des objets désignés dans cet article ;

« Considérant qu'il résulte de l'instruction, notamment de l'avis du Comité consultatif des arts et manufactures en date du 7 janvier 1914, que la bière ferrugineuse dont un procédé de fabrication a fait l'objet de la demande de brevet présentée par le requérant constitue essentiellement une composition pharmaceutique, *susceptible d'être employée pour le traitement de certaines maladies*, et se rapporte par suite à l'un des objets ci-dessus spécifiés ; que dès lors le ministre du Commerce n'a pas excédé ses pouvoirs en refusant à N... de lui délivrer un brevet, conformément aux dispositions de la loi précitée. »

Le Conseil d'Etat a, en conséquence, rejeté le recours formé par M. N... et décidé que le ministre du Commerce n'avait pas excédé ses pouvoirs en refusant de délivrer le brevet.

Cette décision est conforme à la jurisprudence du Conseil d'Etat, d'après laquelle la loi a fait une exception au principe du non-examen préalable lorsqu'elle interdit de breveter un remède.

Il convient de retenir de cette décision que, du moment que la bière ferrugineuse est susceptible d'être employée pour le traitement de certaines maladies, elle constitue une composition pharmaceutique ou un remède, non brevetable.

L'affaire ainsi soumise à la juridiction administrative et la solution qui a été rendue intéressent non seulement les industriels, mais aussi les pharmaciens : des brevets ne peuvent être pris dans des cas semblables à celui qui vient d'être jugé. Mais il n'est pas inutile de faire observer que, si les inventeurs de produits pharmaceutiques ne sont pas protégés par la loi sur les brevets, ils peuvent donner aux produits de leur fabrication une dénomination caractéristique et la déposer comme marque ou y attacher leur propre nom ; ils sont alors garantis en vertu des principes sur la concurrence déloyale, des lois sur les marques de fabrique ou de commerce ou par celles sur le nom commercial (voir *Répertoire général de droit français*, v° Brevet d'invention, n° 744).

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

La Génération humaine (1), par le Dr G. J. WITKOWSKI.

Il est difficile de faire un livre de vulgarisation sur la génération sans tomber dans la vulgarité et la grossièreté. M. Witkowski dont on connaît les nombreux ouvrages de médecin historique a très heureusement évité cet écueil et nous ne doutons pas que cette nouvelle édition ne remporte le même succès que les 8 éditions précédentes. L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DES HÉMATÉMÈSES (2)

d. *Ulcérations tuberculeuses.* — Les hématémèses, rares, ne présentent d'ailleurs aucun caractère pathognomonique et le diagnostic ne se pose que parce que cet accident survient chez un malade présentant des signes de tuberculose pulmonaire en évolution.

e. *Syphilis tertiaire.* — Cette affection, peut-être plus fréquente qu'on ne croit, peut se traduire par des ulcérations gastriques et des symptômes identiques à ceux de l'ulcère rond : douleurs xiphoïdienne et rachidienne, intolérance gastrique ou insuffisance pylorique, vomissements alimentaires, grandes et petites hématémèses. L'affection évolue souvent vers la production d'une sténose pylorique ou d'une sténose médio-gastrique. Dans tous les cas où l'on soupçonnera la syphilis, on recherchera les lésions cutanées, le Wassermann ; dans les cas de doute, on essaiera le traitement spécifique d'épreuve, véritable pierre de touche.

(1) 9e édit., in-8 avec 108 fig. dans le texte et 3 pl. en coul. découpées et superposées. — Prix : 22 fr. — Paris, Maloine et fils.

(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 35, p. 559, et n° 37, p. 591.

2. CANCER DE L'ESTOMAC. — Si le cancer gastrique peut s'accompagner parfois d'une hématémèse de sang rouge, abondante, il provoque bien plus souvent des hémorragies moins abondantes. Le sang, qui suinte des lésions bourgeonnantes et ulcérées, stagne dans l'estomac, s'y décompose, et, lorsqu'il est rejeté avec les liquides gastriques et les débris alimentaires, il revêt l'aspect d'un vomissement noirâtre, marc de café ou suie délayée. D'autre part, il s'agit en général d'un individu de 45 à 50 ans, jusque-là bien portant et atteint assez brusquement de troubles dyspeptiques plus ou moins accentués et d'un amaigrissement toujours très considérable. Ce n'est qu'au cours des cancers se développant chez les individus jeunes (cancer des jeunes) que le cancer peut s'accompagner d'une hématémèse brusque et de sang rouge. Dans tous ces cas, d'ailleurs, on ne saurait oublier de rechercher les hémorragies occultes. Par des examens chimiques répétés on pourra trouver du sang en plus ou moins grande quantité, mais d'une façon continue, dans les vomissements et dans les selles. Dans l'ulcus, au contraire, le suintement sanguin est irrégulier et les hémorragies occultes inconstantes.

Signalons, enfin, que Trousseau, Dieulafoy ont insisté sur les *hématémèses prémonitoires* du cancer qui se produisent longtemps avant l'apparition de la maladie. Elles ont été comparées à juste titre aux hémoptysies prétuberculeuses.

Enfin, dans certains cas, le cancer peut se greffer sur un ulcère et il est difficile de déterminer la nature de l'hématémèse. C'est là toute la question de l'*ulcéro-cancer* qui n'est bien souvent solutionnée en pratique que par une laparotomie exploratrice.

3. La LINITE PLASTIQUE DE BRINTON, au cours de laquelle l'hématémèse est plus rare et jamais abondante, est considérée aujourd'hui comme une variété de cancer.

4. TABES. — Les hématémèses signalées par Charcot au cours du tabes sont exceptionnelles.

5. ULCÈRE DU DUODÉNUM. — L'hémorragie qui peut se produire au cours d'un ulcère du duodénum s'évacue le plus souvent par l'intestin donnant lieu à du melæna. Mais, dans quelques cas d'ulcère duodénal juxtapylorique, le sang peut refluer dans l'estomac et donner lieu à une hématémèse. Le diagnostic entre l'ulcus gastrique proprement dit et l'ulcère duodénal est, dans ce cas, bien difficile. On pensera cependant à cette dernière affection si la douleur est calmée par l'ingestion d'aliments, si elle est surtout violente à jeun (hunger-pain), si le point maximum de la douleur siège à droite de la ligne médiane à égale distance entre l'ombilic et la 10e côte, ou un peu au-dessous de ce point.

Les *rayons X* peuvent, dans ces cas, être d'une grande utilité en permettant de constater des modifications de l'évacuation pyloro-duodénale, du spasme duodénal, ou bien en permettant de localiser le maximum de la douleur.

C. A côté de toutes ces affections gastriques primitives, on peut placer toute une série de maladies diverses au cours desquelles des hématémèses peuvent survenir, bien que très rares, comme un épiphénomène. C'est à elles que l'on songera si l'on ne décèle aucun symptôme de maladie gastrique.

1. HÉMATÉMÈSES PAR TROUBLES CIRCULATOIRES. — A côté des hématémèses qui relèvent de troubles circulatoires d'ordre actif (telles que celles du tabes et certaines hématémèses hystériques), on peut voir des hématémèses au cours de troubles circulatoires d'ordre passif. Telles sont certaines affections du foie, du cœur, du poumon.

a. Insister bien sur les hématémèses qui, au cours des *cirrhoses alcooliques*, peuvent survenir à 2 périodes :

Au début, il s'agit d'hématémèses minimes de sang rouge, accompagnées de signes d'hypertension portale généralisée : hémorroïdes, hémorragies nasales, gingivales, etc. Ces hématémèses paraissent dues le plus souvent à la rupture de varices siégeant à l'extrémité inférieure de l'œsophage.

Tardivement, il s'agit d'hématémèses terminales survenant au même titre que les autres hémorragies viscérales et relevant surtout de l'insuffisance hépatique et de l'ictère grave qui en est la conséquence.

b. De même au cours des *cardiopathies* arrivées au stade d'asystolie, il peut se produire des petites hémorragies gastriques à la suite d'érosions.

Il en est de même dans les congestions pulmonaires passives intenses.

2. HÉMATÉMÈSES AU COURS DES INTOXICATIONS. — *a.* Au cours des hétéro-intoxications, on a pu signaler des hématémèses ; ainsi au cours de l'empoisonnement aigu par le *phosphore* qui a d'ailleurs beaucoup d'analogie avec l'ictère grave.

Plus rarement dans l'intoxication par l'*arsenic*.

b. Parmi les auto-intoxications, nous signalerons seulement le diabète, l'urémie, l'albuminurie, les brûlures étendues.

3. Enfin, on a pu signaler quelques cas exceptionnels d'hématémèses survenues au cours de la rupture dans l'estomac d'un *anévrisme* de l'aorte ou du tronc cœliaque. La mort, dans ces cas, est foudroyante.

Dans d'autres cas, l'hématémèse peut être d'origine nerveuse, fonctionnelle et non organique.

a. *Hémophilie.* — Hématémèses abondantes, répétées, se produisant en même temps que d'autres hémorragies. Retard de la coagulation du sang.

b. *Hématémèses hystériques.* — On a beaucoup parlé de ces hématémèses qui apparaissent souvent d'ailleurs avec des troubles menstruels. Il y a des stigmates d'hystérie. Les vomissements sont répétés sans que l'état général ait trop à en souffrir. Leur étiologie est rapportée pour les uns à des troubles circulatoires d'ordre vaso-dilatateur. Mais, pour Soupault, il s'agirait toujours là d'un petit ulcus de l'estomac passé jusque-là inaperçu.

c. Il en serait de même des *hématémèses supplémentaires*, d'un flux hémorroïdaire ou menstruel. Ce sont là des cas exceptionnels.

En résumé, on conçoit que le diagnostic étiologique d'une hématémèse n'est pas toujours chose aisée; et bien souvent l'étude de l'anamnèse, des antécédents, la recherche des symptômes gastriques pourront seulement mettre sur la voie d'une affection gastrique, sans toutefois la déterminer. C'est dans ces cas de doute que l'on aura recours (dans les jours suivants et lorsque le malade sera un peu remis de son hémorragie) à toute une série de recherches passées aujourd'hui dans le domaine de la pratique courante.

L'*examen radiologique* de l'estomac pourra révéler parfois une image lacunaire, en faveur d'un néoplasme, ou une image diverticulaire en faveur d'un ulcus calleux. L'étude de la motricité gastrique, de l'évacuation pylorique ne sera pas sans intérêt.

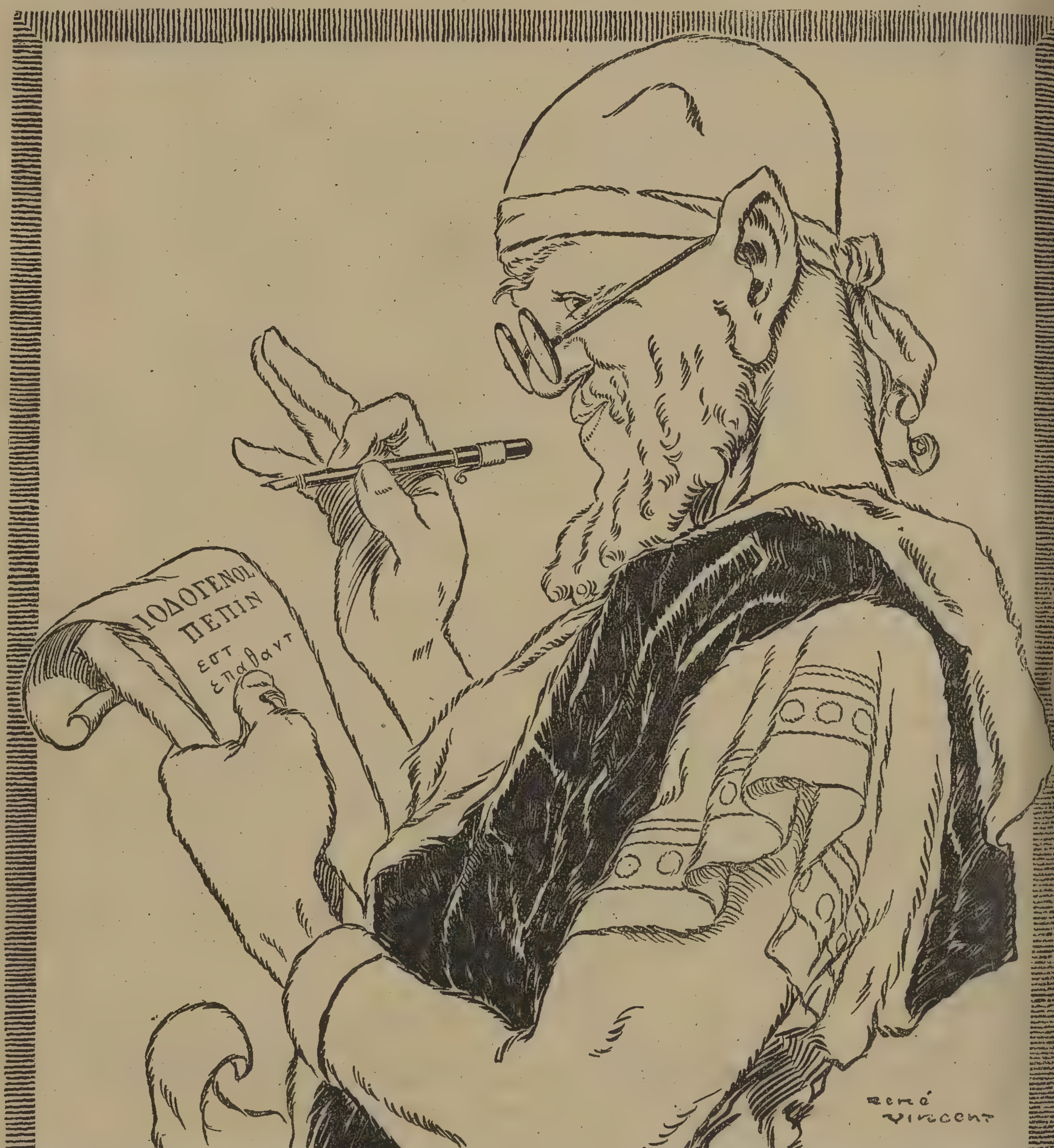
Les *procédés chimiques* sont non moins importants : repas d'épreuve avec analyse complète du suc gastrique, recherche systématique du sang dans les selles. L'hyperchlorhydrie, l'hyperpepsie seront en faveur d'un ulcus gastrique alors que l'anachlorhydrie et l'anapepsie seront en faveur d'un cancer. Mais, dans certains cas d'ulcéro-cancer, nous avons vu combien il était difficile de préciser le diagnostic.

Nous signalerons seulement des procédés divers, tels que les examens de sang, la recherche de la leucocytose polynucléaire (en faveur d'un cancer), la réaction de Wasserman, le dosage du pouvoir antitryptique du sérum (exagéré dans le cancer), la recherche des cellules cancéreuses par lavage de l'estomac, suivant la méthode de Lœper et Binet. Tout devra être mis en œuvre pour découvrir et préciser la lésion gastrique. Dans certains cas douteux, cependant, seule l'intervention opératoire exploratrice précoce permettra de confirmer un diagnostic hésitant, et d'avoir recours au traitement approprié selon les lésions : excision de l'ulcus, cautérisation, gastrectomie partielle (cancer) ou gastro-entérostomie.

BIBLIOGRAPHIE. — HAYEM. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, juillet 1911. — BOURGET. *Les Maladies de l'estomac*, 1912. — LŒPER et BINET. Cytodiagnostic des maladies de l'estomac, *Soc. méd. des hôpit.*, 5 mai 1911. — HAYEM et LYON. *Traité de médecine.* — ENRIQUEZ. *Traité de médecine.* — JOSSERAND. Hématémèse nerveuse, *Lyon méd.*, 1893, p. 219. — MATHIEU et MILIAN. Pituite des hystériques, *Soc. méd. des hôpit.*, 24 janv. 1896. — ŒTTINGER. De l'ulcère de l'estomac consécutif aux traumas externes, *Arch. des mal. du tube dig.*, fév. 1909.

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
εστ
επαθαντ
RENÉ VINCENT
DRAEGER

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 15 francs par an. Étudiants étrangers, 20 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 6 fr. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hopitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 27 avril. — MM. Métivet, 16; Lorin, 15; Leveuf et Houdard, 15; Guimbellot, 18.

— Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 26 avril. — Question donnée : « Rapports du pancréas. — Symptômes et diagnostic du cancer du pancréas. »

MM. Desnoyers, 15 + 24 = 39; Marceron, 14 + 24 = 38; Thalheimer, 15 + 25 = 40; Pierre, 18 + 26 = 44; Bartel, 15 + 24 = 39; Potez, 13 + 23 = 36; Gervais, 14 + 25 = 39; Joannon, 17 + 25 = 42; Dujarier, 14 + 25 = 39; Lebègue, 12 + 20 = 32.

— Concours de l'externat. — *Anatomie.* — Séance du 27 avril. — Question donnée : « Os maxillaire supérieur. »

M. Potelune, 13; Mme Poulain, 9; Mlle Papin, 13; MM. Peynet, 12; Morlaas, 16 1/2; Pichard, 15; Mlle Nicolle, 14; MM. Pruvost, 15; Petit (Roger), 15 1/2; Moret, 13; Petit (Pierre), 7; Peron, 19; Meurisse, 14; Razimbaud, 13; Mollaret, 20.

— Concours de l'internat en pharmacie. — Le jury est provisoirement composé de MM. Couroux, Hazard, Goris, Meillière et Vaudin.

CONCOURS DE MÉDECIN DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — Le jury est composé de MM. Dufestel, Sabot, Bertrandon, Gourichon (Henri) et Dufournier.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le Conseil de l'Université de Paris dans sa dernière réunion a approuvé un arrangement conclu entre M. Breton, ministre de l'Hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, et M. Roger, doyen de la Faculté de médecine, agissant au nom et pour le compte du ministre de l'Instruction publique, et portant création par le ministère de l'Hygiène d'un Institut national d'hygiène destiné à l'instruction des étudiants pour tout ce qui se rapporte à l'hygiène, à la formation de médecins spécialistes d'hygiène, de techniciens hygiénistes non médecins, et enfin au développement, par tous les moyens, des recherches scientifiques appliquées à l'hygiène.

Il a également approuvé le projet de règlement sur les études et les examens qui seront exigés pour l'obtention de deux diplômes universitaires, l'un de puériculture, l'autre de radiologie et radiothérapie que délivrera la Faculté de médecine.

Il a désigné M. Pouchet, professeur à la Faculté de médecine, comme représentant du Conseil de l'Université au Conseil d'administration de l'Institut des hautes études chinoises.

FACULTÉS DES DÉPARTEMENTS. — Lille. — Il est créé :

1° Un emploi de chef de laboratoire de clinique (maladies mentales);

2° Un emploi de chef de clinique des maladies mentales;

3° Trois emplois de préparateur, savoir : *a.* pathologie interne et expérimentale; *b.* bactériologie et hygiène; *c.* médecine légale;

4° Un emploi d'aide d'anatomie;

5° Huit emplois de moniteur, savoir : clinique obstétricale, clinique des maladies cutanées et syphilitiques, clinique médicale infantile, clinique chirurgicale infantile, clinique des maladies des voies urinaires, clinique ophtalmologique, oto-rhino-laryngologie, pharmacologie;

6° Quatre emplois d'aide-préparateur, savoir : pathologie interne et médecine expérimentale, travaux pratiques de pharmacie, stomatologie, physiologie;

7° Un emploi d'aide de clinique des maladies des voies urinaires.

M. Vuillet est nommé chef de laboratoire (clinique des maladies mentales).

— Lyon. — M. Latarjet, agrégé, est nommé, à partir du 16 avril 1920, professeur d'anatomie, en remplacement de M. Testud, admis à la retraite.

— Après concours, M. le Dr Martin a été nommé chef de clinique médicale (service du prof. Teissier).

— Montpellier. — M. Leenhardt, agrégé, est chargé d'un cours de pathologie interne.

M. Gaussel, agrégé, est chargé d'un cours de clinique médicale (chaire vacante par suite du décès de M. le prof. Rauzier).

— Nancy. — Sont nommés chefs des travaux : d'anatomie, M. Mutel; d'histologie, M. Watrin.

— Toulouse. — M. Braemer, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de l'Université de Strasbourg, ancien professeur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie

de l'Université de Toulouse, est nommé professeur honoraire à cette dernière Faculté.

— M. Maurin, chargé des fonctions d'agrégé, est chargé, en outre, des fonctions de chef des travaux pratiques de pharmacie.

— M. Mailhe, professeur à la Faculté des sciences, est chargé d'un cours de chimie minérale à la Faculté de médecine.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — AMIENS. — M. Hanot, licencié ès sciences, pharmacien de 1re classe, est chargé du cours et des travaux pratiques de zoologie (P. C. N.).

CITATIONS A L'ORDRE DE L'ARMÉE. — MM. les Drs :

Camors (Maurice), médecin-major de 2e classe du 12e rég. d'artillerie : lors des derniers combats (octobre 1918) a assuré le service d'une façon parfaite ; pris sous un violent tir ennemi au moment où il soignait un officier grièvement blessé, n'a quitté la zone dangereuse qu'après avoir assuré l'évacuation de son blessé. (*J. O.*, 25 mars 1920.)

Bucher (Pierre), médecin-major de 2e classe (commissariat général de la République à Strasbourg) : très beaux services rendus pendant la campagne au péril de sa vie. (*J. O.*, 25 mars 1920.)

CITATIONS CIVILES. — Le Gouvernement porte à la connaissance du pays la belle conduite de MM. les Drs :

Moufflier, médecin, conseiller général à Villers-Cotterets (Aisne) : modèle de dévouement et de courage. S'est consacré depuis le début des hostilités à la cause publique. Dégagé des obligations militaires, a pris, à Villers-Cotterets et en dépit de violents bombardements, la direction de l'hôpital de la Croix-Rouge où il a prodigué, sans relâche, ses soins aux malades et blessés civils et militaires. S'est dévoué corps et âme à sa mission de bienfaisance et de confiance communicative, témoignant d'une réelle vaillance et de qualités civiques unanimement reconnues.

Edme Genglaire, médecin en chef de Coucy-le-Château (Aisne) : pendant l'occupation ennemie, du 1er septembre 1914 au 22 février 1917, date à laquelle il a été évacué à Rocquigny, a fait preuve du plus grand dévouement en prodiguant ses soins aux blessés militaires et malades de Coucy-le-Château et des environs. A su maintenir intact le moral de ses compatriotes en leur faisant partager sa foi en la victoire de nos armes.

Marcel Berquet, médecin des épidémies, chirurgien des hôpitaux de Calais (Pas-de-Calais) : a apporté, depuis le début de la guerre, un inlassable dévouement dans ses fonctions de chirurgien des hôpitaux, en accourant au secours des victimes des nombreux bombardements que la ville de Calais a subis, et la plupart du temps, sous la chute des projectiles ennemis, exposant chaque fois sa vie.

Et du personnel de la Faculté de médecine de Nancy (Meurthe-et-Moselle) : la Faculté de médecine de l'Université de Nancy (personnel enseignant, personnel auxiliaire, personnel de service) a, pendant toute la durée des hostilités, à courte distance du front, assuré sa mission avec les éléments laissés par la mobilisation, unis dans un complet esprit de solidarité pour l'enseignement, aussi bien qu'en faveur des victimes militaires ou civiles dans les hôpitaux dont elle avait la charge. Malgré les dangers fréquents auxquels Nancy fut exposée, notamment en 1918, alors que par ordre du gouvernement tous les établissements universitaires avaient dû être fermés, la Faculté de médecine, restée ouverte en raison de ses obligations hospitalières, a donné l'exemple de l'énergie constante, du courage tranquille, du devoir quotidien modestement accompli.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE. — La Société de médecine militaire française, dont les séances ont été interrompues pendant la guerre, se réunira à nouveau au Val-de-Grâce le dernier jeudi de chaque mois, à 15 heures, à partir du 29 avril.

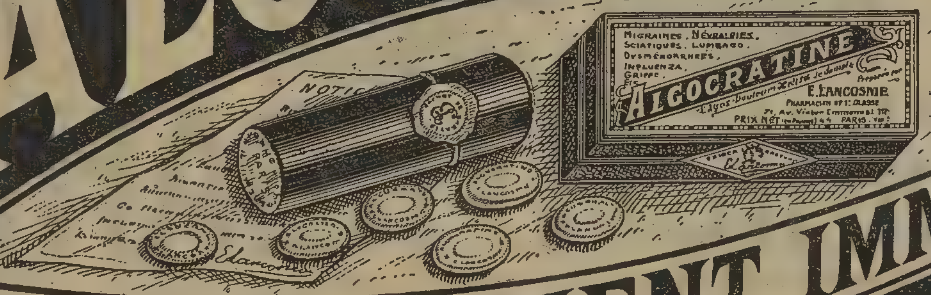
SOMMAIRE DES ANALYSES

GYNÉCOLOGIE

OBSTÉTRIQUE

VOIES URINAIRES

NUMÉROS D'ANALYSES DÉJA PARUS


ALGOCRATINE
E. LANCOSME

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

GYNÉCOLOGIE — OBSTÉTRIQUE

Par M. le Dr M. DELESTRE.

GYNÉCOLOGIE

Autobactériothérapie. — L'autobactériothérapie des affections gynécologiques. (M. CAZIN. *Soc. des chir. de Paris*, 6 fév. 1920.) — L'auteur a présenté les observations de plusieurs malades qu'il a traitées par la bactériothérapie pour des affections utérines et annexielles. Dans ces essais, pour lesquels M. Danysz a été son collaborateur, il n'a employé que des préparations obtenues avec des microbes non spécifiques. Voici la technique qu'il déclare avoir employée pour la préparation de ces autovaccins.

Le pus prélevé à l'orifice du col utérin était examiné au microscope et ensemencé dans du bouillon ordinaire et sur gélose. Les microbes qui poussaient sur gélose, le plus souvent des diplocoques qui prenaient ou ne prenaient pas le gram et des bacilles mobiles coliformes, étaient recueillis dans l'eau physiologique et stérilisés par la chaleur (70° à 75°). On en faisait des dilutions dans l'eau physiologique de 1/100 de milligramme de corps microbiens (desséchés à température constante) par centimètre cube de liquide pour le traitement par injections hypodermiques et de 5/10 de milligramme par centimètre cube de liquide pour le traitement par ingestion.

Chaque centimètre cube dans le liquide destiné aux injections hypodermiques contenait environ 100 millions de corps microbiens, et, dans celui que les malades ingéraient, environ 100 milliards de corps microbiens.

M. Cazin a ainsi traité 5 métrites chroniques, 1 métrite hémorragique, 2 métrites catarrhales et 1 métro-salpingite ancienne, avec guérison dans tous les cas, sauf un qui a été très amélioré.

Cancer. — Cf. — Traitement opératoire du cancer du col de l'utérus. (FORGUE. *Congrès de l'Assoc. des gyn. et obst. de langue franç.*, Bruxelles, sept. 1919.)

Radiumthérapie du cancer du col de l'utérus. (DEGRAIS. *Id.*)

Combinaison de la radiumthérapie et du traitement opératoire dans le cancer de l'utérus. (Mme FABRE. *Id.*)

Dysménorrhée. — Cf. — La dysménorrhée et les auto-intoxications d'origine intestinale. (SIREDEY. *Id.*)

Fibromes. — La radiothérapie des fibromes utérins; indications; mode d'action et résultats, d'après une statistique de 400 observations personnelles. (BÉCLÈRE. *Id.*) — L'auteur tient compte seulement des cas traités depuis un temps suffisant pour pouvoir considérer les résultats. Il envisage d'abord l'âge des malades traitées, les dimensions des utérus fibromateux, les troubles fonctionnels concomitants. Puis il aborde la question de technique et de durée du traitement; il recommande des doses modérées et hebdomadaires, car le danger se trouve dans la radiodermite. Dans 60 p. 100 des cas le traitement, sans demander plus de 12 à 14 séances hebdomadaires, ne dura pas plus de 2 mois et demi à 3 mois. Parmi les résultats thérapeutiques obtenus sans souffrance, sans changement dans la vie habituelle, les deux principaux furent la suppression des métrorragies et la réduction du volume des tumeurs; c'est à la 3e séance que cette réduction devient surtout appréciable; elle est d'un centimètre environ par semaine. L'action des rayons paraît s'exercer primitivement sur l'ovaire, réalisant une véritable castration sèche.

M. Béclère conclut, d'après ses résultats, que le cadre des indications de la radiothérapie dans le traitement des fibromes utérins doit être grandement élargi. En dehors de certaines conditions qui commandent impérieusement l'intervention chirurgicale, la radiothérapie est applicable à tous les fibromes utérins.

La radiumthérapie dans certaines formes de fibromes utérins. (CONDAMIN. *Soc. de chir.*, 22 janv. 1920.) — Elle paraît avoir une efficacité certaine au point de vue de la cessation complète des hémorragies et souvent appréciable dans la diminution de volume de la tumeur. Les fibromes petits ou moyens et surtout interstitiels ne se manifestent que par des hémorragies chez des femmes encore jeunes, et, d'autre part, ceux qui par leur volume ou l'abondance de la spoliation sanguine ont gravement altéré l'état général, fournissent les meilleures indications de la méthode.

Cf. — Traitement des fibromes par la radiothérapie. (BAUDET-DELBET. Discussion à la *Soc. de chir.*, 10 mars 1920.)

Statistique des trois dernières années de radiothérapie des fibromes utérins. (Communications à la *Soc. de méd. de Paris*, séance du 28 fév. 1920 : MM. LACAILLE, DE KEATING-HART, ZIMMERN.)

Fistules. — Cf. — De la cure opératoire des fistules vésico-vaginales par la voie transvésicale extrapéritonéale. (Robert DELEUIL. *Th. de Montpellier*, juin 1919.)

Gynécologie. — Cf. — *Gynécologie et obstétrique* : Nouvelle Revue mensuelle dont le premier numéro doit paraître en avril chez Masson. Elle est la fusion des deux revues : *Annales de gynécologie et d'obstétrique* et *Archives mensuelles d'obstétrique et de gynécologie* qui ont cessé de paraître.

Hystérectomie. — Indications et technique de l'hystérectomie dans le traitement des suppurations annexielles. (FAURE et BÉGOUIN. Rapport au *Congrès de Bruxelles*, sept. 1919.) — En ce qui concerne l'hystérectomie *vaginale*, elle paraît réservée aux annexites suraiguës doubles, avec un Douglas rempli de pus; ou encore chez les femmes épuisées par des hémorragies, par de longues souffrances, chez les femmes obèses et chez celles qui sont en état d'infection puerpérale.

Les indications de l'hystérectomie *abdominale* sont avant tout le pyosalpinx double. Les rapporteurs font un véritable plaidoyer en faveur de l'hystérectomie *subtotale* qui est plus simple, plus rapide, plus facile que la *totale*; elle n'expose pas l'uretère, la vessie; elle assure une hémostase plus aisée, elle délabre beaucoup moins le pelvis et elle n'ouvre pas le vagin dont la désinfection est impossible.

L'anatomie pathologique domine la technique de l'hystérectomie; il faut attaquer les lésions de bas en haut, de dedans en dehors et d'avant en arrière. Les auteurs retiennent 4 procédés : 1° l'hystérectomie par décollation, soit postérieure dans les cas simples, soit antérieure pour les cas très difficiles avec rétroflexion adhérente; 2° le procédé américain, applicable aux annexites pas trop adhérentes et dont un des côtés au moins est libre, mobile ou facile à décoller; 3° le procédé de Terrier moins bon; 4° l'hémisection utérine, procédé de choix dans tous les cas d'annexites bilatérales difficiles, adhérentes aux parois pelviennes lorsque le fond de l'utérus est accessible.

Le ventre ouvert, il faut d'un coup d'œil faire son choix quant au procédé à employer, il faut être éclectique, ne pas

s'enfermer dans l'exécution d'un procédé unique, mais employer le procédé le mieux adapté aux lésions qu'on a sous les yeux.

Infections. — Cf. — Le curettage expérimental et le contrôle bactériologique des inoculations dans les diverses infections. (CHRISTIDÈS. *Congrès de Bruxelles*, sept. 1919.)

Laparotomie. — Cf. — De la valeur des différentes incisions dans les laparotomies en gynécologie et en obstétrique. (ROUFFART. *Id.*)

Menstruation. — Cf. — Les équivalents menstruels chez les tuberculeuses. (SABOURIN. *Paris méd.*, 3 janv. 1920.)

Métrorragies. — Cf. — Indications et technique de la radiumthérapie dans le traitement des ménorragies et des métrorragies. (DEGRAIS. *Revue franç. de gyn. et d'obst.*, déc. 1919.)

Le traitement radiothérapique des syndromes métrorragiques. (P. MERLIN. *Th. de Montpellier*, 1918.)

Ovaire. — Cf. — Contribution à l'étude du cancer de l'ovaire. (F. AMADOU. *Th. de Montpellier*, mai 1919.)

Contribution à l'étude des fibromes de l'ovaire. (G. HENRY. *Th. de Montpellier*, mai 1919.) — Au point de vue symptomatique, ces tumeurs s'accompagnent de métrorragies dans près de la moitié des cas, tant en raison de la dégénérescence microkystique dont est atteint souvent l'ovaire du côté opposé que de la compression qu'elles entraînent quand elles sont incluses sur la circulation de retour utérine, avec dégénérescence angiomateuse possible de la muqueuse.

Des kystes de l'ovaire et du parovaire inclus dans les ligaments larges. (P. MARTIN. *Th. de Montpellier*, mai 1919.) — Souvent sérieuses par les troubles de compression qui les accompagnent, ces tumeurs dans la forme papillaire qui est la plus fréquente, comportent le risque de propagation à la paroi de greffes et de métastase. La difficulté du diagnostic ne permet pas toujours l'intervention précoce, énucléation, ou mieux, si l'état général n'y met pas obstacle, hystérectomie.

Cf. — Le prolapsus douloureux de l'ovaire. (A. GARCIN. *Th. de Paris*, 1919.)

Contribution à l'étude de l'ovarite scléro-kystique. (L. DAVY. *Th. de Montpellier*, mai 1919.)

Prolapsus. — Cf. — Sur la trachélopexie rectimusculaire dans le traitement des prolapsus génitaux graves et rebelles. (DELASSUS. *Congrès de Bruxelles*, sept. 1919.)

Le traitement du prolapsus utérin et ses résultats par la méthode de Bouilly. (L. DE FORCLAND. *Th. de Montpellier*, fév. 1919.) — Dans les cas de cystocèle par déchirure vagino-périnéale, cette intervention rétrécit et remonte l'orifice vulvaire, restaure le périnée et allonge le vagin dont les parois viennent au contact. Par la suite, l'utérus s'atrophie et la métrite disparaît, d'où amélioration de l'état général. Les résultats peuvent être moins satisfaisants chez des femmes exerçant une profession pénible.

Rétentions placentaires. — Remarques anatomo-cliniques sur les rétentions placentaires prolongées. (LECÈNE et PROMSY. *Ann. de gyn. et d'obst.*, oct. 1919.) — On les a décrites sous le nom de polypes fibrineux, polypes placentaires, placenta scléreux, déciduome bénin, etc. Les auteurs donnent six observations personnelles, et montrent qu'il ne s'agit pas de néoplasmes bénins, mais simplement de placenta en voie de régression, où l'on retrouve des villosités à différents degrés de dégénérescence, sans qu'il y ait jamais trace de prolifération anormale. L'accroissement apparent de ce débris ne se fait que par accumulation et organisation de caillots. Ce ne sont donc pas des tumeurs internes d'origine placentaire, mais de simples rétentions placentaires prolongées. Cliniquement elles se manifestent par des hémorragies, et sont justiciables du curettage.

Salpingites. — L'hématosalpinx par malformation congénitale. (FOGT. *Ann. de gyn. et d'obst.*, oct. 1919.) — L'auteur donne trois nouvelles observations de cette affection rare, puisqu'on n'en connaît qu'une dizaine d'observations.

Sein. — L'hypertrophie du sein chez la femme. (Constantin TZELLPONGLOS. *Th. de Montpellier*, juillet 1919.) — Due à l'action de germes à virulence atténuée et à action continue, l'hypertrophie mammaire apparaît comme une mastite diffuse chronique hypertrophique qui s'observe à la puberté et pendant la grossesse. Le diagnostic sera fait avec le carcinome, le sarcome et l'adéno-fibrome. Son évolution aboutissant à la cachexie et à la mort, il y a lieu de procéder à la résection partielle ou à l'amputation.

Stérilité. — Cf. — Les stérilités féminines d'origine septique. (Emile COUDERC. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 déc. 1919.)

Trompe. — Cf. — La hernie inguinale de la trompe de Fallope. (Ch. MARSILY. *Th. de Montpellier*, juillet 1919.)

Tuberculose. — Cf. — Le traitement par l'héliothérapie des tuberculoses génitales féminines. (EXCHAQUET. *Congrès de Bruxelles*, sept. 1919.)

OBSTÉTRIQUE

Accouchement. — Gestation et accouchement quadruple. (PINARD. *Acad. de méd.*, 24 fév. 1920.) — Le premier enfant vint par le sommet et nécessita une application de forceps : il pesait 1.900 g. Le second et le troisième vinrent par le siège et pesèrent 1.950 g. et 2.000 g. Le quatrième se présenta par le sommet et pesait 2.100 g. Il y eut hémorragie de la délivrance qui nécessita une délivrance artificielle. Les quatre enfants vécurent et ont aujourd'hui 5 ans.

Accouchement sans douleur. (RAPINS [de Lausanne]. *Congrès de Bruxelles*, sept. 1919.) — L'auteur recherche, avant tout, ce qui donne naissance à la douleur, car il y a une douleur réflexe et une douleur provoquée. C'est dire que le traitement ne sera pas le même aux différentes phases du travail : 1° dès l'apparition du travail : 0g5 de chloral en lavement, 0g5 de véronal ou 1 g. de sédobrol per os, puis deux heures après une pastille de didial éventuellement répétée une demi-heure après jusqu'à l'obtention du calme et du repos entre les douleurs ; 2° administration du chloréthyl en inhalation au début de la douleur jusqu'à l'expulsion ; 3° chloroforme-éther mélange 2/1 pendant le passage de la tête au couronnement inférieur.

Influence de la scopolamine-morphine sur les phénomènes douloureux du travail. (L. LEROY. *Th. de Paris*, 1919.) — L'auteur utilise le *sédol*, préparation dosée à 0g0002 de scopolamine et 0g006 de morphine par centimètre cube. De ses observations il conclut que l'action du sédol sur les phénomènes douloureux du travail est certaine. Cette action sur la douleur se manifeste au bout de 10 minutes pour durer 2 à 3 heures, et, parfois la malade s'endort complètement alors que le travail continue. Il y a intérêt à employer des doses faibles, mais souvent répétées, surtout chez les primipares, sans dépasser au total 0g02 de morphine et 0g0006 de scopolamine.

La médication doit être appliquée avant que la dilatation ne soit complète, donc avant la période d'expulsion. Il y a parfois un certain ralentissement du travail, dû à ce que les contractions utérines sont moins fréquentes, mais cela est sans danger sérieux pour la mère ou l'enfant, quoique l'on constate presque toujours un certain ralentissement du pouls maternel et fœtal. Il y contre-indication quand on craint l'inertie utérine.

Allaitement. — Cf. — Difficultés de l'allaitement pendant les premières semaines. (L. JOB. *Revue méd. de l'Est*, n° 3, 1er fév. 1920.)

Grossesse. — De l'utilisation, pour le diagnostic de la grossesse, des récentes découvertes biologiques. (BAR et ECALLE. *Rapport au Congrès de Bruxelles*, sept. 1919.) — Dans ce rapport, les auteurs ont essayé de déterminer le parti qui peut être tiré à l'heure actuelle, au point de vue du diagnostic de la grossesse, des récentes découvertes concernant les réactions provoquées dans un organisme par l'irruption de substances étrangères, c'est-à-dire, pour le cas particulier, par la pénétration, dans l'organisme maternel, de substances d'origine fœtale, ou avec plus de précision encore, de substances sécrétées par la glande placentaire. Les procédés sont nombreux; les auteurs en retiennent seulement quelques-uns (méthode de la déviation du complément, méthode de la dialyse ou réaction d'Abderhalden, méthode des intradermoréactions, méthode basée sur l'augmentation du pouvoir antitryptique, réaction du venin de cobra).

Le bénéfice clinique de ces nombreuses et difficiles recherches apparaît bien médiocre et hors de proportion avec l'effort qu'elles ont nécessité.

Cf. — La méthode de déviation du complément appliquée au diagnostic de la grossesse. (FIEUX et MAURIAC. *Congrès de Bruxelles*, sept. 1919.)

Un cas de grossesse extramembraneuse. (Ch. GONNET. *Revue mens. de gyn., d'obst. et de pédiat.*, mars 1919.)

Contribution à l'étude de la grossesse interstitielle. (R. VANDESCAL. *Th. de Paris*, 1920.) — L'auteur apporte trois nouvelles observations dont il a fait l'étude clinique, anatomo-pathologique et histologique.

Hémiplégie. — Cf. — L'hémiplégie pendant la grossesse. (DUHOT. Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 24 janv. 1920.)

Interventions. — Cf. — Des interventions abdominales pendant la grossesse. (BRINDEAU. *Congrès de Bruxelles*, sept. 1919.)

Kystes de l'ovaire. — Grossesse de deux mois, développée chez une malade présentant deux kystes bilatéraux et dégénérés de l'ovaire. (MASSART. *Soc. anat.*, 27 mars 1920.) — L'auteur communique une observation extrêmement rare de coexistence de grossesse et de kyste bilatéral des ovaires pour lequel il est intervenu au deuxième mois. Il insiste sur le fait déjà signalé que la grossesse peut suivre son cours après l'ablation bilatérale des annexes. M. le prof. Faure a dernièrement opéré un cas semblable, mais il s'agissait de kystes dermoïdes et la grossesse suivit son cours régulier, sans qu'il y ait eu le moindre trouble pouvant faire craindre l'avortement.

Lever. — Du lever précoce des accouchées et des opérées. (BOURCART (de Genève). Rapport au *Congrès de Bruxelles*, sept. 1919.) — On peut reprocher à la station dorsale prolongée que les femmes s'anémient et que leurs muscles abdominaux s'atrophient, que l'écoulement des lochies se fait mal, que l'infection en est favorisée, l'involution utérine retardée, que les fonctions intestinales sont arrêtées et cela peut entraîner des complications; enfin que la fonction galactogène en est diminuée.

Le lever précoce possède comme avantage, d'éviter les inconvénients précités grâce au travail des muscles et à une circulation plus active. Bien entendu il importe que l'équilibre abdominal soit rétabli avant de l'autoriser et il est de très bonne pratique de le faire précéder par des séances de massage des muscles abdominaux qui favorisent le retour de l'équilibre intraabdominal.

Obstétrique. — Cf. — *Gynécologie et obstétrique.* (Nouvelle revue mensuelle, paraissant chez Masson, éditeur.)

Opération césarienne. — Cf. — Etude de quelques indications de l'opération césarienne en dehors du rétrécissement du bassin et des tumeurs. (P. COUINAUD. *Th. de Paris*, 1919.)

Indications de l'opération césarienne. (H. BECKWITH-WHITEHOUSE. *The lancet*, 31 janv. 1920.)

Contribution à l'étude des fistules utéro-pariétales consécutives à l'opération césarienne conservatrice. (G. HUREAU. *Th. de Montpellier*, juillet 1919.)

Ouvrières. — Cf. — Le problème de la protection de l'ouvrière enceinte ou nourrice. (KEIFFER. *Congrès de Bruxelles*, sept. 1919.)

Protection de l'ouvrière enceinte ou nourrice. (LÉVY-SOLAL. *Id.*)

Ovariotomie. — L'ovariotomie bilatérale pendant les 4 premiers mois de la grossesse et l'action du corps jaune sur l'évolution de l'œuf fécondé. (A. GROSSE. *Rev. française de gynéc. et d'obstétr.*, nov. 1919.) — Si l'expulsion prématurée du fœtus est la conséquence, une fois sur deux, de l'ovariotomie double pratiquée pendant les 3 derniers mois de la grossesse, il n'en est pas de même pendant la première moitié de la gestation. Sur 52 cas que l'auteur a pu recueillir dans les 4 premiers mois, il n'y a que 7 cas d'interruption. Le corps jaune gestatif n'apparaît donc pas du tout comme indispensable au développement de l'œuf au début de la grossesse, et sa suppression ne saurait fatalement entraîner l'avortement.

Placenta. — Cf. — Traitement des hémorragies dues au placenta prævia. (BOURRET. *Gaz. des hôp.*, 3 fév. 1920.)

Tuberculose. — L'influence de la grossesse sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire et pleurale. (NOBÉCOURT et PARAF. *Presse méd.*, 18 fév. 1920.) — Une tuberculose torpide, fibreuse, même cavitaire, qui se rencontre généralement chez une multipare, peut ne pas être aggravée; une tuberculose mal éteinte ou en évolution, observée généralement chez une jeune primipare, reçoit presque toujours un coup de fouet. C'est à la fin de la grossesse et pendant le post partum que l'aggravation se produit; la période qui suit immédiatement l'accouchement constitue la phase critique. Le réveil des tuberculoses latentes se fait sous forme de pleurésies, de congestions pleuro-pulmonaires, de spléno-pneumonies. Ce coup de fouet donné à la tuberculose semble lié à un fléchissement de l'immunité sous l'influence de la puerpéralité, comme en témoigne à ce moment l'atténuation et même la disparition de la cuti-réaction à la tuberculine. Toutefois, les femmes atteintes de tuberculoses scléreuses qui paraissent éteintes, échappent généralement à cette éventualité; dans les cas observés par les auteurs, la cuti-réaction est demeurée chez elles nettement positive. Le médecin doit tenir compte de ces faits quand on le consulte sur l'opportunité de l'allaitement. A côté des cas où l'abstention s'impose, il en est d'autres où l'hésitation est permise. Peut-être les cuti-réactions répétées pendant les semaines qui précèdent et suivent l'accouchement pourraient-elles fournir des données précieuses à cet égard : une réaction qui reste nettement positive semble en rapport avec une bonne immunité.

Travail. — Les extraits hypophysaires en obstétrique et en gynécologie. (Léon POULIOT. 1 fascic. de 52 p. dans la collection : l'*Actualité obstétricale et gynécologique.* Chez Maloine, édit.). — On trouvera dans ce livre une étude complète de la médication hypophysaire au point de vue obstétrical et gynécologique. L'auteur y montre surtout le parti qu'on peut tirer comme ocytocique, car, au point de vue gynécologique, l'action de l'hypophyse est moins bien connue.

Utérus. — Cf. — Du prolapsus de l'utérus gravide avec ou sans élongation hypertrophique du col. (A. BÉZIER. *Th. de Bordeaux*, 1919.)

Sur un cas de survie d'utérus de femme parturiente. (P. BALARD, *Soc. de biol.*, 8 nov. 1919.)

M. DELESTRE.

VOIES URINAIRES

Par M. le Dr DE BERNE-LAGARDE.

Reins. — Physiologie normale et pathologique des reins. (AMBARD. 2e édit., Paris, Masson, 1920.) — Cet ouvrage, très important, est à consulter avec fruit pour l'étude de la sécrétion rénale et pour les applications pratiques qui en dérivent.

Nous insisterons, tout particulièrement, sur les chapitres suivants :

1° Concentration maximum de l'urée.

2° Débit des substances sans seuil (constante uréo-sécrétoire, p. 68).

3° Débit des substances avec seuil.

4° De l'exploration des fonctions rénales en chirurgie.

Des lésions histologiques de l'hydronéphrose expérimentale aseptique. (DE BERNE-LAGARDE. *Arch. urol. de la Clinique de Necker.* T. II, fasc. 3, p. 347-413.) — Cette étude est basée sur des expériences (ligature totale de l'uretère) effectuées sur le rat. Contrairement à l'opinion classique, on obtient toujours une dilatation sus-jacente de l'uretère et du bassinet. Il y a donc hydronéphrose.

L'atrophie du rein ne s'observe qu'après infection de la poche pyélo-rénale ou la ligature en masse du pédicule vasculaire du rein.

On peut, dans l'évolution des lésions histologiques, distinguer deux phases successives :

La première, est caractérisée par une distension mécanique des tubes urinifères par l'urine accumulée.

Dans la seconde phase, les éléments constitutifs du parenchyme rénal se trouvent tassés. Il en résulte une atrophie mécanique. Les glomérules restent histologiquement intacts 241 jours après ligature totale de l'uretère correspondant.

Le rein opposé est normal; il en est de même du foie et de la rate.

Néphrites chroniques et hypertrophie prostatique. (LAVENANT. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, t. IXC, 10 mars 1920, n° 26347, p. 178-186.) — Cet exposé est consacré à l'association relativement fréquente : adénome prostatique avec rétention et syndrome de néphrite chronique hypertensive.

Deux éventualités différentes peuvent s'offrir :

1° La néphrite chronique hypertensive évolue pour son propre compte; elle est indépendante de la lésion prostatique.

2° La néphrite chronique hypertensive est née de l'adénome prostatique. Elle est alors le résultat d'un trouble de la fonction rénale. La distension urétéro-rénale, consécutive elle-même à la distension vésicale, aura déterminé des troubles fonctionnels du rein; ces derniers ayant une tendance à passer à la chronicité.

La rétention vésicale évoluant à bas bruit, seuls, les signes de néphrite chronique hypertensive que l'on ne rapporte à aucune cause peuvent être mis en évidence.

Au point de vue pratique, il est indispensable de distinguer ces deux éventualités, car la thérapeutique est différente suivant le cas.

L'examen minutieux des symptômes, leur amélioration par le régime, le repos, la sonde à demeure et l'abaissement de l'azotémie pourront différencier les deux formes de néphrite.

Suivant les circonstances, l'ablation de l'adénome prostatique en un ou deux temps peut faire entièrement disparaître les signes de néphrite. Lavenant en rapporte des exemples dans des observations personnelles.

Cependant, la coexistence d'une néphrite hypertensive indélébile, ne s'accompagnant pas de lésions valvulaires graves, n'est pas toujours une contre-indication à l'intervention.

Recherches sur le mécanisme des ruptures traumatiques d'organes. (ALI KROGIUS. *Acta Chirurgica Scandinavica.* Vol. LII, fasc. 4, fév. 1920, p. 299-333.) — Exposition des théories sur les ruptures traumatiques du rein et de la vessie.

Uretères. — Deux observations d'urétérorraphie après section de l'uretère. (CHIFOLIAU. Rapport de M. Marion. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris.* T. XLVI, n° 1, 13 janv. 1920, p. 16-26 et n° 2, 20 janv. 1920, p. 29-35.) — Du rapport et de la discussion qui a suivi, il résulte que la suture termino-terminale de l'uretère sectionné est le mode opératoire le plus fréquent. Marion donne sa préférence au procédé de Pozzi si l'uretère est dilaté; Proust, au procédé qu'il a décrit avec Buquet. La sonde urétérale à demeure, après l'opération, est à rejeter parce que nuisible. S'il se produit un rétrécissement de l'uretère, il faut recourir à la dilatation progressive, temporaire par le cathétérisme urétéral. Le plus souvent, ces sutures urétérales entraînent la mort et l'atrophie du rein correspondant.

Dans les urétéro-cysto-néostomies on constate une diminution fonctionnelle du rein du côté opéré ou son atrophie totale. Cette dernière se fait à bas bruit, sans phénomènes apparents, quel que soit le procédé opératoire suivi.

Discussion sur les calculs de l'uretère et de la prostate. (MERITT. *New-Orleans Med. and Surgical Journ.* Vol. LXXII, déc. 1919, n° 6, p. 335-337.) — L'auteur insiste sur la difficulté d'un diagnostic clinique en pareilles circonstances.

En ce qui concerne les calculs urétéraux, il préfère procéder au cathétérisme de l'uretère avec ou sans méatotomie du méat urétéral. Il introduit une sonde urétérale au delà du corps étranger et y injecte une petite quantité d'une solution de stovaïne. Des instillations d'huile d'olives, l'ingestion de boissons, favoriseraient ensuite l'expulsion du calcul. Dans le cas contraire, l'intervention chirurgicale s'impose.

Vessie. — La cystoradiographie. (LEGUEU et PAPIN. *Presse méd.*, n° 73, 3 déc. 1919.) — C'est un résumé complet de la technique et des applications de cette méthode d'investigation que les auteurs ont été les premiers à imaginer et à étudier.

Le collargol à 10 p. 100 est la substance de choix.

Le diagnostic des diverticules vésicaux devient aisé. Il est facile d'apprécier leurs dimensions, aussi exactes que possible, et d'étudier sur les clichés le phénomène connu sous le nom de « miction en deux temps ».

Les tumeurs vésicales volumineuses, où la cystoscopie est contre-indiquée, donnent de beaux clichés. Il en est de même des cas de « dilatation congénitale des urètres » où la simple injection vésicale remplit les uretères flexueux et les bassinets dilatés.

La cystoradiographie est devenue une méthode fondamentale en radiographie urologique et mérite de voir généraliser son emploi.

Le traitement immédiat des plaies de vessie. (LEGUEU et GOUVERNEUR. *Arch. urol. de la clinique de Necker*, t. II, fasc. 3, p. 289-312.) — Les plaies de la vessie s'accompagnent presque toujours de fracture des os du bassin ou de lésions intestinales. La cystostomie hypogastrique, large et bien faite, s'impose absolument dans tous les cas, aussitôt que possible. Dans les plaies vésico-rectales, l'anus iliaque n'est à faire qu'exceptionnellement. Dans l'immense majorité des cas, en effet, la communication vésico-rectale s'est oblitérée d'elle-même après cystostomie. Cette dernière n'empêche nullement le chirurgien de traiter simultanément les lésions osseuses pelviennes et les plaies du tractus intestinal. Cet article est, somme toute, un plaidoyer en faveur de la cystostomie hypogastrique d'urgence.

Les sarcomes primitifs de la vessie. (A. Aimes. *Revue Internat. de méd. et de chir.*, 31e année, n° 4, avril 1920, p. 41-45.) — Revue générale, à propos d'un cas personnel, sur les sarcomes primitifs de la vessie dont l'auteur a pu réunir 116 cas.

La partie la plus intéressante concerne le traitement.

La voie hypogastrique est généralement suivie. Après ouverture de la cavité vésicale, la technique de l'extirpation de la tumeur varie suivant son mode d'implantation, ses dimensions, son siège, la multiplicité des néoplasies, les complications, l'état général du malade.

Les résultats de la cystectomie totale se sont actuellement améliorés (56 p. 100 de mortalité, Rafin). Il est préférable, dans les cas où l'exérèse chirurgicale est impossible, d'enlever les masses sarcomateuses et de pratiquer un curettage soigné. Ce dernier sera suivi d'un étincelage ou d'un traitement par l'émanation de radium.

La récidive est souvent locale ou précédée par le développement de métastases à distance, ce qui explique que les récidives soient aussi fréquentes après les ablations larges qu'après les opérations économiques.

Cependant, quelques guérisons à longue échéance ont été observées par Carlier (7 ans), par Czerny (12 ans); elles doivent nous encourager à tenter l'opération des sarcomes vésicaux, à condition d'intervenir précocement et très largement.

Cf. — Expulsion cystoscopique d'un calcul urétéral dans la vessie, puis extirpation instrumentale hors de l'urètre. (Charles Perrier [de Genève]. *Rev. méd. de la Suisse romande*, n° 2, fév. 1920.)

Prostate. — De la signification des vésiculites chroniques chez les prostatiques. (Marion. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, t. IX, n° 1, p. 11-18.) — Se basant sur 3 observations personnelles où il fut procédé à l'ablation de la prostate et des vésicules séminales, suivie d'un examen histologique, M. Marion conclut :

1° La constatation de l'empâtement vésiculaire douloureux chez un prostatique doit éveiller l'idée de cancer, quel que soit l'aspect de la lésion de la prostate.

2° Cet empâtement ne doit pas être interprété, au moins dans un certain nombre de cas, comme une propagation certaine du néoplasme, mais simplement comme une dilatation rétrograde des vésicules ; les canaux éjaculateurs se trouvant envahis par le cancer.

3° Il ne contre-indique nullement l'ablation du néoplasme si elle est possible.

4° L'ablation des vésicules ne paraît pas aggraver le pronostic de la prostatectomie.

Urètre. — Etude critique et expérimentale de l'urétroplastie. (L. Morel. *Arch. urol. de la clinique de Necker*, t. II, fasc. 3, p. 313-345.) — Après avoir passé en revue les différentes méthodes d'urétroplastie, Morel consacre son étude à la greffe veineuse de l'urètre.

Un court chapitre historique précède la description détaillée du procédé de Tanton. Morel expose ensuite les résultats des 23 observations connues en 1916. Les résultats ne sont point parfaits ; et, pour l'auteur, leur insuffisance ne peut être améliorée qu'après avoir résolu les deux problèmes suivants :

1° Prise de la greffe ;

2° Adaptation de la veine à sa nouvelle fonction.

Il réalise, sur le chien, 20 expériences interrompues par la guerre. Malgré le petit nombre d'observations expérimentales, Morel peut énumérer les moyens qui, assurant la vitalité et l'asepsie de la greffe veineuse, permettent d'éviter presque à coup sûr la fistule d'abouchement si fréquente dans l'urétroplastie veineuse par raccordement. Ce sont :

a. La dérivation préalable des urines ;

b. La tunellisation de la région à munir d'un nouvel urètre ;

c. L'emploi d'un segment veineux, rempli de sang (idée émise par Moure, en 1914) ;

d. La réalisation opératoire en deux temps ;

e. Les soins particuliers dans l'exécution de la suture urétro-veineuse ;

f. La dilatation consécutive, débutant 10 jours après la dernière opération, et longtemps prolongée.

Le saignement dans les rétrécissements de l'urètre. Son importance pratique pour le diagnostic et le traitement. (O. Pasteau. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, t. IXC, 10 mars 1920, n° 26.345, p. 161-166.) — Dans cet article, éminemment pratique, l'auteur étudie l'urétrorragie des sténoses urétrales :

1° En dehors de toute exploration du canal où elle acquiert une grosse valeur symptomatologique dans certains cas ;

2° Au cours où à la suite d'une manœuvre intra-urétrale. Dans ce paragraphe, sont rappelés les conseils donnés par Guyon dans les explorations de l'urètre. Le cathétérisme doit être « modificateur » et non dilatateur. La bougie dilatatrice agit « par contact et sans pression ». On pisse mieux avec un canal moins large et plus souple qu'avec un canal plus dilaté, mais plus dur et plus résistant.

La dilatation doit être dosée comme un médicament. Ces conseils rendront très rares les urétrorragies consécutives à la dilatation.

Dans l'urétrotomie interne, les hémorragies abondantes sont exceptionnelles et paraissent relever d'une des deux causes suivantes :

a. La tige conductrice était trop abaissée au moment du passage de la lame de l'urétrotome : l'incision a porté trop profondément sur la partie antérieure du col qui continue à saigner.

b. On a fait usage d'une sonde à bout coupé trop volumineuse pour le cas déterminé.

Et Pasteau conclut : « Faites par des mains attentives, les dilatations lentes, très lentes et progressives, continueront à donner des résultats durables ; l'urétrotomie pourra être considérée comme une exception et une manœuvre destinée seulement à permettre, par la suite, l'entretien d'un canal souple par le passage de cathéters à intervalles de plus en plus éloignés. »

Organes génitaux externes. — Nouvelle technique pour la restauration en une séance des hypospadias étendus par la tunellisation avec greffe dermo-épidermique. (Nové-Josserand. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, t. VIII, n° 6, p. 449-461.) — Le chirurgien lyonnais public les résultats obtenus par lui dans la cure de 35 cas d'hypospadias et de 5 épispadias.

Le procédé qu'il préconise actuellement (4 cas) comprend 3 temps principaux, effectués en une seule séance :

1° Cystostomie hypogastrique de dérivation.

2° Tunellisation sous-cutanée, au trocart, après résection du méat hypospade. Prise de la greffe dermo-épidermique qu'on enroule et fixe sur une sonde de Nélaton. La greffe est placée dans le tunnel creusé sous les corps caverneux.

3° Fermeture du méat hypospade suivant la technique de Duplay.

La sonde porte-greffe n'est retirée que le 7e ou 8e jour, car il prévient la formation d'un hématome. Le nouvel urètre est progressivement dilaté aux bougies dès le 9e jour. Une urétrotomie interne complémentaire devient parfois nécessaire ultérieurement.

Traitement des indurations plastiques des corps caverneux par l'excision et l'autoplastie avec l'aponévrose du fascia lata. (Legueu. *Arch. urol. de la clinique de Necker*, t. II, fasc. 3, p. 415-422.) — Après ablation du noyau d'induration, l'auteur comble la perte de substance à l'aide d'un lambeau aponévrotique emprunté au fascia lata. Des points

Traitement des arrêts de croissance, par le Dr Maurice SPRINGER. Un vol. in-16 de 96 pages. (Actualités médicales.) — Prix : cartonné, 3 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

en capiton maintiennent l'adhérence du lambeau à la surface cruentée et empêchent ainsi la formation d'un hématome, source de complications.

Les deux résultats obtenus, très bons au point de vue fonctionnel et esthétique, justifient cette technique opératoire.

Urologie.—Essai d'urologie pathologique des pays chauds [Alexandrie, Egypte]. (J. Khouri. 1919, 1 vol., 183 p.). —Cet ouvrage est consacré à l'exposition des différentes affections tropicales à localisation exclusive ou prédominante sur les voies urinaires. Cette étude est justifiée par la guerre actuelle : cette dernière ayant mis en contact des populations des plus éloignées et des plus disparates.

La contribution personnelle de l'auteur s'étend sur vingt années de pratique médicale en Egypte.

La première partie de l'ouvrage, la plus intéressante, traite de l'étude de l'urine dans les maladies tropicales et subtropicales : peste, mélitococcose, spirochétose ictéro-hémorragique, typhus exanthématique, bilharziose, dysentérie amibienne, etc.

La seconde partie est consacrée à l'étude chimico-toxicologique et à l'élimination des médicaments les plus employés dans la thérapeutique de ces affections.

LIVRES NOUVEAUX

Les Sciences d'aujourd'hui : La physiologie (1), par Maurice Arthus, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Lausanne.

Nul savant n'était mieux désigné que M. Arthus pour écrire un livre dans lequel il s'agit d'exposer les méthodes, les résultats et les hypothèses de la physiologie actuelle parce qu'il possède non seulement une connaissance approfondie de son sujet, mais aussi un esprit critique très judicieux qui lui permet de mettre au point les questions les plus complexes. On comprend dès lors que ce livre ne soit aucunement un manuel ; sa portée est bien plus haute ; il ne se contente pas d'énumérer les faits observés et les résultats obtenus ; il indique quelles méthodes il faut employer pour obtenir ces résultats et les interpréter correctement, et comment le jeu alternatif des hypothèses et des vérifications amène les découvertes qui nous font pénétrer de plus en plus profondément dans le mécanisme des phénomènes de la vie, en d'autres termes il nous apprend à faire de la physiologie et à l'aimer. C'est là une œuvre bien française dans son esprit et dans sa forme, et sa perfection ne saurait nous étonner de la part de M. Arthus qui a tant contribué à porter et à étendre à l'étranger le renom de notre culture.

LAUMONIER.

Les Symptômes et leur interprétation (2), par sir James Mackenzie, professeur au London Hospital, membre du Collège royal des médecins de Londres, traduit par le Dr Guilleaume (de Spa).

Cet ouvrage, écrit pour les médecins et chirurgiens praticiens, est le résultat d'une expérience de 30 années d'observation par un praticien.

Il analyse des symptômes journellement observés, tels que la douleur, l'hyperesthésie périphérique, la contracture musculaire, les réflexes organiques (vomissements, dyspnée, réflexes cardiaques, etc.). Il montre quel parti le diagnostic peut tirer d'une interprétation exacte de ces symptômes et des signes révélés par le premier examen d'un malade.

Les relations des symptômes et des maladies des divers organes sont examinées en détail, de même que leur importance au point de vue du pronostic et du traitement.

L. G.

Les Infections gangréneuses des membres consécutives aux blessures de guerre, par G. Lardennois, chirurgien des hôpitaux, et J. Beaumel, chef de clinique. Un vol. de 248 pages avec 26 figures. — Prix : 12 fr. net. — Paris, Masson et Cie.

(1) Petit in-8, 1920. — Prix : broché, 10 fr. — Paris, Masson et Cie.

(2) In-8 avec figures dans le texte. — Prix : 10 fr. — Paris, F. Alcan.

COURS ET CONFÉRENCES

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE DES HOPITAUX. (M. Pierre Sebileau, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (gynécologie) pour 20 élèves par M. Robert Gouverneur et André Bergeret commencera le lundi 3 mai 1920 à 2 heures et continuera les jours suivants à la même heure.

Droit d'inscription : 100 fr. Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin.

LEÇONS SUR LA TUBERCULOSE INFANTILE, par MM. Méry, agrégé, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades ; P. Armand-Delille, médecin des hôpitaux ; M. Girard, chef de laboratoire à l'hôpital des Enfants-Malades.

Les mardis, jeudis et samedis, à 5 heures du soir, du 4 mai au 2 juin, à l'hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres, en 18 leçons.

Prière de s'inscrire à l'hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres, au Laboratoire central, le matin, de 9 heures à midi.

COURS LIBRE DE PATHOLOGIE. — Le Dr Lesage, médecin de l'hôpital Hérold, commencera, à partir du mercredi 5 mai 1920, à 17 heures, au petit amphithéâtre, un cours sur les maladies héréditaires du nourrisson, et le continuera les mercredis suivants, à la même heure.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — Enseignement des maladies du tube digestif. — Présentation de malades. Discussion sur le diagnostic et le traitement : le mercredi, à 10 heures, service du Dr Lenoir ; le jeudi, à 10 heures, service du Dr Félix Ramond ; le vendredi, à 10 heures, service du Dr Bensaude.

CONFÉRENCES D'OPHTALMOLOGIE. — MM. A. Terson, Bailliart et Landolt commenceront, le mardi 11 mai, des conférences sur l'*ophtalmologie en pathologie générale et comparée*, avec démonstrations, présentation de malades et exercices techniques.

Le cours est gratuit et sera fait les lundis, mardis et vendredis non fériés, à 5 heures. La première conférence aura lieu, le mardi 11 mai, à 5 h. 1/4, à l'hôtel des Sociétés savantes, rue Danton.

Autant que possible s'inscrire par lettre à l'une des adresses suivantes : Dr A. Terson, 47 *bis*, boulevard des Invalides ; Dr Bailliart, 15, rue Saint-Simon ; Dr M. Landolt, 27, rue Saint-André-des-Arts (clinique).

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — La Compagnie des chemins de fer P.-L.-M. porte à la connaissance du public que les bureaux de la douane à la gare de Bercy, qui étaient fermés de 12 h. à 14 h. et à partir de 17 h., sont ouverts, dorénavant, chaque jour, à titre d'essai, de 9 h. à 18 h., sauf les dimanches et jours fériés.

Les opérations de dédouanement et de livraison des marchandises (messageries, colis postaux et petite vitesse) peuvent donc être effectuées sans interruption pendant une période de temps de 9 heures par jour.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 15 francs par an. Étudiants étrangers, 20 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 6 fr. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.

Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours d'accoucheur des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 28 avril. — MM. Chirié, 30; Ecalle, 25.

— Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 27 avril. — Question donnée : « Nerf facial intracranien y compris ses origines jusqu'à sa sortie du trou stylo-mastoïdien. — Causes, symptômes et diagnostic de la paralysie faciale. »

MM. Peignaux, 17 + 24 = 41; Ducuing, 14 + 22 = 36; Largeau, 14 + 21 = 35; Dauptain, 16 + 23 = 39; Raiga, 12 + 21 = 33; Lebée, 15 + 22 = 37; Cerné, 14 + 23 = 37; Delmas, 16 + 23 = 39; Wallon, 15 + 22 = 37.

— Concours de l'externat. — *Pathologie.* — Séance du 27 avril. — Question donnée : « Causes, symptômes et diagnostic des hémorroïdes. »

Mlle Boutigny, 18; MM. Asselin de Williencourt, 7; Allard, 8; Arthaud, 13; Mlle Astaix et MM. Bonnemaison, 10; Ackermann, 16; Boyer, 15 1/2; Baudet, 13; Boucher, 7; Biancani (Hugo), 15; Bonnichon, 13; Bertrand, 14; Bernheim, 7; Blondin, 19; Bonnerot, 7.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Un concours pour deux places de stomatologiste adjoint des hôpitaux s'ouvrira le 20 juillet 1920.

FACULTÉS DES DÉPARTEMENTS. — Nancy. — MM. Jacques, agrégé d'anatomie, et Rémy, agrégé d'obstétrique, sont rappelés à l'exercice jusqu'au 31 octobre 1920.

— Toulouse. — L'emploi de préparateur chef de laboratoire de pathologie et thérapeutique générales, créé par arrêté du 16 février 1920, est transformé en emploi de moniteur de pathologie et thérapeutique générales.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Amiens. — Des concours s'ouvriront le 25 octobre 1920 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille :

1° Pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens.

2° Pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à ladite école.

Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

— M. Jullien, suppléant, est nommé professeur de pathologie externe et médecine opératoire, en remplacement de M. Moulonguet, appelé à d'autres fonctions.

— Dijon. — M. J. Deroye, suppléant, est nommé professeur de pathologie interne, en remplacement de M. Petitjean, appelé à d'autres fonctions.

— Marseille. — Des concours s'ouvriront à l'Ecole de Marseille :

Le 26 avril 1920, à 8 heures, pour une place de chef de clinique ophtalmologique;

Le 17 mai 1920, pour une place de chef de clinique des maladies nerveuses.

S'inscrire 8 jours au moins avant l'ouverture des concours au secrétariat de l'Ecole de médecine.

— M. le Dr Henri Perrin a été nommé chef de clinique dermatologique.

— Nantes. — M. Guilbaud, ancien professeur suppléant, est nommé professeur de pathologie externe et médecine opératoire, en remplacement de M. Sourdille, appelé à d'autres fonctions.

— M. Labbé, suppléant, est nommé professeur d'histoire naturelle, en remplacement de M. Bureau, retraité.

— Des concours s'ouvriront le 25 octobre 1920 devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris:

1° Pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes;

2° Pour l'emploi de suppléant de la chaire de chimie (P. C. N.) à ladite école.

Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

— RENNES. — Sont chargés des enseignements suivants : MM. les professeurs Fleury, botanique; Lenormand, pharmacie chimique; Laurent, pharmacie galénique; Houlbert, cryptogamie; M. Quentin est chargé du cours et des travaux pratiques de parasitologie.

— TOURS. — M. Thierry, professeur de clinique obstétricale, est nommé directeur pour 3 ans, à partir du 1er mars 1920.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — L'assemblée générale de l'Association générale des médecins de France aura lieu le dimanche 9 mai, à 2 heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. Seuls peuvent y prendre part les membres du Conseil général de l'Association et les présidents et délégués des sociétés locales.

Le soir, à 7 h. 1/2 précises, banquet au restaurant Marguery, boulevard Bonne-Nouvelle, auquel peuvent assister tous les médecins. — Prix du banquet : 40 fr.

Envoyer adhésion avant le 7 mai au siège de l'Association, 5, rue de Surène, Paris (VIIIe).

LE CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS ET L'ÉCHANGE DES PROFESSEURS. — Le Conseil de l'Université vient d'agréer, pour un cours à la Faculté de droit, le doyen de la Faculté de Genève, M. André Mercier. C'est un pas de plus vers l'échange de professeurs des universités étrangères, échange qui est en usage depuis longtemps à la Faculté des lettres. Il y a tout lieu d'espérer que sous l'active impulsion du doyen, M. Roger, la Faculté de médecine fera bientôt l'échange de quelques-uns de ses professeurs avec ceux des universités anglaises ou américaines.

Les étudiants pourront ainsi se perfectionner dans une langue dont ils ont appris les éléments. Il ne faut pas oublier que la connaissance des langues étrangères a été pour l'Allemagne l'un des plus puissants facteurs de propagande scientifique et « kulturale ». A ce moment même ses généraux inondent les librairies d'Angleterre et d'Amérique du récit de leurs exploits pendant la guerre mondiale ! Lisez :

My War Memories, 1914-1918, by General Ludendorff, 2 vol., Hutchinson, London. — *General Headquarters 1914-1916 and its critical decisions*, by General von Falkenhayn, Hutchinson, London. — *My Memoirs*, by Grand Admiral von Tirpitz, 2 vol., Hurst et Blackett, London. — *Germany's High Sea Fleet in the World War*, by Admiral Scheer, Cassell et Co, London, New-York. — Enfin, l'idole de l'Allemagne, Marshall von Hindenbourg fait paraître chez le même éditeur : *Out of My Life*, etc. — J. LE GOFF.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. F. Hoffmann, directeur et fondateur de la grande maison de produits pharmaceutiques Hoffmann-La Roche. Nous prions sa famille et ses associés d'agréer l'expression de nos bien sincères condoléances.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 3 AU 8 MAI 1920

THÈSES

Mercredi 5 mai. — Jury : MM. Hartmann, président; Letulle, Desgrez et Gougerot. — M. LARANGOT (Pierre). Contribution à l'étude des épreuves de résistance fonctionnelle des cardiaques-rénaux. — M. CALVEL (Elie). Contribution à l'étude du rôle de l'hérédité dans la transmission du cancer. — M. HURRIER (Paul). Contribution à l'étude clinique de l'oblitération des vaisseaux mésentériques. — M. BONTEMPS (Henri). L'adénomyome de la trompe. — M. LANNES (Etienne). Contribution à l'étude des troubles toxiques de l'allaitement artificiel.

Jeudi 6 mai. — Jury : MM. de Lapersonne, président; Achard, Faure et Rathery. — M. DUJARDIN (Lucien). Technique et résultats de la suture cornéenne dans l'opération de la cataracte. — M. LE COCQ (Eugène). Le traitement des adénites tuberculeuses. — M. LABAT (Gaston). Contribution à l'étude de l'anesthésie paravertébrale. — M. CHARLANNE (Marcel). Hystérectomie et suppurations.

Jury : MM. Marfan, président; Bezançon, Jeanselme et Gougerot. — M. ANDRÉ (Louis). La pneumonie disséquante. — M. DUPUY (Henri). Contribution à l'étude du traitement des bubons. — M. BIEULAC (Maurice). Séméiologie des convulsions infantiles.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

INFLUENCE DE LA SCOPOLAMINE-MORPHINE SUR LES PHÉNOMÈNES DOULOUREUX DU TRAVAIL (1)

Par le docteur M.-L. LEROY.

On a tenté de supprimer les douleurs de l'accouchement par divers procédés : rachi-cocaïnisation, morphine et atropomorphine, etc. Mais la méthode la plus en vogue et employée particulièrement en Angleterre, en Amérique et en Allemagne consiste dans l'emploi de l'association scopolamine-morphine. C'est à cette méthode que le docteur Leroy vient de consacrer sa récente thèse, faite dans le service et sous la direction du docteur Funck-Brentano. Comme le docteur Mougeot, fervent protagoniste de l'emploi de cette association, M. Leroy a employé le Sédol, préparation dosée à 0,0002 de scopolamine et 0,006 de morphine par centimètre cube.

De ses observations, l'auteur conclut que l'action du sédol sur les phénomènes douloureux du travail est certaine. Cette action sur la douleur se manifeste au bout de dix minutes pour durer deux à trois heures, et, parfois, la malade s'endort complètement alors que le travail continue. Il y a intérêt à employer des doses faibles, mais souvent répétées, surtout chez les primipares, sans dépasser au total 0,02 de morphine et 0,0006 de scopolamine.

La méthode doit être employée avant que la dilatation ne soit complète, donc avant la période d'expulsion. Il y a parfois un certain ralentissement du travail, dû à ce que les contractions utérines sont moins fréquentes, mais sans danger sérieux pour la mère ou l'enfant. On constate presque toujours un certain ralentissement du pouls maternel et fœtal. Mais, aux doses indiquées, l'action sur l'enfant est nulle. Il y a contre-indication quand on craint l'inertie utérine. Mais, l'auteur recommande la méthode chaque fois que les douleurs sont trop vives pour être supportées sans fatigue réelle, sans shock pour la parturiente. Il est à remarquer que les déchirures du périnée sont infiniment plus rares, d'où une indication dans le cas de périnées très résistants. En somme, l'auteur n'a relevé aucun accident sérieux, alors qu'au contraire les avantages de la méthode paraissent tout à fait objectifs.

RENSEIGNEMENTS

537. — Après décès. A vendre mobilier médical comprenant : bibliothèque, bureau ministre, table d'opérat. Dupont, fauteuil Louis XIII, belle garniture de cheminée Empire.

S'adr. à M. Lacan, 6, av. de l'Asile, St-Maurice (Seine).

557. — **DOCTEUR**, ayant cédé clientèle, libre, ferait remplacement Paris, ou aiderait confrère, prendrait suite au besoin si petite clientèle. — Répondre D..., 59, rue Ramey (XVIIIe).

(1) Thèse de Paris, 1919. — Librairie littéraire et médicale, 2, rue Casimir-Delavigne, 88 pages.

Troubles mentaux et troubles nerveux de guerre, par M. Georges DUMAS, professeur de psychologie expérimentale à la Sorbonne, médecin-major aux armées. Un vol. in-16 de la « Nouvelle collection scientifique ». — Prix : 4 fr. 50. — Paris, Félix Alcan.

REVUE GÉNÉRALE

LA BLENNORRAGIE ANO-RECTALE

Par le Dr R. BARTHÉLEMY,
Médecin de la Maison départementale de Nanterre.

La blennorragie ano-rectale est l'infection, due au gonocoque, de l'intestin terminal et de son orifice. Certains auteurs la font remonter aux temps les plus reculés (voir Rollet). Il est probable en effet qu'elle a existé à toute époque. Mais vouloir la retrouver dans les descriptions vagues des livres bibliques ou des écrivains de l'antiquité grecque ou romaine nous paraît excessif. Le premier cas cliniquement constaté est celui de Hecker (*Theor. et prakt. Abhandl. über den Tripper*, Leipzig, 1787).

A l'heure actuelle, grâce au contrôle microscopique utilisé depuis Bumm, l'existence de cette affection ne fait plus aucun doute, et sa fréquence a été reconnue, en particulier chez les femmes, par des recherches systématiques sur des sujets en apparence indemnes (27,7 p. 100 dans la statistique de Schmidt portant sur 746 femmes atteintes de blennorragie uro-génitale). Elle se rencontre aussi, mais moins souvent, chez l'homme. Elle n'est pas toujours entachée, comme nous allons le voir, d'une origine infamante.

Etiologie. — Il existe en effet trois manières de contracter une blennorragie ano-rectale. Deux sont relativement innocentes : auto-inoculation et transport indirect. La troisième seule est due à des rapports contre nature.

L'*auto-inoculation* peut être *directe*. C'est de beaucoup la plus fréquente des causes. Elle se voit chez la femme où les sécrétions urétro-génitales sont en quelque sorte canalisées vers l'orifice anal. On n'a aucun mal à vérifier ce fait en présence de pertes blanches abondantes constatables en nature ou par leurs effets corrosifs qui dessinent précisément sur l'épiderme des cuisses et du périnée un triangle à sommet dirigé vers l'anus. Il existe au contraire une simple présomption quand les pertes sont minimes, qu'il s'agit d'une cervicité chronique, ou d'une urétrite isolée. Mais la fréquence de ces cas (le gonocoque a été trouvé sur la muqueuse rectale dans 20 à 35 p. 100 des cas d'urétrite), l'absence de signes aigus ne sont pas ici en faveur de l'infection par sodomie.

L'auto-inoculation *indirecte* résulte de la rupture dans le rectum ou de l'ouverture chirurgicale d'un abcès de voisinage à gonocoques. C'est un mode de contagion exceptionnel. Il peut suivre chez l'homme un abcès prostatique ou une vésiculite gonococciques (Jadassohn, Neuberger). Chez la femme, il provient plus fréquemment d'une bartholinite (Pölchen, Nickel), tout à fait rarement d'un abcès pariéto-vaginal.

Le *transport indirect* du gonocoque a fait, en 1874, l'objet d'une expérience audacieuse de la part de Bonnière. Cet auteur, ayant récolté le pus d'une conjonctivite blennorragique, en frotta l'anus et le rectum de son sujet. Il se produisit au bout de trois jours de l'inflammation, au bout de six jours une blennorragie anale. L'expérience fut négative pour le rectum.

De façon générale, le contage peut être transporté par des objets divers, linges, éponges, thermomètres (Murray), etc.

Dans le cas célèbre rapporté par Rollet, le malade avait l'habitude, étant constipé, de s'introduire le doigt dans l'anus pour faciliter les selles. Ayant contracté une blennorragie, il y transporta le pus de son urètre.

Le *coït anal* est un des modes importants de contagion. Mais si l'on compare le nombre relativement restreint de blennorragies ano-rectales contractées suivant ce mode au nombre des autres d'une part, et d'autre part à celui des blennorragies masculines et des unions anormales, on trouve que la muqueuse rectale semble mieux se défendre contre le gonocoque que les muqueuses urétro-génitales.

Les deux sexes sont égaux devant ce processus. Mais, comme nous l'avons vu, il ne faut pas se hâter chez la femme de conclure à la sodomie, vu la fréquence des auto-inoculations par la gouttière périnéale. Toutefois Baer ne la signale que 2 fois sur 67 cas de blennorragie ano-rectale. Ce chiffre évidemment déficitaire nous paraît dû à la difficulté d'obtenir des aveux sur pareille question. Chez l'homme au contraire, sauf de rarissimes exceptions de l'ordre ci-dessus mentionné, on ne peut avoir aucun doute, qu'il y ait ou non concomitance avec les si douteux stigmates de la sodomie. Winslow a raconté, en 1886, l'histoire d'une blennorragie contractée normalement par un collégien pendant un congé, et qui fit le tour par la voie détournée d'un pensionnat de jeunes gens sévèrement tenu. Dans ces cas, les sujets actifs furent les seuls à se présenter avec leur urétrite, et les passifs, examinés en série, n'offraient que des lésions minimes. Ils n'en recélaient pas moins le gonocoque. Actuellement, la rencontre de celui-ci doit donc être considérée comme le seul critérium valable, que l'anus ait ou non une apparence « honnête », suivant l'expression d'A. Fournier.

Chez l'enfant la blennorragie ano-rectale n'est pas très fréquente. Mermet en relève 6 cas, dont 4 de Horand chez des fillettes atteintes de vulvo-vaginite. Mais la sodomie intervient aussi dans son étiologie, témoins les cas de Winslow et celui que nous avons vu dans le service de M. Hudelo d'une blennorragie urétrale contractée par un enfant de 13 ans dans un coït rectal avec un autre de 9 ans, coutumier du fait.

Anatomie pathologique. — L'étude anatomo-pathologique, due surtout à Frisch, fait constater dans la rectite une desquamation irrégulière en îlots de l'épithélium cylindrique, lequel peut disparaître en totalité, ce qui correspond aux exulcérations. Dans le derme, existe une infiltration diffuse de lymphocytes et aussi de polynucléaires, qui restent surtout cantonnés dans les couches superficielles du chorion. Plus profondément cette infiltration peut être suivie jusqu'à la musculeuse. Les lésions relativement chroniques du cas de Frisch comprenaient la

disparition par places des glandes de Lieberkühn, alors qu'au contraire en d'autres endroits, spécialement sur les bords d'une ulcération, il y avait une prolifération glandulaire abondante, avec multiplication et tassement des culs-de-sac, donnant ainsi l'aspect d'un véritable adénome.

A l'anus, l'infiltration était moins importante. Le gonocoque fut trouvé surtout juxtaépithélial. Il était soit à l'intérieur des polynucléaires plus ou moins altérés et transformés en globules de pus, soit en dehors d'eux dans l'intervalle des cellules des glandes de Liberkühn et plus profondément au sein du tissu conjonctif jusqu'à la muscularis mucosæ.

Des lésions analogues ont été vues depuis.

SYMPTÔMES. — C'est précisément cette bénignité des formes subaiguës et chroniques, les plus fréquentes de beaucoup, qui, en les faisant passer souvent inaperçues, a fait considérer la blennorragie ano-rectale comme très rare. Ce qui n'est pas fréquent, c'est la forme aiguë qui va suivre, avec son cortège de pénibles symptômes fonctionnels et son évolution parfois grave.

1° *Forme aiguë.* — Une semaine en moyenne (24 à 48 heures, Martineau, jusqu'à 10 jours, Tuttle) après un coït anal infectant — dont la réalité est difficile à établir — ou spontanément en apparence chez une femme atteinte de vulvo-vaginite, surviennent des démangeaisons, puis une cuisson croissante qui s'exaspère bientôt jusqu'à la sensation de brûlures intolérables et provoque un spasme intense. D'abord localisées, ces douleurs s'étendent à toute la région pelvienne, irradiant surtout en avant (urétro-vésicales), ou en arrière (coccygiennes). Spontanées, elles sont accrues par le moindre contact, par les mouvements, les frottements, dans la marche en particulier. Mais l'acte douloureux par excellence est la défécation. Il existe déjà du ténesme dans l'intervalle des selles véritables. L'expulsion du bol fécal devient un véritable supplice, et les malades recherchent et provoquent par tous les moyens, y compris l'*inanition*, une constipation persistante. Il peut se produire de la dysurie, de la spermatorrhée (Neumann) par irritation de voisinage du col vésical ou des vésicules séminales.

A ces signes fonctionnels se joignent de façon inconstante des *troubles généraux*. La température monte parfois, mais ne dépasse guère 38°. Il peut exister un certain degré de dépression et de pâleur avec un état saburral, une inappétence et un mauvais habitus général qu'accroît vite la stercorémie.

L'*examen local*, dans les cas nets, montre la présence de pus dans le sillon interfessier. Les téguments sont macérés, irrités et porteurs d'excoriations, plus spécialement au voisinage de l'orifice anal. Les plis radiés sont œdémateux, saillants et enflammés. A leur surface existent parfois des érosions irrégulières en « carte de géographie » (Jullien). Plus souvent les sillons approfondis recèlent des rhagades et des ulcérations allongées difficiles à mettre en évidence à cause de la tuméfaction, de la douleur et de l'écoulement purulent. Celui-ci est parfois spontané, et se produit de façon continue ou, sous l'influence du spasme, par une sorte d'éjaculation intermittente, involontaire et douloureuse. Sinon, c'est la pression périphérique, suivant une manœuvre recommandée par Verchère, qui révèle la blennorrhée, ou encore chez la femme un doigt introduit dans le vagin et qui déprime d'arrière en avant la cloison recto-vaginale.

Quant au toucher rectal, la douleur qu'il provoque est telle qu'on fera mieux de l'éviter. Si l'on arrive à le pratiquer, il révèle la contracture du sphincter, la chaleur inflammatoire et la tuméfaction de la muqueuse rectale. Le doigt explorateur ramène du pus sanguinolent qui souvent s'écoule alentour pendant l'examen.

La rectoscopie n'est pas plus indiquée ni plus praticable dans ces formes aiguës. Elle montrerait, ce que nous verrons même dans les formes plus bénignes, la fréquence des érosions et exulcérations, dont témoigne d'ailleurs le sang mélangé au pus.

Évolution. — Bien et précocement soignée, la blennorragie ano-rectale aiguë guérit sans difficulté et sans conséquences graves en 2 à 6 semaines. Dans le cas contraire, elle devient chronique et l'avenir change, surtout chez les sujets pusillanimes ou peu soigneux. L'affection est alors remarquablement tenace. On a à craindre, non la persistance de l'écoulement blennorragique qui n'est pas grave en soi, et d'ailleurs peut se réduire à rien en apparence, mais l'infection de voisinage (abcès et phlegmons), les modifications chroniques des parois rectales (rectites proliférante et sténosante), et enfin, du fait de l'intoxication, de la suppuration et de la constipation chroniques, l'altération de l'état général qui peut atteindre à une cachexie véritable.

2° *Forme chronique.* — Les formes subaiguës et chroniques, ou bien succèdent à une blennorragie aiguë, ou bien sont primitives et de ce fait assez fréquemment méconnues (Jullien). Il n'y a ni symptômes généraux ni symptômes subjectifs, tout au plus et très inconstamment de légères douleurs pendant la défécation, un peu de ténesme, du prurit anal.

L'écoulement est inexistant ou presque nul, muqueux, blanchâtre, et ne se révèle parfois que sous la forme d'une goutte comparable à celle de l'urètre. Il n'existe souvent qu'une simple humidité de la région, facilitant les rougeurs, la macération, les éraillures légères du tégument qui s'irrite, s'eczématise et se fissure. Cet état qui n'a rien de pathognomonique doit néanmoins attirer l'attention, de même que les *végétations*, sessiles ou pédiculées, qui peuvent fleurir avec abondance dans la région anale et constituent un signe en faveur de la blennorragie. Jullien a insisté également sur la valeur séméiologique de *condylomes* rosés, flasques et sans consistance.

Parfois on ne trouve absolument aucun signe extérieur et il n'y a pas trace du plus petit suintement. C'est que le canal anal est indemne, ce qui n'empêche pas le gonocoque de vivre plus profondément sur la muqueuse rectale, ainsi que l'ont montré les examens en série pratiqués surtout par les auteurs allemands, qui se sont spécialement attachés à cette question.

Le toucher est d'habitude facilement accepté. D'ailleurs il ne renseigne guère et doit céder le pas

à la rectoscopie qui met sous les yeux des lésions plus visibles que tangibles. Celles-ci s'aperçoivent dès que le sphincter est franchi, car elles ont leur maximum à son voisinage.

La muqueuse de l'ampoule rectale est enflammée, plus rouge que normalement, avec une surface granitée ou tomenteuse, des dilatations capillaires et des points ecchymotiques comparables parfois à des piqûres de puce (Thiry) et qui peuvent laisser sourdre un peu de sang. Il existe souvent des érosions très superficielles, peu étendues, et dont la surface peut être masquée par quelques légères traînées purulentes. Elles ne remontent guère à plus de 5 à 8 cm. de l'anus, et la réaction de la muqueuse s'efface complètement à 15 cm. au plus (Schmidt).

Microscopiquement, les frottis recueillis ne contiennent pas toujours le gonocoque au premier examen. Il faut souvent plusieurs épreuves pour le révéler (1/3 des cas), et il est constamment assez rare. L'exsudat renferme au contraire des quantités de microorganismes banaux au milieu de très nombreuses cellules de pus.

Nous avons déjà signalé que cette rectite chronique blennorragique est spécialement l'apanage de la femme, non seulement à cause de la fréquence plus grande de la sodomie, mais à cause de l'ensemencement quasi automatique par l'écoulement vulvo-vaginal, cervical, ou même urétral pur. Il faut signaler en outre des cas isolés de rectite en nombre non négligeable (6,8 p. 100, Schmidt; 10,4, Baer; 19,9 Huber), où l'étiologie des rapports anormaux est la plus vraisemblable.

La *durée* constatée microscopiquement de la rectite à gonocoques peut atteindre plusieurs mois (10 mois 16 jours dans un cas de Schmidt). Il n'est pas douteux qu'elle puisse dépasser de beaucoup ce terme, le gonocoque devenant alors de plus en plus profond et difficile à mettre en évidence. C'est ainsi, par une inflammation des plus insidieuses que se trouvent à la longue constituées ces rectites végétantes et même certains rétrécissements fibreux dont l'origine, si longtemps discutée, semble bien être vénérienne, mais plus blennorragique que syphilitique.

(*A suivre.*)

LETTRE D'AMÉRIQUE

Depuis 2 ans, peu de questions ont présenté un intérêt médico-chirurgical aussi considérable que celui de l'*empyème postpneumonique*. Les épidémies de pneumonie à l'armée en 1917-1918, la pandémie d'influenza de 1918-1919, ont fait accumuler des publications en quantité suffisante pour remplir à elles seules une bibliothèque de dimensions respectables. La plupart de ces travaux se rapportent aux suppurations pleurales telles qu'elles ont été observées dans les camps, ce qui s'explique facilement par 2 raisons : c'est dans les hôpitaux militaires que les observations « en masse » étaient le plus facile à rassembler, et ce sont surtout les adultes jeunes qui ont été frappés par l'épidémie.

Parmi les articles d'origine militaire, le plus important est celui de Moschcowitz (1), sur la *Pathogénie et le Traitement de l'empyème*, présenté à la dernière réunion du Collège des chirurgiens d'Amérique. Jusqu'ici l'on a admis que, dans la pneumonie, la plèvre s'infectait par contiguïté avec le poumon; vue qui ne s'accorde guère avec ce que l'on sait se produire dans les autres cavités séreuses. Par de nombreux examens anatomiques, l'auteur a pu s'assurer que l'infection se produit par rupture d'un petit abcès sous-pleural, tout comme le péritoine s'infecte par rupture d'un abcès appendiculaire. Les stades successifs sont : épanchement séreux, puis séro-purulent, puis purulent : cette dernière transformation s'accompagne toujours d'encapsulation. L'empyème franchement purulent, complètement libre dans la cavité pleurale, n'existe pas.

L'intervention précoce est absolument à rejeter (sauf dans les cas rares de pyopneumothorax aigu), car si l'on ouvre la plèvre hâtivement, pendant la période de formation et avant l'encapsulation, l'air se précipite à haute pression dans la cavité pleurale, aplatit le poumon, fait « osciller » le médiastin et gêne au plus haut point le fonctionnement du cœur. En 1917-1918, la mode était encore à la thoracotomie précoce dans les empyèmes à streptocoque; les résultats étaient désastreux et la mortalité très élevée. La seule chose à faire pendant la période de formation est l'aspiration, répétée au besoin. Il faut aussi soutenir la résistance organique du malade par un régime riche en calories.

Quand le temps d'opérer est arrivé, il faut faire une incision intercostale, sans résection de côte et commencer immédiatement les lavages pleuraux à la solution de Carrel-Dakin. Les résultats de ces lavages sont excellents : avec leur emploi, les cas chroniques devraient être rares.

Une pleurésie purulente guérit quelquefois par le processus anatomique considéré comme classique : expansion progressive du poumon. Mais beaucoup plus souvent la guérison se produit à la suite de la formation et résorption soit d'un exsudat stérile, soit d'un pneumothorax. La connaissance de ces faits explique pourquoi, quand la cavité de l'abcès a été désinfectée par les lavages, il est parfaitement justifié d'exciser les bords de l'orifice de drainage et de fermer simplement la cavité pleurale. La guérison survient sans encombre dans la majorité des cas. Il est à souhaiter et il est permis d'espérer que les grosses interventions jadis pratiquées dans les cas chroniques, mobilisation du thorax, résections étendues de côtes, décortication du poumon, deviennent de moins en moins fréquentes.

Dans la discussion qui suivit, Mitchell souligna de nouveau 4 des points mis en avant : 1° pas d'opération précoce; 2° application intensive de la méthode de Carrel-Dakin; 3° attention au régime alimentaire et aux exercices respiratoires aussi précoces que possible; 4° possibilité de fermer, par une opération simple, un thorax contenant une cavité, pourvu que celle-ci ait été rendue stérile. Il y a peu de cas qui ne donnent pas de résultats satisfaisants avec cette méthode. Tous les cas de Mitchell ont recouvré leur vigueur physique, sans déformation thoracique.

Parmi les articles exprimant le point de vue

« civil », ceux de LILIENTHAL (2), ASCHNER (3), RANSOHOFF (4) et HARLOE (5) méritent d'arrêter l'attention. Les deux premiers sont en accord complet avec les conclusions de Moschcowitz; ils appartiennent d'ailleurs à la même école. Le point sur lequel Aschner insiste plus particulièrement, c'est l'emploi de l'incision intercostale simple, sans résection de côtes pratiquée dans le 8e ou 9e espace, sur la ligne axillaire postérieure : pour le malade, plus de bien-être et de propreté et, par suite, moins de dépression morale; pour le chirurgien, moins de travail pour les pansements, économie de temps et de matériaux, tels sont les avantages de cette manière de procéder, qui, en outre, met certainement à l'abri de l'infection de la côte sectionnée, complication qui est loin d'être rare. Enfin, suivant l'auteur, la substitution de la thoracotomie simple à la résection costale abaisse la mortalité de 5 p. 100 et la fréquence des opérations secondaires de 10 p. 100. Cependant il est permis de douter qu'un abaissement de 5 p. 100 de mortalité constitue une preuve valable de supériorité dans une statistique d'empyème qui englobe nécessairement des cas de gravité très différente.

RANSOHOFF condamne aussi sans réserve l'intervention précoce. Il préfère l'incision simple et n'a recours à la résection costale que si le jour manque. L'anesthésie générale n'est pas nécessaire, mais — et c'est là une opinion qui semble singulière aujourd'hui — elle n'augmente pas, suivant l'auteur, la mortalité opératoire qui, dans sa série de 46 cas dont 3 bilatéraux, n'est que de 9 p. 100, tandis que la mortalité moyenne des autres statistiques fluctue autour de 17 p. 100. Les anciennes méthodes de drainage large doivent être abandonnées en faveur des méthodes avec occlusion de la paroi qui empêchent l'entrée de l'air dans la plèvre. Ransohoff suture immédiatement et hermétiquement les incisions pleurale et cutanée autour du drain. Il ne considère pas l'aspiration continue comme nécessaire, non plus que les lavages à la solution de Dakin qu'il n'emploie que lorsque la défervescence ne se produit pas spontanément. Le principal reproche qu'il adresse à l'irrigation immédiate est celui que BOLAND avait déjà fait devant la Southern medical Association; la cavité de l'empyème communique souvent avec un abcès sous-pleural, et par celui-ci avec l'arbre bronchique. Dans ce cas les malades toussent et crachent le liquide du lavage. Ransohoff fait commencer très rapidement les exercices respiratoires.

Le travail de HARLOE nous ramène au drainage continu de la plèvre avec aspiration, méthode que l'on pourrait appeler semi-opératoire, et déjà prônée en Allemagne il y a une trentaine d'années. Après avoir employé, d'octobre 1917 à janvier 1919, la résection costale, Harloe en est venu à employer un tube de caoutchouc à parois fermes (sonde n° 18) introduit dans la cavité de l'abcès à travers un trocart et ajusté hermétiquement à travers la paroi thoracique à l'aide d'un pansement occlusif. Une pression négative continue est maintenue par une pompe électrique (ou plus simplement au moyen du courant d'eau d'un robinet). Une série de tubes permettent le lavage fréquent à la solution de Dakin. Il y a d'autres modèles d'appareils, tels ceux de Phillips et de Mazingo, pour l'application de cette méthode qui jouit ici d'une assez grande vogue dans certains milieux. Les avantages que ses partisans y voient sont : pas de rétraction du poumon, pas de déformation thoracique, pas de pansements à changer, apposition des feuillets pleuraux maintenue au maximum possible (condition que Yates, devant le Congrès des chirurgiens d'Amérique, déclarait le facteur le plus puissant pour limiter l'inflammation pleurale), enfin, stérilisation de la cavité pleurale sous pression négative constante.

Sous les divergences personnelles inévitables, il est facile de voir que l'accord s'est fait sur les points essentiels. Tous condamnent sans réserve l'intervention hâtive; tous montrent une tendance très marquée à réduire les actes opératoires à un strict minimum, tant pour la période aiguë que pour les cas chroniques, et à remplacer les thoracotomies larges par les étroites. Sur la question lavage, il y a unanimité au moins presque absolue, puisque ceux qui n'acceptent pas l'irrigation comme méthode régulière y ont recours quand la désinfection ne se produit pas par les seules forces de la nature. L'accord aussi est établi au sujet des exercices respiratoires et sur la diminution des cas fistuleux chroniques nécessitant des opérations formidables à gros délabrements.

Il est curieux de comparer ces tendances avec l'enseignement donné il y a une vingtaine d'années, à savoir que la seule conduite à tenir digne d'un chirurgien était d'intervenir vite et largement; que les méthodes plus douces, désignées dédaigneusement sous le nom de demi-pleurotomies, n'avaient leurs raisons d'être que dans les craintes de gens timorés; que, enfin, il ne fallait point laver, sauf en cas d'épanchement putride et gangréneux. L'Amérique, après les leçons d'une épidémie qui a permis l'observation en masse d'un nombre de cas beaucoup plus considérable qu'on n'en avait jamais vu auparavant, revient franchement aux méthodes de la période préradicale.

La *suppuration et la gangrène du poumon* ont fait l'objet d'une étude intéressante de WESSLER (6) basée sur 100 cas. Dans les livres on parle généralement des abcès, de la gangrène et de la bronchiectasie comme de trois entités distinctes. En réalité, les trois coexistent généralement, et il n'est pas facile de dissocier la part de chacun d'eux.

Les 100 cas se divisent en 2 groupes : 1° ceux dus à l'aspiration de produits septiques dans les bronches pendant un sommeil profond, soit naturel, soit provoqué par des médicaments, soit anesthésique au cours d'opérations, particulièrement sur la cavité buccale (32 cas); 2° ceux survenant à la suite de pneumonies, soit franches, soit insidieuses (grippales); ce groupe compte 61 cas; 2 des cas de la statistique sont dus à l'inhalation de corps étrangers chez des enfants.

Ces deux groupes diffèrent dans leur anatomie pathologique et leurs symptômes. La fréquence des suppurations pulmonaires après ablation des amygdales (21 cas) est en contraste remarquable avec

leur rareté après d'autres opérations (5 cas seulement). Les bouchons septiques exprimés des cryptes amygdaliennes au cours de l'énucléation sont aspirés dans les bronches en même temps qu'un peu de sang qui se coagule et réalise dans un segment de bronche un vase clos favorable aux anaérobies. Il se produit une bronchite localisée, destructive et gangréneuse, qui bientôt affaiblit et laisse se dilater la paroi bronchique; puis le poumon est envahi sur une plus ou moins grande étendue; parfois un lobe entier est pris. L'affection s'accompagne d'induration qui produit des dilatations bronchiques secondaires et constitue un des principaux obstacles à la rétrogression du processus inflammatoire. Cliniquement, ce type d'abcès par aspiration est toujours aigu, avec expectoration fétide débutant invariablement le 13e ou 14e jour après l'opération, et signes de gangrène prédominants.

L'anatomie pathologique de l'abcès dit postpneumonique n'est pas si facile à saisir sur le vif, à cause du début insidieux de cette classe de suppurations et de la diversité des lésions englobées sous ce terme. Parmi les 58 cas de Wessler, il en est 16 qui ne diffèrent en rien au point de vue clinique des abcès par aspiration que nous venons de décrire. De façon plus particulière, le début invariable au 13e jour par les mêmes symptômes conduit à se demander s'il ne s'agit pas ici de véritables abcès par aspiration, dus à l'inhalation pendant le sommeil profond naturel de produits septiques d'origine buccale. Les cas réellement postpneumoniques ont une allure lente et subaiguë et l'élément gangrène y est très variable. L'abcès par aspiration siège 2 fois sur 3 dans les lobes supérieurs; la proportion est exactement renversée pour les abcès postpneumoniques.

Le diagnostic d'abcès du poumon se fait plus par les symptômes fonctionnels que par les signes physiques qui sont remarquablement atténués. Il est heureux que le diagnostic formel de cavité ne soit pas essentiel, car il est loin d'être toujours possible. Sur 45 cas de cavités vérifiées à l'opération ou l'autopsie, le diagnostic n'avait été fait que 12 fois. Les rayons X sont le moyen le plus utile de déceler l'existence et l'étendue des cavités. Même alors on ne découvre que les grandes, qui sont beaucoup plus fréquentes dans les cas postopératoires que dans les cas postpneumoniques, à cause de la prédominance, déjà citée, dans ces cas, de l'élément gangrène.

Chose au premier abord paradoxale, le pronostic est meilleur dans ces cas postopératoires, gangréneux, que dans les cas postpneumoniques à petits abcès. Il y a dans la statistique de Wessler 9 cas postopératoires (dont 8 après ablation des amygdales) qui guérirent spontanément en moins de 2 mois. Il est frappant de voir comment les malades éliminent leur tissu gangréneux et comment une cavité, même de grandes dimensions, se comble par affaissement du poumon avoisinant. Toutefois, il convient de ne pas oublier que cessation des symptômes ne signifie pas toujours guérison. Il peut s'agir d'une simple rémission suivie de rechutes. Les séquelles des cas chroniques sont l'hémoptysie, plus fréquente et plus abondante que dans la tuberculose pulmonaire, la formation d'un abcès souspleural qui se rompt, avec développement d'un empyème ou d'un pyopneumothorax, éventualité qui n'est pas sans son bon côté puisqu'elle mène quelquefois à une guérison spontanée par drainage de l'abcès. Le pronostic des abcès postpneumoniques est franchement mauvais; l'évolution se prolonge pendant des années avec rémissions et rechutes successives et mauvais état général.

Il ne faut pas se presser d'opérer dans les abcès aigus : on peut attendre plusieurs mois, tout en vérifiant à la bronchoscopie qu'il ne s'agit pas d'un corps étranger. Le pneumothorax artificiel ne sert à rien ici : la thoracotomie n'est que palliative en cas d'abcès ouvert dans la plèvre. Seule la lobectomie est curative. Elle est difficile, il faut que le sujet soit jeune (la mortalité après 40 ans est prohibitive), qu'il n'y ait pas d'adhérences pleurales épaisses. Mais quand elle réussit, les résultats sont très brillants. Dans la statistique de Wessler, il y a 5 cas guéris par Lilienthal de cette façon. L'un de ces cas, publié à part (7), se rapporte à un directeur d'hôpital qui, après ablation des amygdales, eut un abcès pulmonaire pour lequel Lilienthal enleva les lobes inférieur et moyen du poumon droit et partie du lobe supérieur. Guérison sans fistule en un an.

Ces données sur les suppurations intrapulmonaires vont peut-être devenir plus d'actualité que jamais si les prévisions anatomo-pathologiques de Symmers (8) se réalisent. Etudiant comparativement la pandémie de 1918 et l'épidémie de retour de 1919, qui vient juste de finir, Symmers constate que la virulence de la première était telle qu'elle tuait par empoisonnement massif, sans détermination pleurale, tandis que la seconde, plus atténuée, a laissé le temps aux suppurations pleurales et pulmonaires de se développer. Il nous en promet des séries pour quelques années.

FAXTON E. GARDNER
(de New-York.)

(1) Moschcowitz. *Surg. gyn. obst.*, janv. 1920, p. 35.
(2) Lilienthal. *New-York State Journ. of med.*, oct. 1919, p. 359.
(3) Aschner. *Surg. gyn. obst.*, fév. 1920, p. 154.
(4) Ransohoff. *Journ. amer. med. Assoc.*, 24 janv. 1920, p. 238.
(5) Harloe. *Journ. amer. med. Assoc.*, 20 déc. 1919, p. 1874.
(6) Wessler. *Journ. amer. med. Assoc.*, 27 déc. 1918, p. 1918.
(7) Lilienthal. *Surg. gyn. obst.*, nov. 1919, p. 443.
(8) Symmers. *Journ. amer. med. Assoc.*, 6 mars 1920, p. 646.

Les Glandes à sécrétion interne. Physiologie et physiopathologie des glandes endocrines, par sir Edward A. Schafer, LL. D.-D. Sc.-M. D.-F. R. S., professeur de physiologie à l'Université d'Edimbourg. Ouvrage traduit de l'anglais et annoté par les Drs Guy Laroche, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, et G. Richard, médecin consultant à Royat. Préface de M. Pierre Marie, professeur de clinique des maladies du système nerveux à la Faculté de médecine de Paris. In-18 raisin, de 216 p. avec 104 fig. dans le texte. — Prix : 10 fr. — Paris, G. Doin.

VARIÉTÉS

UNE ÉDITION "AMÉRICAINE" DU "TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DE CHIMIE DE LAVOISIER" PUBLIÉE A PHILADELPHIE EN 1799,

Par MM. Graham LUSK (de New York) et Jean LE GOFF (de Paris).

Dans le discours préliminaire de son Dictionnaire de Chimie, A. Wurtz disait : « La Chimie est une science française. Elle fut constituée par Lavoisier, d'immortelle mémoire. Pendant des siècles, elle n'avait été qu'un recueil de recettes obscures souvent mensongères, à l'usage des alchimistes. Lavoisier fut en même temps l'auteur d'une nouvelle théorie et le créateur de la vraie méthode en chimie. Le premier il établit la nature élémentaire des métaux et fixa la notion des corps simples. »

Beaucoup de personnes ignorent que Lavoisier publia en 1789 un *Traité Elémentaire de Chimie* qui résumait les connaissances chimiques de cette époque et qui a servi de modèle aux nombreux ouvrages publiés depuis, sur ce sujet.

Ce traité parut au début de 1789, chez Cuchet, libraire, en 1 vol. in-8 dont voici le titre :

Traité élémentaire de Chimie, présenté dans un ordre nouveau et d'après les découvertes modernes, avec figures, par M. Lavoisier, de l'Académie des Sciences, de la Société Royale de Médecine, des Sociétés d'Agriculture de Paris et d'Orléans, de la Société Royale de Londres, de l'Institut de Bologne, de la Société Helvétique de Basle, de celles de Philadelphie, Harlem, Manchester, Padoue, etc... (Ici une vignette.) — A Paris, chez Cuchet, libraire, rue et Hôtel Serpente. — M. DCC. LXXXIX. — Sous le privilège de l'Académie des Sciences et de la Société Royale de Médecine.

Cet ouvrage comprend une préface ou discours préliminaire, une table des chapitres, qui précèdent le traité proprement dit qui a 558 pages et qui se divise en trois parties : la première étudie la formation des fluides aériformes et leur décomposition, la combustion des corps simples et la formation des acides. La seconde renferme les tableaux des corps simples, de leurs diverses combinaisons et des différents sels. Dans la troisième, Lavoisier décrit tous les appareils et toutes les opérations manuelles qui ont rapport à la chimie.

Les descriptions sont facilitées par 13 planches gravées avec beaucoup de soin par Mme Lavoisier.

Un second tirage eut lieu plus tard, *cette même année*, mais cette fois en 2 volumes avec pagination continue.

Le premier comprend le discours préliminaire, la table des chapitres et les 322 premières pages du traité.

Le second renferme la table des chapitres et les 235 pages restantes.

A la suite viennent des tables à l'usage des chimistes, 30 pages; une table des matières, 27 pages; 3 extraits des registres de l'Académie Royale des Sciences, de la Société Royale de Médecine et de la Société d'Agriculture, 33 pages; puis 2 pages pour les fautes d'impression et additions, enfin 13 planches, en tout 695 pages de texte.

La deuxième édition, semblable à la première, et comme elle imprimée chez Chardon, rue de la Harpe, parut chez le même libraire en MDCCXCIII en 2 volumes in-8° avec pagination distincte. On a toutefois supprimé les 2 dernières lignes du titre : Sous le privilège de l'Académie des Sciences et de la Société Royale de Médecine.

Le second volume de la troisième édition qui parut l'an IX, 1801, chez Déterville, rue du Battoir, n° 16, comprend en outre les mémoires sur la respiration et la transpiration publiés avec Séguin dans les *Mémoires de l'Académie* pour 1789 et 1790, le mémoire sur la respiration de Lavoisier de 1777 et un second mémoire sur la transpiration des animaux par Lavoisier et Séguin.

D'après Grimaux, le biographe de Lavoisier, le *Traité de Chimie* fut traduit en anglais, en italien et en hollandais.

La traduction anglaise est de Robert Kerr, membre du Collège Royal des chirurgiens et de la Société Royale de Médecine d'Edimbourg.

Dans cette même ville, Black enseignait la chimie et il devait bientôt se rallier à la doctrine de Lavoisier auquel il écrivait :

« Je cherche à faire comprendre à mes élèves les principes et les explications du nouveau système que vous avez si heureusement inventé, et je commence à le leur recommander comme plus simple, plus aisé, mieux soutenu par les faits que l'ancien système. »

La première édition anglaise parut en 1790 chez William Creech à Edimbourg et l'ouvrage était aussi en vente à Londres chez G. G. and J. J. Robinson and T. Kay.

Il y eut bientôt deux nouvelles éditions et, d'après des recherches faites au British Museum, une quatrième en 1799.

Le traducteur fait suivre l'avertissement de la troisième édition du post-scriptum suivant :

« Le monde scientifique déplore profondément la mort tragique et prématurée du grand Lavoisier qui laisse un rare exemple de l'association du génie et de la richesse. En même temps qu'il remplissait avec distinction de nombreuses charges publiques, il consacrait sa fortune princière et son grand talent à la culture assidue et au plus heureux développement des sciences. »

Carrington Bolton, dans la bibliographie du mot Chemistry de la *Smithsonian Institution*, indique une cinquième édition qui parut à Edimbourg en 1802 et aussi à New-York en 1806.

D'après des renseignements fournis par le professeur Enrique Hauser (de Madrid) auquel nous adressons nos remerciements, le *Traité de Chimie* fut traduit en espagnol par Juan Manuel Munarrix, capitaine d'artillerie, et publié en 2 volumes à Madrid, en 1798, à l'Imprimerie Royale.

La traduction italienne, due à Vincent Dandolo, parut à Venise en 1791.

La traduction hollandaise qui parut à Utrecht eut 4 éditions (1789-1792-1795 et 1801), elle est de Hemery et van Werkhoven.

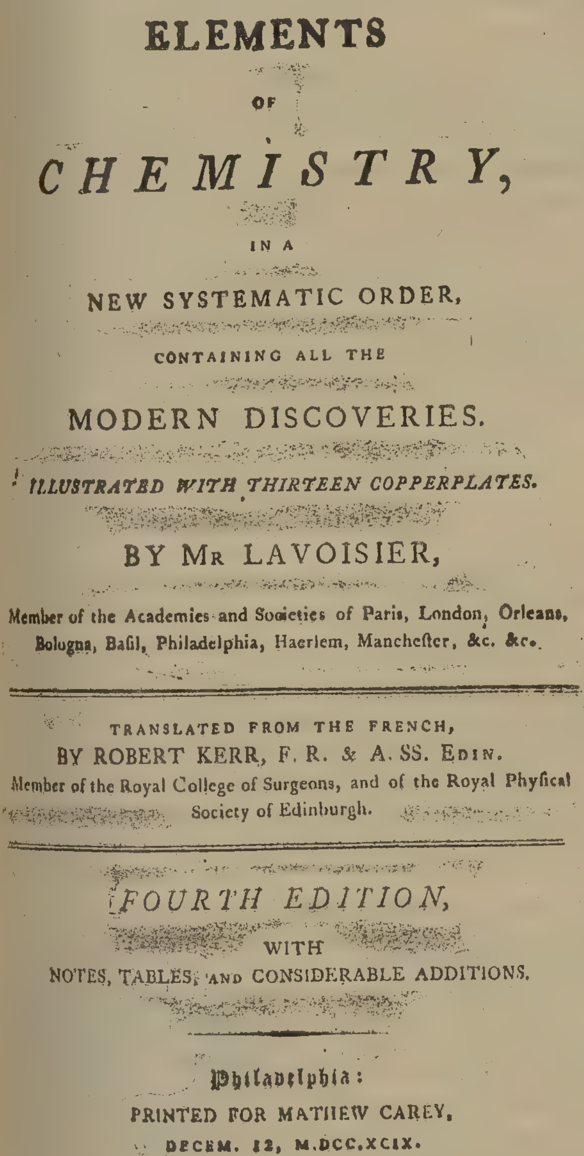
Il n'est pas fait mention d'une traduction allemande qui parut cependant à Berlin, chez F. Nicolai en 1792, sous le titre dénaturé mais bien caractéris-

tique : *System der antiphlogistichen Chimie*, par F. Hermbstädt, avec figures *imitées* de l'ouvrage de Lavoisier. Elle eut une seconde édition en 1803.

Beaucoup de savants de la rive droite du Rhin restaient encore fidèles à la théorie du phlogistique émise par le chimiste allemand Stahl, ce qui ne peut excuser le manque d'équité de Liebig (1) qui cite Black, Cavendish et Priestley comme les créateurs de la chimie à l'exception de Lavoisier.

Dans son ouvrage si documenté, Grimaux ne signale pas non plus une édition américaine publiée en 1799, dont M. Graham Lusk, professeur de physiologie à la Faculté de Médecine de l'Université Cornell, New-York, possède un exemplaire. Comme la quatrième édition anglaise, c'est 1 volume in-8° de 592 pages.

Voici la photographie de la première page :



ELEMENTS
OF
CHEMISTRY,
IN A
NEW SYSTEMATIC ORDER,
CONTAINING ALL THE
MODERN DISCOVERIES.
ILLUSTRATED WITH THIRTEEN COPPERPLATES.
BY Mr LAVOISIER,
Member of the Academies and Societies of Paris, London, Orleans, Bologna, Basil, Philadelphia, Haerlem, Manchester, &c. &c.

TRANSLATED FROM THE FRENCH,
BY ROBERT KERR, F. R. & A. SS. EDIN.
Member of the Royal College of Surgeons, and of the Royal Physical Society of Edinburgh.

FOURTH EDITION,
WITH
NOTES, TABLES, AND CONSIDERABLE ADDITIONS.

Philadelphia:
PRINTED FOR MATHEW CAREY,
DECEM. 12, M.DCC.XCIX.

L'influence de ce *Traité de Chimie* sur la marche de la science a été considérable.

Ce qui caractérise cet ouvrage c'est la clarté d'exposition, l'enchaînement des faits expérimentaux qui permettent de passer du connu à l'inconnu. Les caractères et les propriétés des corps sont établis au moyen d'*expériences* décrites avec soin et qu'il est facile de reproduire : c'est d'abord la *préparation* de l'expérience, puis l'*effet* : la marche, enfin la *réflexion*, c'est-à-dire la conclusion.

Ce mode d'exposition se retrouve encore dans certains manuels américains de chimie, par exemple dans la *Complete Chemistry* pour Ecoles supérieures et Académies de Elroy M. Avery éditée en 1880 (Sheldon et C°, New-York) : les propriétés des corps sont établies au moyen de 316 « Experiments » décrites minutieusement.

On peut dire qu'à l'aube de ce XIXe siècle qui fut si fécond en découvertes scientifiques, tous les savants de la vieille Europe et du Nouveau Monde connaissaient l'œuvre de Lavoisier et avaient adopté sa doctrine. Seuls, les Allemands luttaient encore pour maintenir le Stahlianisme.

Enfin l'illustre Joseph Priestley, se souvenant qu'il était citoyen français, exprimait de nobles sentiments envers sa patrie d'adoption, mais demeurait l'inébranlable défenseur du « phlogiston » dans son exil sur les bords du Susquehanna!

(1) J. LIEBIG, *Chemische Briefe*, Heidelberg, 1845.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 19 AVRIL 1920)

D'une mesure anatomique qui permet le diagnostic du sexe d'un crâne humain : l'indice condylien. — M. Marcel BAUDOUIN. L'auteur appelle indice condylien le chiffre fourni par les diamètres antéro-postérieur et transverse maximum de la surface articulaire du condyle.

On le calcule comme d'ordinaire, en divisant par la longueur, dimension maximum, la largeur, dimension minimum, multipliée par 100.

Pour l'homme adulte, les chiffres varient de 40 à 50, pour la femme de 50 à 70. Tout indice supérieur à 51 et surtout à 55 montre qu'on a affaire à un crâne féminin.

Cet indice, précieux en préhistoire, rendra de grands services en médecine légale.

Le lapin privé de son appendice cæcal régénère cet organe par différenciation de l'extrémité du cæcum. — M. Paul PORTIER.

La rétention lactée. — M. Ch. PORCHER.

Action anticoagulante et hémolysante du nucléinate de soude. Action sur la levure de bière. — M. DOYON.

Action des microbes des eaux d'égouts épurées par le procédé des boues activées sur les matières albuminoïdes, l'urée et les nitrates. — MM. Paul COURMONT et A. ROCHAIX.

Le pouvoir stérilisant des acides. — M. E. AUBEL.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 27 AVRIL 1920)

L'encéphalite léthargique. — M. NETTER, dans cette nouvelle communication, s'applique à démontrer la contagiosité de cette affection. Il rapporte l'histoire d'une famille dans laquelle plusieurs enfants furent successivement atteints et dans de telles conditions qu'il semble bien qu'il n'y ait pas à douter de la contamination.

Cette famille qui habitait à Paris, dans le 15e arrondissement, se trouvait, en octobre, dans un village perdu, à 400 kilomètres de Paris. La mère allaitait un nouveau-né, un

autre enfant tombe malade, présente des symptômes de broncho-pneumonie, de la torpeur, des mouvements choréiques, des troubles intestinaux; le diagnostic d'encéphalite léthargique se confirme. Le père ramène à Paris cet enfant mourant. Environ deux mois après, un autre enfant est pris à son tour d'encéphalite léthargique. Puis ce fut la mère qui fut atteinte et succomba. Chez ces trois malades la maladie a revêtu le même type. La période d'incubation fut longue, comme pour la rage avec laquelle l'encéphalite léthargique présente tant de points de ressemblance. Ces faits démontrent d'une façon évidente la contagiosité. M. Netter cite d'autres exemples qui viennent à l'appui de cette notion de la contagiosité. Pourquoi celle-ci est-elle relativement rare? Parce que le virus reste longtemps enfermé, protégé par la dure-mère et la boîte cranienne. Il n'arrive que tardivement dans les glandes salivaires.

M. Netter conclut donc à la contagiosité de l'encéphalite léthargique et, sans aller jusqu'à l'isolement ni à la déclaration obligatoire proposés par M. Jeanselme, il estime qu'il y a des précautions à recommander à l'entourage du malade.

M. DE LAPERSONNE insiste sur les manifestations oculaires de l'encéphalite léthargique. Contrairement à MM. Netter et Achard, il pense que la fréquence des paralysies oculaires est considérable, et qu'elles peuvent être méconnues parce qu'elles sont souvent fugaces, dissociées et récidivantes. Il est d'ailleurs nécessaire de faire une distinction entre les malades alités et les cas ambulatoires; chez les premiers, la gravité de l'état général ne permet pas toujours les examens fonctionnels indispensables pour déceler ces paralysies (diplopie, paralysie de l'accommodation).

Les seconds, au contraire, viennent consulter les oculistes pour les troubles oculaires simplement, et c'est ainsi que le nombre devient de plus en plus considérable dans les consultations ophtalmologiques. Pour les uns, l'infection a été reconnue et traitée, ils viennent consulter en raison de séquelles paralytiques; pour beaucoup d'entre eux, le diagnostic n'a pas été fait et on a attribué ces troubles à la grippe ou au botulisme.

Le nerf moteur oculaire commun est pris le plus fréquemment, un seul muscle pouvant être atteint, ptosis, paralysie droite interne, ou bien, un groupe de muscles, ophtalmoplégie interne, enfin on observe des paralysies isolées de l'accommodation.

Le moteur externe est rarement pris; on doit également signaler les paralysies associées des mouvements des yeux; paralysies de la convergence ou déviation conjuguée des yeux.

La fréquence de ces cas ambulatoires rend difficile l'établissement de statistiques exactes; de plus la présence probable de lésions de l'encéphalite léthargique dans le rhinopharynx permettrait la contagion plus facile dans les familles, les écoles, les consultations des hôpitaux.

M. de Lapersonne propose que l'Académie nomme une commission chargée d'étudier tous les faits relatifs à l'encéphalite léthargique.

M. ACHARD rappelle que sur 17 malades observés par lui, 4 n'ont rien présenté au point de vue ophtalmologique.

M. NETTER reconnaît que les troubles oculaires ont une très grande valeur pour le diagnostic; mais ils ne suffisent pas et souvent passent inaperçus. Sur 107 cas, M. Netter a constaté 72 fois des troubles oculaires, mais très souvent ces troubles ne font qu'apparaître et disparaître. Mais il faut y penser. A ce point de vue, M. Netter partage complètement l'opinion de M. de Lapersonne, mais il se sépare de lui sur la nécessité de nommer une commission.

M. WIDAL partage l'opinion de M. Netter. Il reconnaît aussi l'importance de l'examen ophtalmoscopique, mais les troubles oculaires, comme les autres troubles d'ailleurs, sont souvent fugaces, passagers, intermittents. L'encéphalite léthargique est une maladie à évolution fruste, parcellaire, dissociée. Les troubles oculaires appartiennent précisément à cette phase éphémère du début et c'est pourquoi ils peuvent passer inaperçus. Il est bon d'appeler sur eux l'attention, surtout dans les cas légers, ambulatoires, où ils peuvent aider à préciser le diagnostic.

Immunité acquise au cours de l'épidémie récente de grippe. — M. CHAUFFARD, sur ce sujet, fait une intéressante communication. La grippe épidémique est-elle immunisante? Sur 40 grippés soignés à Saint-Antoine, d'octobre 1919 à mars 1920, 11 avaient déjà été atteints en 1918, soit 27 p. 100. Les trois quarts des malades s'étaient donc recrutés par des sujets indemnes de la maladie. Une telle proportion est une preuve évidente de l'action immunisante de la grippe épidémique. C'est la forme pulmonaire qui semble la plus immunisante. La durée de cette immunisation est inconnue.

La notion de l'immunisation grippale est d'autant plus importante qu'elle a pour corollaire prophylactique la possibilité de la vaccination préventive antigrippale. Au cours de la dernière épidémie, les Anglais y ont eu recours avec succès.

Le goitre. — M. BÉRARD (de Lyon) apporte une statistique de 1.000 opérations pour goitre. Nous publierons cette importante communication dans notre prochain numéro.

Elections. — L'Académie procède à l'élection de trois correspondants nationaux (1re division). Le classement des candidats est le suivant :

En 1re ligne : MM. Etienne (de Nancy), Dubreuilh (de Bordeaux), Mercier (de Tours); en 2e ligne et par ordre alphabétique : MM. Combemale (de Lille), Follet (de Rennes), Fontoynont (de Tananarive), Lépine (de Lyon), Ollive (de Nantes), Sergent (d'Alger), Thiroux, des troupes coloniales.

MM. Etienne, Dubreuilh et Mercier ont été élus.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 23 AVRIL 1920)

Tétanos à porte d'entrée utérine. Incubation prolongée. Guérison par la sérothérapie. — MM. DE MASSARY et LÉCHELLE rapportent l'observation d'une malade qui, 9 jours après un avortement, présenta des symptômes typiques de tétanos. Les contractures localisées d'abord se généralisèrent quelque peu, mais ne tardèrent pas à régresser sous l'influence de la sérothérapie. Elles disparurent tout à fait au bout de 15 jours pendant lesquels la malade reçut 2.250 cmc. de sérum par voie sous-cutanée. Cette observation est remarquable par la durée de la période d'incubation et par l'évolution favorable de ce tétanos utérin sous l'influence de la sérothérapie.

Sept cas de typhus exanthématique bénin. — MM. LEGRY, COURCOUX et J. LERMOYEZ. Les malades présentaient une prostration extrême, un catarrhe oculaire avec infection des conjonctives, une éruption rappelant celle de la fièvre typhoïde mais peu confluente et évoluant en une seule poussée, des signes de réaction méningée (raideur de la nuque, signe de Kernig). Le liquide céphalo-rachidien était clair, pas hypertendu, mais présentait de l'hyperalbuminose (0g50 et 0g75 d'albumine) et de l'hyperlymphocytose (8 à 25 lymphocytes au millimètre cube). La réaction de Weil-Félix fut positive dans tous les cas.

Les auteurs ont constaté, conformément à ce qui est signalé dans les études les plus récentes sur le typhus, que, en aucun cas, l'éruption ne devint pétéchiale, ce qui semble être la règle dans les formes bénignes; que l'hypertrophie de la rate fut le plus souvent légère et que les signes de réaction méningée furent constants ainsi que les modifications chimiques et cytologiques du liquide céphalo-rachidien.

La grippe de 1920 à l'hôpital Necker. — MM. L. RÉNON et R. MIGNOT. Dans leur service spécialisé, pendant janvier et

février 1920, pour recevoir toutes les grippes de l'hôpital, les auteurs ont examiné 141 malades, 71 hommes et 70 femmes. De l'ensemble des constatations étiologiques, bactériologiques, anatomiques, cliniques et thérapeutiques, il ressort que la grippe de 1920, beaucoup plus bénigne que celle de 1918-1919, s'est présentée sous forme de grippe simple accompagnée parfois d'angine érythémato-œdémateuse et de grippe thoracique avec bronchite, œdème et congestion pulmonaire, pneumonie et broncho-pneumonie qui ont repris le caractère des complications des grippes saisonnières habituelles. Le sérum antipneumococcique donné par la voie sous-cutanée ou par la voie intratrachéale a continué de donner d'excellents résultats.

Les métastases cancéreuses multiples du cerveau. — MM. Crouzon, P. Béhague et J. Bertrand présentent des coupes de cerveau d'une malade qui, à la suite d'un cancer pleuro-pulmonaire, avait présenté des symptômes d'abord d'hémiplégie droite puis d'hémiplégie gauche. L'existence de métastases cérébrales ne faisait aucun doute, le liquide céphalo-rachidien contenant de nombreuses cellules cancéreuses. A l'autopsie on constate qu'il existe deux nodules hémorragiques dans le lobe frontal de l'hémisphère droit et deux volumineux noyaux dans l'hémisphère gauche; l'un, de grosseur moyenne, hémorragique, dans le lobe frontal; l'autre, beaucoup plus considérable, sans hémorragie destructive, dans le lobe pariétal. Ce dernier noyau explique l'hémiplégie droite ancienne tandis que l'hémiparésie gauche plus récente a eu pour cause les hémorragies qui se sont produites dans les nodules cancéreux du lobe frontal droit.

Il est à remarquer que l'oreillette gauche contenait un caillot organisé dont l'examen microscopique a montré la nature cancéreuse. La marche probable de ces métastases est donc la suivante : cancer du sein droit, cancer du sein gauche, ganglions sus-claviculaires gauches, cancer pleuro-pulmonaire gauche, oreillette gauche, hémisphères cérébraux.

Angiocholécystite aiguë. Septicémie éberthienne sans dothiénentérie. Hépatonéphrite avec ictère, hémorragies et azotémie. Guérison. — M. Noël Fiessinger.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(Séance du 20 avril 1920)

Prophylaxie de la diphtérie (1). — La séance est consacrée à la discussion du rapport de MM. Martin, Gillet, Méry, Jean Hallé, B. Weill et Harvier, rapporteur.

M. Comby. La sérothérapie curative, malgré les modifications des doses, des voies d'introduction, semble avoir donné tout ce qu'on peut en attendre et il y a encore trop de diphtérie. L'emploi des vaccins aux Etats-Unis n'ont pas empêché qu'il y ait eu plus de 10.000 décès en 1916. Il faut donc chercher une diminution de la maladie dans la prophylaxie. Le point capital c'est l'intensification de la sérothérapie préventive dans tous les milieux : famille, école, internats, crèches, hôpitaux. Depuis que M. Comby fait, à la rougeole, l'injection préventive à tous les entrants, la diphtérie associée a disparu. Par contre il faut craindre que la déclaration des cas frustes ne soit pas suivie par les médecins. M. Comby déclare la désinfection des locaux absolument inefficace, vexatoire pour les familles, onéreux pour les pouvoirs publics et les malades. Il cite des cas où malgré des désinfections et évacuations successives l'épidémie n'a pas été enrayée, alors que le traitement des porteurs de germes et l'injection préventive dans les familles l'a aussitôt arrêtée.

La contamination se fait par les individus et non les locaux. Au Val-de-Grâce, le prof. Lemoine fait sans inconvénient succéder dans le même local des rougeoleux, ourliens, scarlatineux, diphtériques.

En résumé, il faut généraliser la sérothérapie préventive, traiter les porteurs de germes et employer l'argent des désinfections à créer un hôpital d'isolement pour eux et des infirmières visiteuses spécialisées.

M. Martin pense que M. Comby est trop pessimiste pour la sérothérapie curative. Si, en Amérique, il y a des épidémies très graves que nous connaissons mal, chez nous la mortalité a été en décroisssant progressivement de 1893 (1.432 décès) à 1919 (331 décès) et les courbes montrent que le progrès s'étend même aux dernières années.

Pour la morbidité elle s'est abaissée de 5.000 en 1901 à moins de 1.200 actuellement. La disparition de la maladie marche avec les progrès de la sérothérapie et les pays où il y a le moins de diphtérie sont la Belgique et la Hollande où le sérum est donné gratuitement. Toutes les fois qu'on conserve la confiance dans le sérum, on arrête l'épidémie. De même il ne faut pas croire que s'il existait une organisation pratique permettant au médecin de faire l'examen bactériologique des cas frustes, il ne le ferait pas. Depuis la guerre, les médecins font faire beaucoup plus d'examens bactériologiques; mais pour ne pas affoler les familles il faut réagir contre la crainte de l'anaphylaxie et obtenir que, quand un cas douteux est déclaré, la désinfection ne soit faite qu'après confirmation bactériologique du diagnostic.

M. Lesné croit à l'utilité de la désinfection des locaux. En 1902, avec Debray et Simon, il a, au moyen d'un aérofiltre, pu recueillir les poussières de l'atmosphère de box vides d'un pavillon de diphtérie. Or 7 fois il a recueilli du bacille

(1) Voir le début de la discussion et le résumé du rapport in *Gaz. des hôpit.*, 7 fév. 1920, n° 14, p. 22, et 27 mars, n° 31, p. 494

diphtérique virulent. Pour lui la désinfection des locaux s'impose.

La recherche des cas frustes est capitale; en 1898, aux Enfants-Malades, il a systématiquement fait l'ensemencement du nez des enfants atteints de coryza et pu recueillir des bacilles diphtériques très virulents.

M. Jean HALLÉ croit que la diphtérie est une des rares maladies infectieuses dans laquelle la désinfection des locaux soit utile. Avec Zuber chez M. Grancher, il avait noté que de petites épidémies de salle se produisaient toutes les fois qu'une réparation des locaux (boiseries des fenêtres, parquet, etc.) mobilisait une poussière que les simples nettoyages n'atteignaient pas.

M. NETTER. Le moyen prophylactique le plus sûr, le plus indiscutable, c'est l'injection préventive de sérum. Elle est inoffensive, et les rares cas d'anaphylaxie sont à négliger.

Les cas frustes doivent être déclarés comme ceux à fausses membranes. La déclaration sera acceptée volontiers par le corps médical, le jour où elle ne risquera plus de lui faire perdre son client comme actuellement. Par des exemples, M. Netter montre la défectuosité du fonctionnement de la désinfection. Pour chaque déclaration, avant de désinfecter, une enquête devra être faite par quelqu'un de compétent.

Enfin la déclaration restera illusoire tant que ce ne sera qu'un échange de papier entre bureaux sans lien entre eux. La déclaration du médecin d'hôpital qui reçoit un diphtérique devrait déclancher l'examen de l'école d'où provient l'enfant, de sa famille.

M. MÉRY insiste sur la nécessité de dépister les cas frustes. La culture systématique du nez et des conjonctives des entrants à la rougeole, en 1919, lui a montré qu'il existait des diphtéries parmi les entrants. L'injection préventive ne suffit pas pour les entrants de rougeole, il faut en plus rechercher les diphtéries frustes.

M. Méry déclare qu'il est impossible au médecin scolaire de pratiquer la prophylaxie dans les familles.

M. TOLLEMER rappelle que, quand il était chef de laboratoire à Bretonneau, il obtenait facilement de la famille de chaque entrant qu'on lui amenât le lendemain les autres enfants. Au début il faisait l'ensemencement du nez et de la gorge, plus tard, systématiquement à tous, l'injection préventive, au besoin à domicile. De cette manière il ne se créait pas de petits foyers épidémiques.

En ville, l'injection préventive est bien acceptée et exceptionnellement on voit de l'anaphylaxie.

La désinfection par le formol qui ne tue pas toujours les mouches et les punaises lui semble illusoire, le lavage au sublimé lui paraît supérieur.

M. COMBY est d'accord avec M. Martin : les médecins feront la déclaration même des cas frustes si une organisation nouvelle la rend efficace.

Ni les expériences de M. Lesné, ni les observations de M. J. Hallé ne l'ont convaincu de la grande utilité de la désinfection. Les épidémies d'écoles montrent qu'elle est inefficace, que c'est le porteur de germes qu'il faut rendre inoffensif.

M. APERT pense comme M. Lemoine qu'il n'y a pas d'inconvénient à faire passer dans un même local successivement des rougeoleux, des scarlatineux, etc. (chambres d'isolement passe-partout). Il pense plutôt qu'il y a avantage à faire ainsi. Quand on met dans le même local des malades atteints toujours de la même infection il y séjourne des espèces microbiennes très virulentes pour cette maladie, par exemple du streptocoque très virulent pour le rougeoleux.

M. BARBIER est du même avis. A Hérold, tant que les coquelucheux étaient dans un pavillon spécial, le pavillon était fermé 5 mois par an du fait de broncho-pneumonies, cela n'existe plus depuis que les coqueluches sont soignées en box dans la salle commune.

Comme M. Netter, il se plaint du manque de liaison entre les administrations de l'hygiène à Paris.

Il cite une école qui a fourni pendant 3 ou 4 semaines des scarlatineux à son service sans pour cela cesser de fonctionner.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 27 MARS 1920)

Névralgies coccygiennes, le syndrome douloureux du filum terminal et des IIe paires coccygiennes. — Sous le nom de syndrome douloureux du filum terminal, M. CHARTIER décrit une forme bien définie de névralgie coccygienne, caractérisée par une douleur permanente au niveau de la IIe et IIIe vertèbre coccygienne, une douleur d'étirement s'étendant du coccyx à la colonne lombaire, provoquée par la flexion du tronc en avant, c'est-à-dire par l'allongement du filum terminal. Par contre, ni la pression, ni les mouvements imprimés au coccyx ne sont douloureux, ce qui permet le diagnostic avec les affections coccygiennes. Ce syndrome est l'expression de l'altération ou de la compression du filum et des nerfs coccygiens qu'il renferme, soit dans sa portion intradurale (méningite), soit dans le canal sacré (productions goutteuses, etc.). Selon les cas, on utilisera avec succès la radiothérapie ou l'effluvation de haute fréquence.

L'injection intercricothyroïdienne à l'aiguille courbe (trachéo-fistulisation). — M. G. ROSENTHAL rappelle que l'injection à l'aiguille courbe convient aux injections espacées comme dans le traitement local de l'asthme ou de l'hémoptysie par l'adrénaline, mais que seule la canule à demeure de la trachéo-fistulisation réalise les grands traitements des infections graves. Il étudie la technique, parfois délicate chez les grands malades, du changement de canule et insiste sur la nécessité de combattre le réflexe d'intolérance de la trachée, cause d'erreur dans la sérothérapie endobronchique. Il rappelle que l'anaphylaxie sérique par voie intratrachéale n'existe ni chez le lapin ni chez l'homme.

Diagnostic endoscopique du cancer du rectum et de l'S iliaque (*avec projections*). — M. BENSAUDE montre, à l'aide de nombreuses projections, l'utilité de la rectoscopie dans le diagnostic du cancer du rectum et du côlon terminal, si souvent difficile à faire, les erreurs tenant à la jeunesse relative du malade, à son aspect florissant, aux symptômes frustes, à un examen incomplet. La rectoscopie lui a permis ainsi souvent soit de découvrir des cancers méconnus, soit de constater des hémorroïdes, des polypes, de la dysenterie, de la proctosigmoïdite, de l'entérocolite muco-membraneuse, des rectites syphilitiques, des tumeurs villeuses, un mégacôlon, pris pour des cancers. Par la rectoscopie, on peut explorer le gros intestin jusqu'à 35 cm. au-dessus de l'anus. L'auteur tient à rendre hommage à l'inventeur de la rectoscopie, Désormeaux, chirurgien des hôpitaux de Paris, dont le nom n'est mentionné nulle part.

Deux signes radioscopiques précoces de la sténose du pylore. — M. DE KEATING-HART signale deux signes radioscopiques qui lui ont permis assez souvent déjà de reconnaître l'existence de la sténose avant que les signes cliniques ou radiologiques ne l'aient révélée. Ce sont : 1° une déformation particulière de l'ombre stomacale lui donnant l'aspect d'une pipe allemande; et 2° une oscillation saccadée, rythmique du niveau du contenu liquide isochrone aux mouvements de la respiration, mais d'une amplitude plus grande, indice de l'effort d'expulsion fait par l'organisme et se traduisant par un véritable coup de bélier. Le premier signe est un signe probable, le deuxième est, pour l'auteur, un signe de certitude de sténose.

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 15 francs par an. Étudiants étrangers, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 6 fr. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hopitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 27 avril. — MM. Métivet, 16; Lorin, 15; Leveuf, 16; Houdard et Guimbellot, 18.

— Concours d'accoucheur des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 30 avril. — MM. Vignes, 25; Guéniot, 27.

— Concours de médecin d'Angicourt. — *Epreuve sur titres.* — MM. Buc, 18; Escande, 16; Smolizanski, 15.

— Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 29 avril. — Question donnée : « Anatomie macroscopique et rapports de la glande sous-maxillaire. — Symptômes et complications des oreillons. »

MM. Chalet, 10 + 23 = 33; Aurousseau, 17 + 25 = 42; Laplane, 16 + 25 = 41; Leflaive, 13 + 21 = 34; Favory, 12 + 21 = 33; Cayla, 14 + 21 = 35; de Peretti de la Rocca, 12 + 20 = 32; Verger, 13 + 20 = 33; Récamier, 15 + 25 = 40.

Séance du 30 avril. — Question donnée : « Canal cholédoque. — Symptômes et diagnostic de la colique hépatique. »

MM. Guillouet, 16 + 27 = 43; de Massary, 17 + 23 = 40; Derville, 15 + 23 = 38; Blanchet, 13 + 20 = 33; Azoulay, 16 + 24 = 40; Girard, 17 + 27 = 44; Fruchaud, 15 + 26 = 41 : Vesselle, 16 + 23 = 39; Perisson, 14 + 23 = 37; Bonnet, 14 + 20 = 34.

— Concours de l'externat. — *Pathologie.* — Séance du 28 avril. — Question donnée : « Complications des fractures des os longs. »

Mlle Baud, 17 1/2; MM. Blum, 17; Bodin, 15 1/2; Bardol, 13; Mlle Bonhomme, 9; MM. Anchel, 4; Bourdel, 7; Besson, 17; Mme Bertrand-Fontaine, 15; MM. Artigues, 9; Cachera, 16; Bardy, 13 1/2; Arviset, 14; Mme Bouchaud, 11 1/2; MM. Baruk, 19; Boussange, 14; Abd-el-Nour, 8; Compin, 12.

Séance du 2 mai. — Question donnée : « Diagnostic de la syphilis aux périodes primaire et secondaire. »

MM. Darquier, 15; Camus et Duprez, 13; Castéran, 17; Canonne, 12; Chalot, 19 1/2; Debray, 18; Canouet, 17; Mlle Decaux et MM. Degrais, 11; Carette (Camille), 14; Dublineau, 15; Mlle Dreyfus-Sée, 20; MM. Carpentier, 13; Dubois (J.), Dana et Carvaillo, 10; Casaubon, 13; Célestin, 9.

Séance du 3 mai. — Question donnée : « Diagnostic de la coxalgie à ses 3 périodes. »

M. Bouillie, 14; Mme Cabouat, 18; MM. Evrain, 12 1/2; Duprez (Gaston), 12; Corneau, 15; Chartier, 14; Cornet, Mlle Glotz et MM. Collin, 10; Coudert (Emile), 18; Duncombe et Barbaro, 14.

Anatomie. — Séance du 29 avril. — Question donnée : « Les trois muscles adducteurs de la cuisse. »

MM. Méry (Jean), 12; Popovitch (Borislaw), 16; Patel (Jean), 17; Mlle Mircouche, 11; MM. Nida et Moissy, 14; Prat-Flottes, 14 1/2; Parfoury, 14; Pérard, 18; Leydet, 17 1/2; Marmasse, 13; de Manet, 7; Marchand, 15.

Séance du 1er mai. — Question donnée : « Artère poplitée. »

MM. Michel-Béchet, 16; Langue, 14; Ledoux, 15; Litaud, 8; Martin (Henri), 15; Mars, 11; Lichtenberger, 14; Mâle, 17; Langlois, 13 1/2; Mlle Maugé, 10; MM. Magnol, 13 1/2; Lemière, 14; Marq, 13; Lacassie (M.), 16 1/2; Minon, 10; Lelong et Mlle Leblond, 13; MM. Macé, 14; Laval, 17.

— Concours des prix de l'internat en pharmacie. — Le jury est provisoirement composé de MM. Couroux, Hazard, Bridel, Meillière et Vaudin.

CONCOURS DE MÉDECIN DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — Le jury est composé de MM. Dufestel, Sabot, Fichon, Serre et Dufournier.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Le concours de l'internat (6 places) s'ouvrira le 5 octobre 1920.

Le concours de l'externat (55 places) s'ouvrira le 4 octobre 1920.

FACULTÉS DES DÉPARTEMENTS. — ALGER. — M. Musso, chargé des fonctions d'agrégé, est nommé professeur de pharmacie en remplacement de M. Battandier, admis à la retraite.

— LYON. — La chaire de médecine opératoire de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon est déclarée vacante.

MÉDAILLES DE LA RECONNAISSANCE FRANÇAISE. — *Médailles d'argent.* — MM. les Drs Robert Bruce, Crawford, Earp, Jackson, Mayo-Robson, Rayner, Saint-Clair Thomson, Tempelton, Watts et Woodroffe (de nationalité britannique); Gastaldi (de Monaco), Ingebrigtsen (de Christiania), Keating et Mack (de nationalité américaine).

Médailles de bronze. — MM. les Drs Bardswell, Beauchamps, Bennett, Boggis, Buxton et Ware (de nationalité britannique); Beebe, Feiss, Mme Gros, MM. les Drs Johnstone, Miller, Petrée, Powers, Scarlett, Mlle Shields (de nationalité américaine); MM. les Drs Delstanche (de nationalité belge); Mac Mutty (de nationalité péruvienne).

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — La Commission de prophylaxie des maladies vénériennes est composée comme suit :

MM. le prof. Pinard, député, président; Debierre, sénateur, rapporteur du budget du ministère de l'Hygiène au Sénat, vice-président; Mourier, député, ancien ministre, rapporteur du budget du ministère de l'Hygiène à la Chambre des députés, vice-président; Merlin, sénateur; 2 députés désignés par la Commission d'hygiène publique de la Chambre; MM. le directeur le l'Assistance et de l'Hygiène publiques au ministère de l'Hygiène; le directeur de la sûreté générale du ministère de l'Intérieur; le prof. Léon Bernard, conseiller technique du ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales; le Dr Jules Renault, conseiller technique du ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales; le Dr Faivre, inspecteur général des services administratifs; le préfet de police ou son délégué; le Dr Bordas, médecin de la Préfecture de police; le Dr Doizy, ancien député; de Casablanca, avocat général près la Cour de Paris; le prof. Jeanselme; les Drs Thibierge, Milian, Ravaut, Gougerot, Leredde, Vernes, Clément Simon, Nicolas (de Lyon), Pautrier, Marcel Pinard, Sicard de Plauzoles; 2 représentants du Service de santé militaire; 1 représentant du Service de santé de la marine.

LA RÉOUVERTURE DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE. — La séance solennelle de réouverture de la Société de médecine militaire a eu lieu jeudi au Val-de-Grâce.

M. le médecin inspecteur général Delorme, président, a prononcé un discours rappelant le passé de la Société, le rôle de ses membres pendant la guerre, les pertes cruelles qu'elle a faites.

Il a souhaité la bienvenue aux nouveaux membres : MM. le prof. Laveran, président de l'Académie de médecine; Richelot, Achard, Letulle, Gley, Thibierge, Jalaguier, membres de l'Académie de médecine; Ombrédanne, Rieffel, Savariaud, membres de la Société de chirurgie, etc.

En quittant la présidence, M. Delorme a adressé ses remerciements à ses collègues du bureau sortant : MM. le médecin inspecteur des troupes coloniales Primet; le médecin général de la marine Couteaud, vice-présidents; le médecin inspecteur Ferraton, secrétaire général; Talon, trésorier; Billet et Maisonnet, secrétaires.

Il a fait acclamer le nom de son successeur à la présidence, M. le médecin inspecteur général Sieur.

La Société a mis à l'ordre du jour de sa prochaine séance : La culture physique. Le rapporteur est le Dr Boigey, attaché à l'Ecole de Joinville.

CONGRÈS DE PHYSIOLOGIE. — Un Congrès de physiologie aura lieu, ainsi que nous l'avons déjà annoncé, à Paris, du 16 au 20 juillet 1920, sous la présidence du prof. Charles Richet. Une exposition d'appareils et d'instruments sera annexée au Congrès. Les physiologistes des pays alliés et neutres sont priés d'y participer.

L'adhésion et la cotisation (35 fr.) devront être envoyées, le plus tôt possible, au trésorier, M. Lucien Bull, secrétariat du Congrès, Sorbonne, 1, rue Victor-Cousin, Paris (Ve).

Les titres et résumés des communications que les congressistes se proposeraient de faire seront à envoyer avant le 1er juin au secrétariat du Congrès. Ce résumé ne devra pas excéder 25 lignes de 48 à 52 lettres.

Dans les cas où les communications seraient accompagnées de démonstrations ou de projections, prière d'indiquer les animaux ou les appareils qui pourraient être nécessaires.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES ENGAGEMENTS SPÉCIAUX DES ÉTUDIANTS DE LA CLASSE 1920

Les étudiants en médecine peuvent-ils bénéficier de la circulaire du 28 avril 1920 sur les engagements spéciaux?

Réponse. — Non. — Voici d'ailleurs le texte :

« Le ministre de la Guerre a décidé d'ouvrir aux étudiants de la classe 1920, à incorporer le 1er octobre, la faculté de contracter un engagement volontaire de trois ans pour compter du 1er octobre 1920, sans choix de l'arme ni de la garnison comportant obligation de concourir pour le grade de sous-lieutenant de réserve et de servir comme officier dans la réserve jusqu'au passage dans l'A. T.

Une clause particulière du contrat d'engagement précisera que la durée de l'engagement sera effectivement de 3 ans que la classe 1920 soit ou non libérée par anticipation ou en vertu d'une nouvelle loi de recrutement réduisant la durée du service actif.

Les étudiants de la classe 1920 qui contracteront cet engagement seront incorporés de droit *dans une ville de Faculté;* ils y seront groupés en pelotons spéciaux où l'instruction sera organisée de façon qu'ils aient en même temps toutes les facilités nécessaires pour poursuivre leurs études dans la Faculté où ils seront inscrits. Ils seront dispensés du tour de départ pour les théâtres d'opération extérieurs.

Les corps où seront organisés ces pelotons spéciaux et où pourront être affectés les engagés dont il s'agit, sont :

Paris : 31e et 104e R. I.; 15e R. A. C.; 12e cuirassiers; 5e génie (Versailles). — *Lille :* 43e R. I.; 6e chasseurs; 509e R. A. S. — *Rennes :* 505e R. A. S. — *Toulouse :* 14e R. I.; 117e R. A. L.; 2e bataillon du 2e groupe d'aérostation. — *Grenoble :* 1er génie; 154e R. A. P. — *Lyon :* 99e R. I.; 54e R. A. C.; 2e dragons; 84e R. A. L. T.; 5e régiment d'aviation d'observation. — *Besançon :* 2e groupement de chars lourds. — *Nancy :* 26e R. I.; 8e R. A. C.; 18e dragons. — *Strasbourg :* 158e R. I.; 11e génie; 50e régiment d'artillerie portée; 155e R. A. P.; régiment d'aviation de chasse nº 2.

Les commandants des bureaux de recrutement devant lesquels les étudiants se présenteront pour contracter leur engagement affecteront les engagés, compte tenu de leurs aptitudes physiques et intellectuelles, à l'arme dans laquelle ils sont susceptibles de rendre le plus de services comme officiers de complément et dans cette arme à celui des corps désignés ci-dessus alimentés normalement par leurs bureaux ou, à défaut, au corps également désigné ci-dessus le plus rapproché du domicile de l'engagé.

Il reste entendu que cette mesure est exceptionnelle et ne crée pour l'avenir aucun précédent. Elle est prise exclusivement pour les étudiants de la classe 1920, en raison de la situation particulière dans laquelle ces jeunes gens se trouvent en fait, pour ce qui concerne l'application de l'article 21 de la loi de recrutement. C'est ainsi qu'elle n'est pas applicable aux étudiants faisant partie du contingent d'ajournés qui sera revisé prochainement, car ces jeunes gens auront la faculté d'obtenir des sursis d'incorporation. *Elle n'est pas non plus applicable aux étudiants en médecine, en pharmacie, ni aux étudiants vétérinaires de la classe 1920, étant donné que ces jeunes gens peuvent, au bout d'un an de service, bénéficier du sursis prévu par l'article 25 de la loi de recrutement.* »

A PROPOS DE 1.000 OPÉRATIONS POUR GOITRES

Par le professeur LÉON BÉRARD [de Lyon] (1).

Le goitre, abandonné à son évolution, peut être assez bien toléré pendant longtemps. Mais trop souvent il entraîne à la longue des complications respiratoires, cardiovasculaires, dystrophiques, néoplasiques, contre lesquelles le traitement médical et l'opothérapie sont impuissants. Le cancer thyroïdien se développe 9 fois sur 10 sur un goitre préexistant. Malgré les promesses de la radiothérapie et du radium, nous sommes encore à peu près désarmés contre ce cancer. Or, si les progrès de l'hygiène ont fait diminuer le nombre des goitreux endémiques, par contre la proportion des cancers thyroïdiens par rapport aux goitreux s'accroît nettement depuis quelques années : c'est au reste la progression commune à toutes les tumeurs malignes. Pour réduire au minimum la fréquence du cancer thyroïdien, il faut donc guérir les goitreux.

Le traitement médical du goitre par les médications thyroïdienne, iodée, arsenicale, ou par la radiothérapie, est de mise dans les formes diffuses, congestives et molles des jeunes sujets, dans les congestions thyroïdiennes des femmes, à l'occasion de la grossesse, de l'accouchement, de la ménopause. Il échoue toujours dans les goitres kystiques. Si au bout de quelques mois de cet essai loyal, la rétrocession du goitre et des troubles qu'il entraîne n'est pas nette, il ne faut pas s'attarder davantage à des moyens inutiles, mais avoir recours à l'intervention chirurgicale qui, seule, guérit à peu près sûrement le goitre et prévient toutes ses complications.

Or, encore aujourd'hui, nombre de médecins et même de chirurgiens considèrent que les opérations dirigées contre le goitre comportent de gros risques. Ils laissent évoluer cette affection jusqu'au moment où ils ont la main forcée par des accidents graves, mécaniques, inflammatoires ou dystrophiques généraux et où l'opération devient plus dangereuse. C'est ainsi que l'on voit même dans certaines régions voisines de Lyon où, pourtant, la chirurgie thyroïdienne est en honneur depuis longtemps, des goitreux se présenter au chirurgien avec des troubles asphyxiques graves par compression trachéale, avec des lésions avancées d'emphysème, de bronchite et de myocardite reconnaissant la même origine, avec un état de déchéance dysthyroïdienne inquiétant, quand ils n'ont pas attendu, pour recourir à l'intervention, la dégénérescence néoplasique de leur tumeur. Nous répétons que le cancer thyroïdien évolue presque toujours sur un goitre préalable et que c'est la complication redoutable dont sont menacés les goitreux, vers 50 ans, surtout les femmes après la ménopause.

Nous avons eu l'occasion, depuis 15 ans, d'opérer plus de 1.000 goitreux, non cancéreux, soit à froid pour les débarrasser de tumeurs simplement gênantes, soit au cours de complications inflammatoires mécaniques ou sécrétoires (goitres basedowifiés et maladies de Basedow secondaires). Presque tous ont pu quitter l'hôpital, ou la maison de santé, moins de 15 jours après, et ont gardé une cicatrice peu visible.

Sur l'ensemble de ces opérations, nous n'avons eu qu'un cas de mort par asphyxie, dû à la coudure de la trachée, dans les 2 heures qui ont suivi l'intervention, chez une femme ayant un goitre ancien, avec une trachée très aplatie et ramollie.

Les goitreux chez lesquels nous sommes intervenus présentaient surtout des adénomes nodulaires enchassés dans l'un ou dans les deux lobes ou des goitres kystiques. C'est pourquoi nous avons pratiqué surtout des énucléations sous-capsulaires, presque toujours simples comme dissection, faciles comme hémostase, rapides comme guérison, même lorsqu'il s'agissait de kystes enflammés ou avec hémorragie à l'intérieur (hématocèle thyroïdienne).

Environ chez un quart des sujets cependant, nous avons eu affaire à des goitres charnus plus ou moins diffus, avec ou sans phénomènes basedowiens, qui ont nécessité des ligatures méthodiques des vaisseaux thyroïdiens et des résections partielles des lobes. Là encore, malgré qu'il s'agissait de manœuvres plus délicates, d'une hémostase plus minutieuse sur des vaisseaux parfois très dilatés et très fragiles, nous n'avons eu aucun cas de mort. Et parmi les complications que nous devons enregistrer, il n'y a guère que 25 ou 30 cas où nous ayons relevé quelques petits signes d'insuffisance thyroïdienne telles que : asthésie, apathie, sensation de froid, mais sans aucun trouble dystrophique ou sécrétoire entraînant la déchéance du myxœdème. Toujours dans ces opérations nous nous sommes appliqués à ménager la portion postéro-externe des lobes qui contient les parathyroïdes.

En somme, le vrai danger qui subsiste pour un chirurgien expert dans les interventions sur la thyroïde relève des déformations et ramollissements de la trachée, que l'on observe chez les vieux goitreux après une compression prolongée lorsqu'on a dû libérer ces goitres au ras du conduit aérien. Celui-ci risque parfois de s'affaisser, soit vers la fin de l'opération, soit lorsque le malade encore endormi est transporté dans son lit et que sa tête tend à tomber en avant. Ces accidents, heureusement rares, sont prévenus par la suspension de la trachée ramollie par des fils de soie ou de catgut, soit aux sterno-mastoïdiens, soit même aux téguments de la région présternale. Il ne faut chez les malades asphyxiants recourir à la trachéotomie qu'en dernière analyse.

Les dangers des complications pulmonaires ne peuvent également être complètement niés, surtout quand on intervient chez de vieux goitreux bronchitiques, mais on les évite par l'intervention sous anesthésie locale qui ne comporte à peu près pas de risques. Jamais les complications broncho-pulmonaires ne sont arrivées chez nos malades jusqu'à l'issue fatale. A part ces cas, nous avons eu presque toujours recours pour l'intervention à l'anesthésie générale à l'éther, soit goutte à goutte, soit à l'appareil d'Ombrédanne, plus rarement à l'anesthésie rectale, qui, peut-être, n'est pas sans risques.

(1) Communication à l'Académie de médecine, séance du 23 avril 1920.

A la suite de ces interventions nous n'avons constaté que de rares récidives pour lesquelles les malades ont eu besoin d'une opération secondaire ; il s'agissait surtout d'énucléations dans lesquelles on avait négligé de petits noyaux en voie de développement.

Fort de ces résultats nous croyons que les indications du traitement chirurgical chez les goitreux doivent être beaucoup plus étendues que par le passé, puisque les opérations pour goitres sont parmi les moins dangereuses et les plus efficaces, surtout si l'on n'attend pas, pour les pratiquer, d'avoir la main forcée par des complications graves, dont la plus redoutable est le cancer thyroïdien.

L'ANESTHÉSIE SPLANCHNIQUE

dans les interventions chirurgicales et dans les affections douloureuses de la cavité abdominale.

Par Gaston LABAT.

Principes de la méthode. — L'anesthésie splanchnique a pour objet celle des viscères. L'anesthésie locale, par simple infiltration de la paroi abdominale, ne permet aucune manœuvre de traction sur les viscères, aucun contact du péritoine pariétal.

L'anesthésie paravertébrale (Laewen, Kappis) donne l'anesthésie absolue des viscères et de la paroi du ventre, pourvu qu'il y ait infiltration simultanée des rami communicantes et des intercostaux à leur émergence du rachis. Le nombre de nerfs à injecter est une source d'insuccès partiels. Il est bon de s'attaquer au tronc que forment les racines des rami communicantes.

Ceux qui éprouvent quelques tendances à accorder au système sympathique des fonctions sensitives très importantes acceptent l'idée de l'anesthésie des nerfs splanchniques comme une confirmation du doute jeté dans certains esprits par les résultats contradictoires des travaux récents sur la sensibilité abdominale.

Quoi qu'il en soit du mécanisme de la transmission des sensations douloureuses et des voies suivies par ces sensations, les seuls nerfs auxquels incombe la douleur intra-abdominale sont :

1° Les nerfs cérébro-spinaux, et 2° le système sympathique représenté en grande partie par les splanchniques. Les nerfs cérébro-spinaux peuvent être bloqués à n'importe quel niveau de leur trajet sur le bord externe des grands droits. Les nerfs splanchniques ne peuvent être anesthésiés que par l'infiltration abondante, périnerveuse, faite soit au niveau du plexus solaire, soit au moment où les splanchniques vont aborder les ganglions semi-lunaires.

Voie d'accès des nerfs splanchniques. — Les nerfs splanchniques peuvent être abordés par la voie antérieure ou postérieure.

a. *Voie antérieure.* — Deux techniques peuvent être employées :

1° Inciser la paroi abdominale sous anesthésie locale simple, soulever le foie, chercher les battements de l'aorte, piquer l'aiguille à droite de l'aorte immédiatement au-dessus du pancréas, et injecter 20 à 40 cmc. de néocaïne-surrénine à 1 p. 100 [Pauchet (1)].

2° Anesthésier la paroi abdominale, mais avant la laparotomie, pratiquer l'infiltration des splanchniques en transfixant la paroi, le lobe gauche du foie et le petit épiploon [Wendling (2)].

b. *Voie postérieure.* — A la suite des résultats publiés par Naegeli (3), assistant de Garre, de Bonn, nous avons expérimenté la méthode directement sur le vivant. Et quoique n'ayant qu'un nombre restreint d'observations, nous croyons intéressant d'en décrire la technique et de publier les résultats très encourageants qu'elle nous a donnés.

Notions anatomiques. — Le grand sympathique ne constitue pas un système indépendant. Au point de vue physiologique, il emprunte à la moelle ses fonctions excito-motrices ; nous ne savons pas grand'chose de ses fonctions sensitives. Au point de vue anatomique, il est relié aux nerfs rachidiens par les rami communicantes.

A la région thoracique, les ganglions sympathiques sont reliés les uns aux autres et forment une chaîne qui repose sur la tête des côtes, au niveau de l'articulation costo-vertébrale, en avant des vaisseaux intercostaux, en arrière de la plèvre.

Le *grand nerf splanchnique* issu des 4 ou 5 ganglions thoraciques moyens n'est constitué qu'au niveau de la *11e vertèbre dorsale ;* c'est sur le flanc du corps de cette vertèbre que ses racines constituantes se réunissent en un seul tronc. Ce tronc traverse le diaphragme, entre dans la cavité abdominale et va se jeter dans l'angle externe du ganglion semi-lunaire correspondant.

Le *petit nerf splanchnique* tire son origine des deux ou trois derniers ganglions thoraciques, traverse le diaphragme un peu en dehors du précédent, pénètre dans la cavité abdominale, se divise en plusieurs branches qui vont au ganglion semi-lunaire, au plexus solaire et au plexus rénal.

Les *ganglions semi-lunaires* sont situés symétriquement de chaque côté de la ligne médiane, appliqués contre les piliers du diaphragme, immédiatement au-dessus du pancréas, c'est-à-dire au niveau de la *1re vertèbre lombaire.* Ils sont recouverts à droite par la veine cave inférieure, à gauche par l'aorte. Ils forment avec d'autres petits ganglions satellites le groupe ganglionnaire le plus important de la cavité splanchnique, origine du plexus solaire dont les fonctions sensitives n'ont pas été jusqu'ici démontrées d'une façon satisfaisante. Du plexus solaire émanent tous les autres, depuis le lombo-aortique jusqu'à l'hypogastrique, etc., tous recevant des anastomoses du sympathique abdominal.

De ces notions anatomiques, il ressort que pour

(1) Victor Pauchet. Traitement de l'ulcus gastrique par le procédé de Balfour (*Lyon chir.*, mai-juin 1919).

(2) Wendling. *Th. de Bâle*, 1917.

(3) Th. Naegeli. *Zentr. für chir.*, 1919, n° 37.

atteindre les nerfs splanchniques, nous devons introduire l'aiguille profondément de telle sorte que la pointe arrive au niveau de la première vertèbre lombaire sur le flanc du corps de cette vertèbre, le plus près possible de sa convexité antérieure.

TECHNIQUE. — *Position du patient.* — Le patient est couché sur le côté, le dos arrondi, dans l'attitude

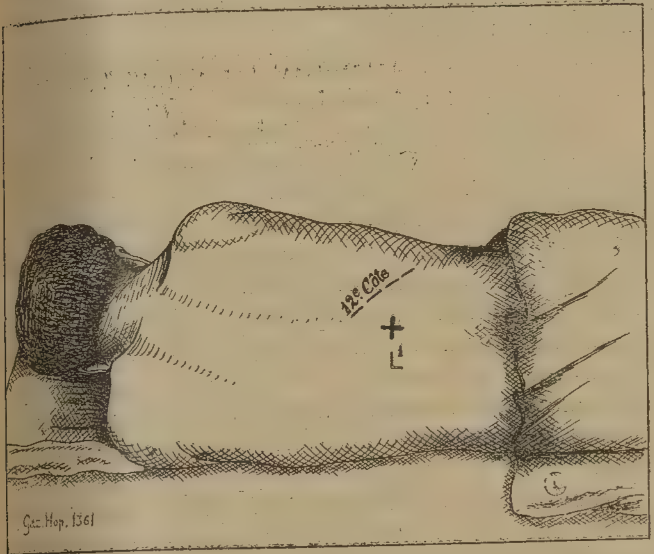


FIG. 1. — *Position du patient pour l'anesthésie des splanchniques.* — L'aiguille doit être piquée sur le bord inférieur de la 12e côte, verticalement au-dessus de la + indiquant l'apophyse épineuse de la 1re vertèbre lombaire. Ce point est à 4 travers de doigt de la ligne médiane interépineuse.

du chien de fusil. Placer un coussin sous le flanc, si la déformation du rachis due au décubitus est trop accentuée. La résolution musculaire qui en résulte facilite l'exploration des points de repère et favorise l'exécution d'une bonne technique.

Ponction et injection. — Repérer la 12e côte et la ligne des apophyses épineuses. Sur le bord de cette côte, *à 4 travers de doigt de la ligne médiane*, faire un « bouton dermique »; prendre une aiguille à anesthésie régionale de 12 cm., la piquer à travers ce bouton, dans le plan horizontal du corps, c'est-à-dire, verticalement à la table où repose le patient, l'introduire obliquement en avant de façon à ce qu'elle fasse avec le plan médian du corps un angle de 45° environ (4 travers de doigt représentent environ 7 cm., l'axe antéro-postérieur de la première vertèbre lombaire mesure environ 7 cm. chez l'adulte; voilà les deux côtés d'un triangle rectangle, dont l'hypothénuse est représentée par l'aiguille introduite à 45°; dans la pratique, on ne tient aucun compte de l'épaisseur des parties molles qui recouvrent les apophyses épineuses).

La pointe de l'aiguille va buter latéralement contre le corps vertébral, tout près de sa convexité antérieure, en arrière des nerfs splanchniques, au moment où ceux-ci vont aborder l'angle externe du ganglion semi-lunaire. Si l'aiguille est introduite à moins de 7 cm. de la ligne médiane, ou trop obliquement vers le rachis, elle prend alors contact soit avec l'apophyse transverse et donne de faux renseignements, soit avec le corps vertébral près du trou de conjugaison, pas assez en avant.

Quand l'aiguille, introduite de 9 cm. environ, a buté contre le squelette dans la profondeur, la retirer jusqu'à ce que la pointe arrive dans le tissu cellu-

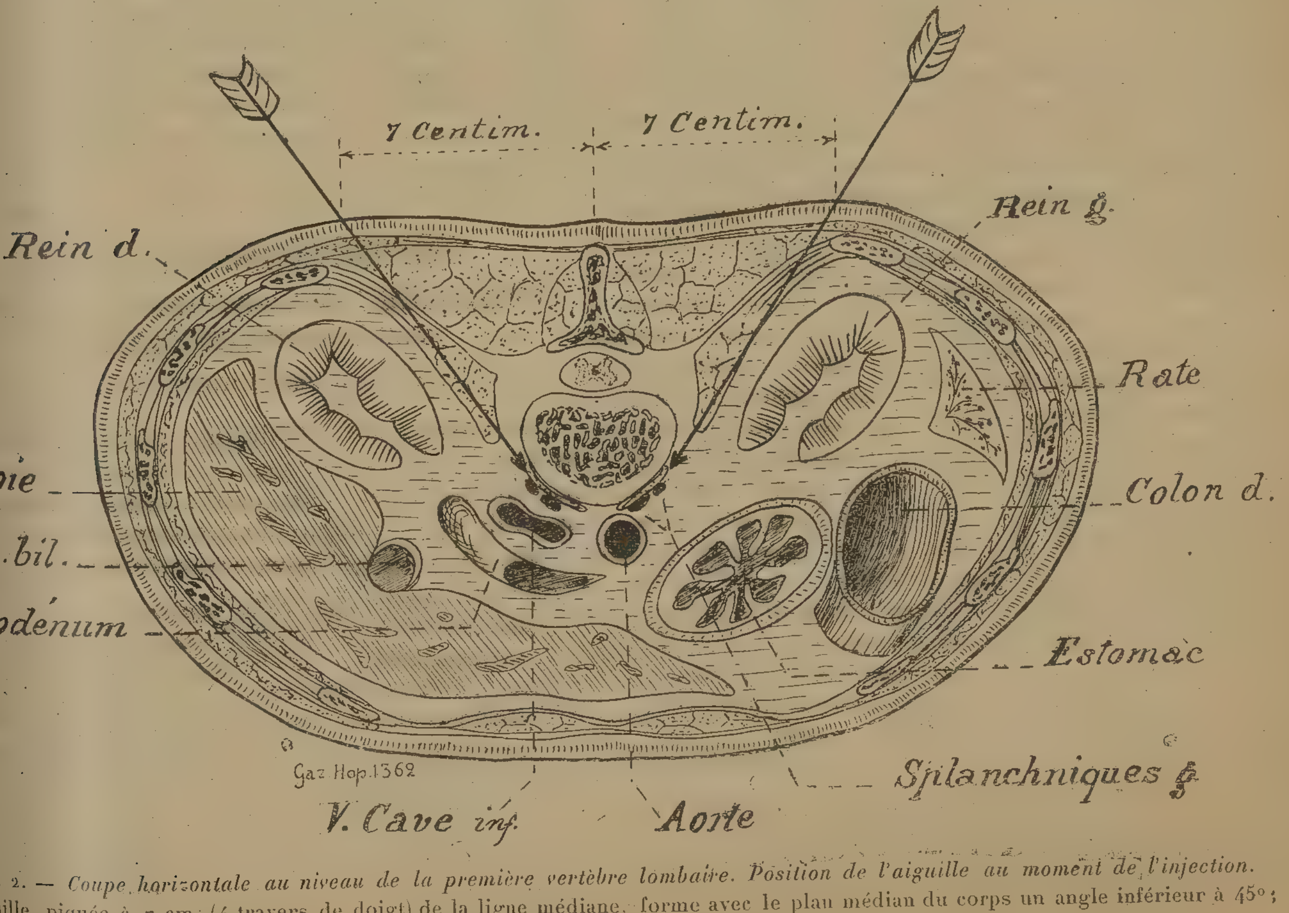


FIG. 2. — *Coupe horizontale au niveau de la première vertèbre lombaire. Position de l'aiguille au moment de l'injection.* L'aiguille, piquée à 7 cm. (4 travers de doigt) de la ligne médiane, forme avec le plan médian du corps un angle inférieur à 45°; elle est tangente au corps vertébral.

laire sous-cutané, afin de pouvoir changer la direction, puis l'introduire de nouveau, cette fois sous un angle inférieur. Si la direction est bonne, l'aiguille ne bute plus mais devient *tangente au corps vertébral avec lequel elle doit toujours garder un contact intime.* Aussitôt cette sensation obtenue, pousser l'aiguille doucement d'un centimètre plus profondément, s'assurer qu'il ne s'écoule pas de sang par le pavillon de l'aiguille, et injecter à ce niveau, sans remuer, 25 à 35 cmc. de la solution de novocaïne adrénaline, à 1 p. 100 (novocaïne 1 gr., adrénaline, solution au millième XXV gouttes, sérum physiologique 100 cmc.) (1).

Le liquide s'étale suffisamment dans le tissu rétropéritonéal lâche, et baigne en même temps tout le plexus solaire. Prier le patient de changer de côté et recommencer la même technique pour les splanchniques du côté opposé.

Résultats. — Nous avons employé cette méthode douze fois jusqu'ici; nous avons eu 9 anesthésies absolues, une très suffisante pour n'avoir pas besoin de narcose, et 2 mauvaises (défaut de technique probable). Les interventions pour lesquelles nous avons expérimenté la méthode étaient des plus délicates et s'adressaient à des patients dont l'état général était pour la plupart précaire.

Dans un cas, il s'agissait d'une femme âgée atteinte de néphrite chronique, avec le diagnostic d'ulcus de la petite courbure; elle n'avait pas reçu d'injection préparatoire de scopolamine-morphine; femme très nerveuse qui accepta, non sans une certaine appréhension, l'anesthésie régionale. L'opération fut tout à fait indolore. On pratiqua l'opération de Balfour jointe à la gastro-entérostomie postérieure transmésocolique. Dans un second cas, il s'agissait d'une femme ayant déjà subi une hystérectomie et une gastrectomie, présentant les symptômes de la S.I.C. (stase intestinale chronique). On lui fit une iléo-sigmoïdostomie. L'anesthésie fut absolue. Dans deux autres cas, on était en présence de malades âgés (68 et 72 ans), atteints de néoplasme de l'estomac, avec état général très mauvais. L'exploration dans un cas révéla l'existence d'un néoplasme généralisé. Le second subit la cure radicale sans la moindre douleur. Des huit autres anesthésies, cinq s'adressaient à des patients peu résistants, dont un subit une iléo-sigmoïdostomie, trois une gastrectomie pour ulcus de la petite courbure et le cinquième une application de radium pour néoplasme inopérable avoisinant le cardia. Les trois premières anesthésies furent très bonnes, la quatrième mauvaise et la cinquième très suffisante.

Nous avons observé, soit au moment de l'injection, soit immédiatement après, une légère accélération du pouls, deux fois des nausées, une fois des vomissements bilieux purs se faisant sans efforts par petites gorgées, accompagnés d'un peu d'angoisse. Ces petits troubles disparurent en quelques minutes sans laisser aucune trace.

Indications. — L'anesthésie splanchnique est indiquée pour toutes les opérations sur les viscères abdominaux; l'état général du patient ne nous semble pas devoir être pris en considération. Au contraire, une économie défaillante, justiciable de l'anesthésie paravertébrale, bénéficierait de l'anesthésie splanchnique.

Cette méthode ne doit pas se borner uniquement aux interventions chirurgicales.

Les douleurs épigastriques causées par les maladies les plus diverses (vésicule biliaire, estomac, duodénum, etc.) peuvent être calmées par l'injection des splanchniques. Naegeli rapporte l'observation d'un malade de 32 ans atteint d'ulcère duodénal et souffrant de douleurs violentes. Il subit, au lieu d'une injection de morphine, l'anesthésie des splanchniques avec un tel succès, que ce malade, qui avant l'injection se tordait dans son lit, reposait quelques minutes plus tard tranquillement sur le dos et demandait en riant s'il resterait toujours ainsi.

L'action de l'anesthésie des splanchniques ne se limite pas à l'abolition de la sensibilité intra-abdominale, elle s'étend aux fonctions excito-motrices de ces nerfs. De là la possibilité de traiter les coliques hépatiques et toutes les maladies influencées par des modifications des systèmes vaso-moteur, sécrétoire et musculaire de l'appareil digestif.

Conclusion. — L'anesthésie des splanchniques paraît être une méthode d'avenir. Elle est simple, rapide, et permet les plus grosses interventions sur les viscères abdominaux avec le minimum de risques pour le patient. Elle promet, en outre, de rendre d'inestimables services en thérapeutique, en calmant, sinon en guérissant toutes les douleurs intra-abdominales.

(1) Nous expérimentons en ce moment un nouveau produit dont la toxicité paraît être nulle, car il peut être injecté sous la peau à la dose très élevée de 5 g. en solution à 1 p. 100, sans déterminer le moindre trouble. Il n'influence ni la pression artérielle, ni le rythme respiratoire. L'anesthésie est moins rapide qu'avec la novocaïne, mais sa durée est de 15 à 20 h. environ.

MÉNINGITE PNEUMOCOCCIQUE

CONSÉCUTIVE A UNE FRACTURE DE L'ETHMOÏDE PAR TRAUMATISME EXTERNE

Par le docteur H. GOVY (de Brest).

Nous avons cru utile de rapporter ici l'observation suivante, à cause du peu de fréquence du cas dans son ensemble, et aussi pour certains points intéressants de son étiologie, de ses symptômes et de son évolution, auxquels nous reviendrons tout à l'heure.

Au mois d'avril 1919, J. A..., jeune soldat au 18e R. I., au cours d'un match de foot-ball reçoit un coup violent (coup de pied probablement) sur la région frontale, vers la racine du nez. Une hémorragie nasale assez abondante se produit et s'arrête peu de temps après par compression. Le blessé ne perd pas connaissance, rentre au cantonnement et se couche. Le lendemain, au réveil, il se plaint seulement de forte céphalée et de gêne dans les mouvements du cou. Ses camarades l'engagent à se présenter à la visite médicale, mais il refuse. Ce n'est que dans l'après-midi, vers 13 heures, son état s'étant brusquement aggravé, qu'il est examiné et évacué sur l'hôpital militaire de C..., avec le diagnostic : « Traumatisme de la région frontale, et symptômes méningés ».

A l'entrée : lorsque nous le voyons vers 17 heures, le blessé est absolument privé de conscience, ne répondant pas aux appels faits à haute voix. Agitation motrice marquée, trismus, raideur considérable de la nuque, et signe de Kernig, hyperesthésie musculaire. Température : 39°8. Pouls tendu et rapide. On ne constate pas de vomissements; respiration bruyante, accélérée, accompagnée de véritables cris hydrencéphaliques, urines rares.

Inspection de la face : il n'existe pas de plaie de la région frontale, ni des régions sus-orbitaires, mais une ecchymose considérable bilatérale, en lunettes, avec trait d'union à la racine du nez. Cette ecchymose est sous-palpébrale. Les paupières soulevées, les globes oculaires présentent du strabisme divergent, léger épanchement sanguin sous-conjonctival, photophobie, inégalité pupillaire peu marquée, un peu d'exophtalmie.

A la palpation des arcades orbitaires et de la racine du nez, on ne constate en aucun point de dépression ni de mobilité anormale; pas de crépitation. Mais cette palpation au niveau des sinus frontaux et de la région intersinusale semble douloureuse pour le malade, malgré son inconscience.

Pas de mobilité du squelette nasal. Il n'existe pas d'emphysème sous-cutané.

Les fosses nasales sont complètement obstruées par des caillots sanguins.

Une ponction lombaire est alors pratiquée et donne issue à un liquide céphalo-rachidien très trouble, sous pression. Il n'est pas coloré par le sang, on en retire environ 15 cmc., que l'on envoie au laboratoire régional de bactériologie de S...

L'examen radioscopique éclaire peu le diagnostic, il n'existe pas de lésion du frontal, la région des sinus frontaux et la région interorbitaire sont très troubles, et il est difficile de distinguer s'il existe des lésions osseuses de la base.

Le diagnostic de méningite, consécutive à une fracture de l'étage antérieur de la base du crâne et probablement de l'ethmoïde, paraît le plus vraisemblable. Les résultats d'une intervention paraissent très aléatoires, étant donnés l'état des lésions méningées, et le point probable de la lésion osseuse. Traitement médical, avec glace, désinfection des fosses nasales à l'huile gomenolée, electrargol intraveineux à forte dose.

Dans la soirée, le malade paraît avoir été soulagé par la ponction lombaire. L'agitation tend à diminuer, mais ce n'est que la transition vers la phase de dépression où le malade entre au début de la nuit. Coma complet, immobilité et insensibilité absolues.

Le lendemain au matin, le malade est dans le même état. Entre temps, le résultat de l'examen bactériologique qui nous est parvenu révèle : un grand nombre de leucocytes polynucléaires, de grands mononucléaires, et, au point de vue microbien, du B. de Pfeiffer et surtout du pneumocoque en quantité considérable.

Une deuxième ponction lombaire est pratiquée dans la matinée. Le liquide qui s'écoule rapidement est toujours très troublé; on en retire environ 20 cmc. et on injecte à sa place sans retirer l'aiguille 10 cmc. d'électrargol. L'état du malade n'en est guère modifié; il est toujours comateux, et sa respiration présente bientôt le rythme de Cheyne-Stokes, il existe de la paralysie des sphincters, on continue le traitement général, et l'électrargol, on injecte de plus 10 cmc. de sérum antipneumococcique.

Mort vers 21 heures, au deuxième jour de son entrée sans avoir un instant repris connaissance.

Autopsie. — Résumé du procès-verbal d'autopsie : incision d'une oreille à l'autre par le vertex. On décolle et on rabat le masque : il n'existe pas de lésion de la face antérieure du frontal. Les 3/4 externes de chaque arcade orbitaire sont intacts, mais on constate :

1° Une fracture étoilée de la paroi antérieure du sinus frontal droit, dans sa partie interne. Il existe plusieurs esquilles retenues seulement par des lambeaux de périoste; elles n'ont pas subi de déplacement, et la forme de la cavité sinusale est conservée. Une fissure intéresse la paroi supérieure de la cavité orbitaire.

2° Une fracture, analogue à la précédente, mais plus étendue, sur la paroi antérieure du sinus frontal gauche. Propagation par deux fissures à la paroi supérieure de la cavité orbitaire. De même qu'à droite, il n'y a pas de déplacement des esquilles.

La muqueuse des sinus est à peu près intacte au niveau des points fracturés, leur cavité est comblée par un caillot, il n'y a pas de pus.

3° Un trait de fracture, à peu près horizontal, et parallèle à l'échancrure nasale du frontal réunit les deux lésions précédentes.

Les os propres du nez sont intacts.

La calotte cranienne enlevée selon le procédé habituel, on constate :

1° Les hémisphères sont recouverts à peu près complètement d'une couche épaisse de pus crèmeux, particulièrement abondant sur les lobes frontaux. Congestion intense des méninges, vaso-dilatation très marquée de la corticalité, traînées purulentes le long des vaisseaux, dure-mère tendue; liquide sous-dural purulent.

2° On relève l'encéphale, et après avoir isolé de l'étage antérieur la dure-mère très adhérente, on note les lésions suivantes sur le crâne :

A droite, une fêlure, qui partie de la ligne médiane se prolonge sur la face supérieure de la cavité orbitaire.

A gauche, pas de fracture.

Fracture esquilleuse de la lame criblée de l'ethmoïde, de chaque côté de l'apophyse crista galli, laquelle est elle-même fracturée à sa base, et presque complètement mobile. La lame verticale et les masses latérales paraissent intactes. De petites esquilles sont implantées dans la dure-mère qui, déchirée, est en communication directe avec les fosses nasales. Une sonde introduite par le nez, et conduite avec précaution, arrive directement dans la cavité cranienne.

Les résultats de l'autopsie confirment donc le diagnostic posé : fracture de l'étage antérieur, particulièrement de l'ethmoïde, infection ascendante directe, méningite généralisée.

Cette observation nous a paru intéressante à relater, pour les raisons suivantes :

1° Si les lésions traumatiques des sinus frontaux ne sont pas extrêmement rares, les lésions de l'ethmoïde dues à un traumatisme de cause externe sont, croyons-nous, beaucoup moins fréquentes. Nous n'en avons trouvé relatés que peu de cas (il est vrai que nous sommes actuellement mal placés pour des recherches bibliographiques). Les fractures de la lame criblée se rencontrent plus souvent causées par un corps étranger et surtout par un instrument au cours d'une opération par voie endo-nasale.

Les os propres, par leur situation sur un plan antérieur à celui de la région fronto-ethmoïdale, reçoivent généralement le choc; aussi leur fracture ou leur luxation est-elle courante (chez les boxeurs par exemple).

Enfin le cas actuel vient à l'appui d'un article du docteur Bryson Delavau (New-York) (*Revue de laryngologie de Bordeaux*, janvier 1918) regrettant « l'indifférence envers les traumatismes nasaux dus au foot-ball ». Il ne relate d'ailleurs pas de cas mortels.

Les fractures des membres et les entorses ne sont pas les accidents les plus graves de ce sport par ailleurs si utile

2° Il semble qu'on puisse expliquer cette fracture de l'ethmoïde par la transmission du choc (appliqué exactement à son extrémité antérieure) à travers la lame criblée, de faible résistance, coincée entre le frontal et le sphénoïde plus solides.

3° Le coup porté, à en juger par les lésions osseuses, fut extrêmement violent, et cependant, il n'existait aucune solution de continuité des téguments. Dans son Traité, Castex signale un cas semblable de Dupuytren, et le juge exceptionnel; il est fort possible qu'il en existe d'autres.

4° Pas d'emphysème sous-cutané, indiqué dans divers ouvrages comme signe de fracture des sinus frontaux. Il y avait des lésions très minimes de la muqueuse, et les fosses nasales étaient entièrement obstruées par les caillots. Peut-être est-ce là une raison de l'absence de ce symptôme?

5° Evolution en deux phases de la lésion : dans une première de vingt heures environ à partir du trauma, le blessé semble peu touché, vaque à ses occupations, ne se plaint guère; ce malgré des lésions osseuses importantes.

Puis, en l'espace de 3 à 4 heures, les symptômes méningés jusque-là insoupçonnés se déclarent et le malade devient inconscient; vers 9 heures du soir il est dans un coma complet. Divers auteurs, entre lesquels Lannois et Gignoux (*Annales de l'oreille*, 1914, VII) ont signalé des cas de méningite foudroyante (d'origine otogène) survenant en quelques heures chez des malades otorrhéiques, mais en bonne santé générale apparente; brusquerie du début, raccourcissement des diverses périodes d'évolution. Ils l'attribuent à une sidération des fonctions organiques, par infection massive des méninges. Notre cas (avec étiologie différente) présente des points analogues. Il s'est passé depuis le traumatisme jusqu'à la mort, 54 heures environ, dont 20 heures d'indifférence apparente de l'organisme. La lésion mortelle fut la fracture de la lame criblée, réalisant une communication on ne peut plus directe entre les méninges et le milieu éminemment septique des fosses nasales.

6° Au point de vue thérapeutique, il est fort probable qu'une intervention n'eût rien changé à l'évolution. L'infection était déjà très avancée à l'entrée du blessé à l'hôpital, elle était suraiguë comme le prouvait sa marche rapide. Il eût été aisé d'intervenir sur les sinus frontaux, mais là n'était pas la lésion mortelle. Quant à l'action sur l'ethmoïde elle était problématique, eût été incomplète et par suite inutile.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 28 AVRIL 1920)

Perforation duodénale. — M. Dujarier apporte au débat actuel une observation de perforation duodénale qu'il a traitée par la suture et une gastro-entérostomie. Pendant 4 jours, le malade alla très bien. Puis il fut pris d'une fièvre à 40° et succomba très rapidement. A l'autopsie, pas de péritonite; les sutures avaient bien tenu, la gastro-entérostomie fonctionnait bien. Le malade avait succombé à une toxémie. Ce fait prouve une fois de plus la gravité de ces perforations et même des interventions qu'elles nécessitent.

Adénomes du foie. — M. Hartmann communique l'observation d'une femme de 42 ans, ayant eu 8 enfants, sans passé hépatique, chez laquelle, en octobre 1918, il reconnut l'existence d'une tumeur sous-hépatique, mobile. Opération en novembre. On trouve une vésicule dilatée, contenant deux calculs ; le foie est bombé; au-dessous du foie on sent une tumeur arrondie, du volume d'une mandarine. M. Hartmann fait une cholécystectomie et une résection hépatique, la tumeur se confondant avec la partie inférieure du foie. Affrontement des deux bords de la tranche hépatique. Guérison; 18 mois après, cette malade reste encore guérie ; histologiquement, il s'agissait d'une tumeur intermédiaire entre l'adénome et l'adéno-épithélioma.

Un rapport de M. Quénu sur un cas de **luxation traumatique du cuboïde**, adressé par M. Küss; affection rare, que seule la radioscopie permet de diagnostiquer.

M. Quénu fait une description anatomique complète de cette lésion.

Anastomose saphéno-fémorale. — M. Delbet analyse 2 observations, dont l'une de M. Pellissier, relatives à des malades variqueuses traitées par l'anastomose saphéno-fémorale.

M. Delbet insiste sur les bons résultats de cette opération qu'il a préconisée. Il rappelle, à ce sujet, ce qui s'est passé pour les hernieux qui longtemps ont hésité à accepter la cure radicale de leurs hernies, et qui, aujourd'hui, acceptent et demandent eux-mêmes l'opération. Il devrait en être de même pour les variqueux, les varices étant une infirmité au moins aussi gênante que la hernie. Tous les chirurgiens devraient entreprendre une croisade en faveur de cette opération simple, facile, bénigne et efficace.

Arthrite temporo-maxillaire. — M. Ombrédanne fait un rapport sur un cas d'arthrite temporo-maxillaire, consécutive à des accidents d'une dent de sagesse ayant entraîné de la nécrose du maxillaire inférieur et continuant à évoluer malgré une ouverture large du foyer. Deux mois après, survinrent de la céphalée, de l'œdème, une température de 40°, des mouvements convulsifs; puis le malade tomba dans le coma et succomba. A l'autopsie, on trouva de la nécrose du maxillaire inférieur, une arthrite suppurée, un abcès dure-mérien; la paroi externe du ventricule latéral était prise ; les lésions continuaient jusqu'à l'écorce cérébrale. Il s'agissait, en somme, d'un abcès intra et extradure-mérien ayant eu pour point de départ une arthrite temporo-maxillaire. Ces faits sont rares.

Un nouveau procédé d'introduction de sérum chaud dans l'abdomen. — M. Labbé analyse un travail de M. Henri Petit (de Château-Thierry) sur ce sujet. Ce procédé consiste à ponctionner, avec un gros trocart, la fosse iliaque et à y introduire 2 litres de sérum chaud. M. Labbé fait des réserves sur ce procédé qui n'est pas sans danger.

MM. Delbet et Duval estiment que le procédé ne saurait être défendu à la Société de chirurgie.

Arthrites suppurées du genou traitées avec succès par la méthode de Willems. — M. Arrou, au nom de son interne, M. Truffer, apporte deux cas; l'un concerne un jeune homme de 24 ans atteint d'arthrite blennorragique; température, 39°4. Immobilisation pendant 8 jours; pas d'amélioration, alors on a recours à la méthode de Willems : arthrotomie double, lavage à l'éther, mouvements actifs d'abord, puis actifs et passifs; l'article se vide mal ; la température se maintient élevée, les mouvements volontaires sont toujours très douloureux. Enfin, après 3 semaines de traitement, les douleurs cessent, la température baisse; guérison parfaite avec tous les mouvements de l'articulation.

M. Arrou communique un second fait analogue, également terminé par la guérison, sans raideur articulaire.

M. Arrou insiste sur l'importance des mouvements passifs qui favorisent l'évacuation du pus. Il faut donc ajouter ces mouvements passifs aux mouvements actifs qui ont aussi leur utilité.

MM. Michon, Quénu, Ockynczic, Lenormant et Rouvillois apportent des faits qui confirment les conclusions de M. Arrou. Il résulte de cette discussion que la méthode de Willems, sauf de rares exceptions, donne de très beaux résultats.

Typhlo-appendicites. — M. Bérard (de Lyon) pense que, dans bien des cas considérés comme des cas d'appendicite, c'est le cæcum qui est pris primitivement. L'appendice l'est secondairement. Ces cas s'observent surtout, chez les jeunes sujets, au cours d'épidémies de grippes. Ces lésions sont caractérisées par des plaques indurées, plus ou moins étendues sur le cæcum, s'accompagnant ou non de ganglions mésentériques. M. Bérard estime que dans ces cas de typhlo-appendicite il ne faut pas se contenter d'enlever l'appendice, il faut y ajouter une résection de la partie indurée du cæcum. M. Bérard apporte plusieurs observations avec examen histologique des plaques cæcales. Il s'agit de lésions purement inflammatoires. Cette résection et la suture qui s'ensuit ne compliquent pas beaucoup l'opération et donnent une grande sécurité pour l'avenir. Il est donc nécessaire au cours de toute appendicectomie d'examiner avec soin le cæcum.

M. Routier qui a opéré un grand nombre d'appendicites a souvent rencontré ces indurations cæcales, surtout dans les cas d'appendicites rétrocæcales. Il a qualifié ces faits de typhlite concomitante. Il n'a pas enlevé ces plaques et ses malades n'en ont pas moins bien guéri.

M. Walther partage l'avis de M. Routier. Il ne croit pas que, sauf dans certains cas exceptionnels, il y ait lieu d'ajouter une résection cæcale à l'appendicectomie.

Dangers des injections d'huiles médicamenteuses. — A signaler, parmi les présentations, celle qu'a faite M. Alglave d'une jeune femme qui portait une quinzaine de tumeurs dans le sein. On ne savait de quelle nature elles pouvaient être. Après enquête, on apprit que cette malade avait reçu une grande quantité d'injections sous-cutanées d'huiles médicamenteuses. Ces tumeurs, en effet, contenaient de l'huile.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 15 AVRIL 1920)

M. Dufour prononce l'éloge funèbre de M. Rauzier (de Montpellier), membre correspondant de la Société.

Réactions électriques dans les myopathies. — M. Bourguignon rappelle que tous les myopathiques présentent un ou plusieurs muscles avec galvanotonus ou myotonus. Au début des myopathies, ce phénomène existe dans presque tous les muscles; à la période d'état, on le constate toujours sur un ou plusieurs corps musculaires.

Chorée chronique héréditaire. — MM. Klippel, Mathieu-Pierre Weil et Jacquelin présentent un malade de 47 ans atteint, depuis l'âge de 41 ans, de chorée chronique de type Huntington, et dont la sœur, la mère, la grand'mère et un grand-oncle maternels étaient atteints de la même affection. En plus des symptômes classiques de la chorée chronique héréditaire et de signes de la série tabétique liés à un tabes en évolution, on relève chez ce malade des stigmates de dégénérescence (auriculaires, palatins, dentaires), une bradycardie de 48 pulsations à la minute et des crises de faim gloutonne et paroxystique dont sa mère pareillement était atteinte. A noter la mort d'ascendants par pendaison volontaire.

Note sur le facies et sur la force de résistance dans la paralysie agitante. — M. Souques attire l'attention sur deux phénomènes signalés dans la paralysie agitante qui, à son avis, ne sont pas d'ordre pathologique mais bien d'ordre physiologique normal.

Les rides frontales sont rares chez les parkinsoniens; quand elles existent, elles ressortissent à la physiologie normale et tiennent à l'élévation du regard que nécessite l'immobilisation de la tête en flexion prononcée.

La contraction dynamique, dont la force de pression est un exemple, est moins puissante que la contraction statique ou force de résistance. Il y a un contraste frappant entre les deux, tant chez un sujet normal que chez un parkinsonien. Dans la pression, l'action des antagonistes intervient pour modérer l'action des agonistes. Il n'en est pas de même dans la contraction statique où, au contraire, les antagonistes se relâchent pour permettre aux agonistes de développer toute leur puissance.

Le contraste entre la force de pression et la force de résistance n'est pas, comme on l'a dit, un phénomène parkinsonien. C'est un phénomène normal, tenant à l'action des antagonistes qui se contractent dans la pression et se relâchent dans la résistance.

Amyotrophie progressive à évolution lente posttraumatique. — M. Porot (d'Alger).

Deux cas de syndrome oculaire sympathique isolé par traumatisme cranien. — M. F. Rose présente l'observation de deux blessés dont le premier ayant reçu un coup de rondin derrière l'oreille gauche, coup qui fut suivi de perte de connaissance et d'otorragie gauche, ne présenta d'autre symptôme nerveux qu'un syndrome de Claude-Bernard-Horner gauche complet et persistant, et dont le second, trépané pour fracture du côté droit du front pour plaie par éclat d'obus, eut une hémiparésie gauche transitoire et ne conserva comme reliquat nerveux objectif qu'un syndrome oculo-sympathique droit léger.

M. Rose attribue ce syndrome à une hémorragie située, chez le premier malade, dans le canal carotidien (fracture du rocher), chez le second dans la gaine de l'artère ophtalmique, et il pense que, en l'absence de tout symptôme traduisant une atteinte du système nerveux central, il ne faut incriminer en pareil cas qu'une lésion du sympathique périphérique périartériel.

Paralysie des muscles pelvi-trochantériens après abcès quinique fessier. — MM. H. Roger et G. Aymès (de Marseille) communiquent une observation de paralysie pelvi-trochantérienne consécutive à une injection intrafessière de quinine suivie d'abcès et d'escarre. Ce cas reproduit le syndrome déjà décrit par Sicard et Roger : claudication à type de luxation congénitale, parésie de la rotation en dehors de la cuisse, troubles des réactions électriques des fessiers, abolition du réflexe du tenseur du facia lata, habituellement obtenu par le chatouillement plantaire.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 17 AVRIL 1920)

La méthode Camus-Nepper appliquée à la sélection d'aviateur. — M. Vincent s'est servi, pendant plus de 2 ans, de la méthode préconisée par MM. Jean Camus et Nepper pour la sélection des candidats à l'aviation; elle consiste à mesurer les réactions psychomotrices et à enregistrer les réactions émotives des intéressés.

Les recherches de M. Vincent ont été pratiquées sur plus de 2.000 sujets; elles le conduisent à considérer la technique, utilisée et perfectionnée en quelques points, comme très fidèle.

Variations de la teneur en glycogène du foie pendant la crise colloïdale. — MM. B.-G. Duhamel et R. Thieulin. Dans le foie de l'animal inanitié, la teneur en glycogène subit une diminution uniforme; que l'on vienne à injecter, pendant le jeûne, de l'argent colloïdal électrique, on constate 6 heures après une augmentation très notable de la quantité de glycogène. Pour ces recherches, les auteurs font des prélèvements de foie chez le lapin par biopsie et dosent le glycogène par leur méthode colorimétrique.

Les effets rapprochés de la purgation (huile de ricin) sur la sécrétion urinaire; ses rapports possibles avec le shock opératoire. — MM. Gosset et Mestrezat. La purgation huileuse provoque : *a.* une oligurie prononcée, propre à la purgation, sans rapport direct avec les ingesta et la dérivation intestinale, oligurie qui, en s'ajoutant à celle, de moindre importance, due à la diète observée, amène une réduction de 20 à 70 p. 100 du volume total des urines (moyenne, 37 p. 100); *b.* une diminution notoire des matériaux excrétés (acides, extrait, cendres, etc.); *c.* un remaniement de la composition de l'azote urinaire caractérisé par une diminution du taux de l'azote uréique avec augmentation du non-dosé azoté (azote total diminué de l'azote uréique, ammoniacal et purique). Le non-dosé azoté de l'urine des 24 heures présente même quelquefois, malgré l'oligurie, un taux supérieur en valeur absolue à celui des urines témoins.

Rien de semblable dans le jeûne au début.

Il résulte de ces faits que le rein est en partie fermé au moment où l'organisme subit l'influence du chloroforme ou de l'éther, qu'il y a, durant les jours qui suivent la prise d'une purge, une mobilisation tout à fait anormale de produits azotés mal définis dont on connaît le rôle dans le shock (Mestrezat, 1918 et 1919; Duval et Grigaut, 1919; Quénu, 1919) et le taux élevé dans l'azotémie grave (Carnot, Gérard et Moissonnier, 1920).

La purgation crée chez les opérés un état de moindre résistance, si tant est qu'elle n'amène pas quelques-uns d'entre eux au seuil du shock.

De la nécessité d'employer plusieurs antigènes et en particulier l'antigène foie d'hérédo dans l'exécution de la réaction de Wassermann. — M. Durupt. L'antigène foie d'hérédo est nettement plus sensible que l'antigène cœur. Les auteurs ont réuni 54 cas où la réaction a été négative avec les antigènes cœur, et positive avec l'antigène foie d'hérédo, et pour lesquels une enquête clinique des plus précises et minutieuses a été menée.

Sur ces 54 cas de réactions dissociées, il y avait : 2 hérédo-syphilitiques; 6 syphilitiques vieux non traités; 12 tabétiques; 20 syphilitiques traités par les sels d'arsenic; 14 cas où la syphilis ne peut être affirmée par les signes cliniques.

Il semble qu'il y a avantage à prendre en considération les réponses données par l'antigène foie d'hérédo. Sur 100 réactions dissociées on évite de méconnaître 37 syphilitiques et on évite d'interrompre le traitement de 37 autres sur la foi de réactions négatives trop facilement obtenues. C'est dans les cas de syphilis traitée ou ancienne ou d'hérédos qu'il y a intérêt à exécuter la réaction avec l'antigène foie d'hérédo. Dans les cas de syphilis secondaire, tous les antigènes paraissent donner d'excellents résultats.

De la consommation du glucose en fonction de la glycémie chez le sujet normal et chez le diabétique. — MM. H. Chabanier et M. Lebert, en opérant sur des sujets normaux et sur des diabétiques à jeun depuis la veille, et chez lesquels, par suite, les échanges pouvaient être considérés comme constants, constatent que l'ingestion de glucose provoque parallèlement à l'élévation de la glycémie une augmentation du CO^2 exhalé qui, étant données les conditions de l'expérience, peut être considérée comme proportionnelle à la quantité de glucose consommée.

Mais il existe, entre le diabétique et le sujet normal, la différence suivante : pour consommer la même quantité de glucose un diabétique devra élever sa glycémie dans une plus forte proportion que le sujet sain. Cette constatation vient à l'appui de l'hypothèse proposée par L. Ambard suivant laquelle l'hyperglycémie représenterait le mécanisme compensateur du trouble constituant le diabète.

De la toxicité des ptomaïnes. — M. Lucien Dreyfus. L'innocuité des toxines microbiennes introduites expérimentalement dans le tube digestif paraît actuellement bien établie. Il n'en est pas de même de certains produits définis, tels que la choline, la triméthylamine, la cadavérine et la putrescine que l'on trouve dans les cadavres au bout d'un certain nombre de jours, les corps sont très toxiques, non seulement par voie intraveineuse ou sous-cutanée, mais aussi par voie digestive. Ils sont parfois même plus toxiques en injection intrarectale qu'en injection sous-cutanée. La neutralisation des solutions leur fait perdre une partie de leur toxicité, ce qui justifie peut-être certaines pratiques culinaires.

La tension intrapleurale à l'état normal et pathologique. — M. P. Ameuille. Si l'on fait communiquer la cavité pleurale avec un manomètre sensible, on s'aperçoit qu'il existe à l'intérieur de cette cavité une pression inférieure à la pression atmosphérique; l'écart moyen est équilibré par 8 à 10 cmc. d'eau chez l'homme.

La mensuration de la tension intrapleurale chez l'homme n'est pas aussi difficile qu'on pourrait le croire. Elle se réalise assez facilement à l'aide d'un appareil pour la pratique du pneumothorax artificiel. On peut ainsi évaluer cette tension dans une série d'états pathologiques de la plèvre et du poumon. Dans l'emphysème pulmonaire elle est parfaitement normale, c'est-à-dire inférieure à la pression atmosphérique. Il semble donc impossible, après cette constatation, d'admettre que l'emphysème pulmonaire, avec sa déformation thoracique caractéristique, est dû à une pression excentrique du poumon sur la surface intérieure de la paroi thoracique, puisque entre les deux est toujours interposée une cavité à pression subatmosphérique.

Sur les caractères présentés par le « Sterigmatocystis nigra » en présence d'une dose réduite de phosphore. — M. Molliard. Chaque fois qu'on vient à réduire fortement la dose d'un des éléments nécessaires au développement du *Sterigmatocystis nigra* il se produit des troubles dont la nature dépend de celle de la substance sur laquelle on fait porter la réduction. C'est ainsi que, si le taux du phosphore n'est que le 1/25 du taux optimum, le sucre n'est consommé qu'au bout de 30 jours au lieu de 2 2/3; le phénomène respiratoire aboutit à la formation d'acide oxalique libre, qui est à son tour brûlé quand le sucre a disparu; l'auteur avait montré précédemment qu'en inanition d'azote il se produit de l'acide citrique, et il est remarquable de constater que la nature de l'acide organique ainsi formé est sous la dépendance de la sorte d'élément qui a été fourni en faible quantité.

— Communication faite à la séance du 13 mars :

Le typhus exanthématique et les réactions d'agglutination. — M. H. Violle. Weill et Félix ont montré que certaines races de « b. proteus » étaient agglutinées par le sérum de malades atteints de typhus exanthématique. De là un moyen de diagnostic de cette affection. Or, d'après nos expériences, tous les microbes banaux ou pathogènes protéolytique (pyocyanique, v. cholérique, prodigiosus, subtilis, etc.) jouissent également de la propriété d'être agglutinés par le sérum de typhiques. On peut donc supposer que le virus du typhus exanthématique possède une qualité commune aux microbes protéolytiques, mais sur la nature de laquelle nous ne sommes pas encore fixés.

La banalité de la réaction de Weill et Félix enlève donc au b. proteus tout caractère de spécificité, vis-à-vis du typhus.

JURISPRUDENCE

UN MÉDECIN DU BUREAU DE BIENFAISANCE INJUSTEMENT RÉVOQUÉ A DROIT A UNE RÉPARATION PÉCUNIAIRE

On sait que les médecins et chirurgiens du bureau de bienfaisance sont nommés par le préfet, sur la présentation de 3 candidats par la Commission administrative. Ils sont révocables par le préfet; mais la révocation n'est définitive qu'après approbation du ministre de l'Intérieur (ordonnance 31 oct. 1821).

Ils reçoivent une rétribution annuelle.

Le Dr R..., médecin du bureau de bienfaisance de Saint-Laurent-du-Médoc, remplacé dans ses fonctions par un arrêté préfectoral, annulé ultérieurement par le Conseil d'Etat pour excès de pouvoir, s'était vu privé, pendant un laps de temps correspondant approximativement à la période comprise entre son remplacement irrégulier et le moment où il avait été réintégré dans son emploi, du traitement auquel il avait droit et de la jouissance du logement qui lui avait été affecté. Il demanda la réparation du préjudice qui lui avait été causé, comprenant un rappel de traitement de 2.291 fr. 66 et une indemnité de logement égale à 1.296 fr. 66.

Le bureau de bienfaisance concluait au rejet de la demande, notamment parce que la révocation résultait d'une décision prise par le préfet de la Gironde et que le médecin, recevant plutôt une indemnité qu'un véritable traitement fixe, n'était pas assimilable, en tous points, à un fonctionnaire révoqué, privé du traitement de sa fonction.

Le Conseil d'Etat n'a pas admis cette thèse et a fait droit, dans son arrêt du 7 novembre 1919, à la réclamation du médecin en lui allouant une indemnité de 3.000 fr. Il a décidé :

« 1° *Sur la fin de non-recevoir opposée par la Commission administrative du bureau de bienfaisance,*

Considérant que, si les médecins des bureaux de bienfaisance sont nommés par les préfets et révoqués par eux sous réserve de l'approbation ministérielle, ils sont rémunérés par les bureaux de bienfaisance; qu'ils sont dès lors des agents de ces établissements publics; qu'il suit de là que c'est avec raison que R... s'est adressé à la Commission administrative aux fins d'obtenir les réparations qu'il estime lui être dues;

2° *Sur la réparation due à R...*

Considérant que, si le fonctionnaire, dont la révocation a été annulée, ne peut, sauf les cas où sa situation juridique est fixée par une disposition de loi ou de règlement émanant de l'autorité compétente, prétendre au paiement d'un traitement proprement dit pour la période où il n'a pas exercé ses fonctions, il a droit en principe à une indemnité destinée à le dédommager de la perte de tous les avantages dont il a été privé par sa révocation irrégulière, et ce jusqu'au jour où sa situation a été définitivement réglée; que le requérant est donc fondé à demander une indemnité en réparation du préjudice par lui subi du fait de l'arrêté préfectoral du 10 décembre 1910, annulé par décision du Conseil d'Etat en date du 15 novembre 1912.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

NOTES POUR L'INTERNAT

NÉVRALGIE INTERCOSTALE

DÉFINITION. — Douleur plus ou moins violente, siégeant sur tout ou partie du trajet d'un ou de plusieurs nerfs intercostaux.

C'est une névralgie extrêmement fréquente, tenace, récidivante. Elle est parfois bilatérale.

ÉTIOLOGIE. — La *femme* paraît plus prédisposée : anémie, nervosisme, débilité. La fréquence paraît augmenter à partir de l'âge adulte et la cause déterminante de la névralgie est d'ordre local ou général.

1° *Causes locales.* — Les *affections costales* sont au premier plan : contusion thoracique, fractures de côtes, cal exubérant, ostéite tuberculeuse ou syphilitique agissant par irritation et compression des nerfs intercostaux dans tout leur trajet. Les *lésions de voisinage* : cancer du sein avec propagation à la paroi, affections pleuro-pulmonaires au premier rang desquelles la tuberculose à tous ses stades, les épaississements pleuraux, le cancer du poumon, les tumeurs du médiastin, l'anévrisme de l'aorte descendante, les affections du péricarde, les lésions vertébrales (tuberculose, cancer).

2° *Causes générales.* — Parmi celles-ci les infections et les intoxications jouent un rôle important : les intoxications par le plomb, par l'alcool sont les plus fréquentes; parmi les infections, citons la tuberculose, la syphilis, le paludisme, toutes les maladies infectieuses en général.

Enfin, il ne faut pas oublier les névralgies intercostales d'ordre rhumatismal, sorte de *névralgie a frigore.*

A côté de ces névralgies intercostales d'ordre périphérique, il faudrait peut-être placer celles qui relèvent d'une lésion siégeant au niveau des racines : ce sont les *névralgies d'ordre radiculaire* relevant de la compression des racines rachidiennes dans leur trajet intervertébral. Ce sont elles qui relèvent d'un mal de Pott, d'un cancer vertébral, de tumeurs intrarachidiennes, tabes, etc. Elles sont le plus souvent bilatérales (douleurs en ceinture).

Enfin, signaler les *névralgies réflexes*, secondaires à une affection gastrique, intestinale, viscérale, utéro-ovarienne.

SYMPTOMES. — La *douleur* est le symptôme principal, souvent même unique. Elle siège plus fréquemment à gauche qu'à droite, et les nerfs moyens, du 5e au 9e, sont plus souvent atteints. Elle peut occuper un ou plusieurs espaces intercostaux. Son début est brusque, inattendu; elle est d'intensité variable. D'ordinaire continue, la douleur s'exaspère brusquement à l'occasion du moindre mouvement, d'une inspiration forcée, d'un bâillement, de la toux, du rire, de la parole, etc. Sous l'influence d'une de ces causes, le malade ressent une sensation de coup de poignard, de broiement qui lui fait pousser un cri et suspendre sa respiration. Son visage peut être même angoissé et il porte souvent la main sur le côté douloureux, comme s'il était soulagé par une certaine pression à ce niveau. Il semble plutôt que c'est par l'immobilisation de la paroi qu'il diminue la douleur.

Il est classique de décrire les points douloureux sur lesquels Valleix a attiré l'attention et qui correspondent à l'émergence des perforants :

1° En arrière, c'est le point postérieur, *paravertébral*, sur les parties latérales des vertèbres dorsales, correspondant à l'émergence du nerf cutané postérieur ou rameau dorsal ;

2° Sur la ligne axillaire, c'est le point moyen ou *latéral* qui répond au nerf perforant latéral ;

3° Enfin, en avant, répondant au perforant antérieur, c'est le point *douloureux antérieur* qui est parasternal pour les cinq ou six premiers nerfs et qui, pour les nerfs suivants, se trouve au voisinage de la ligne blanche.

Il ne faut pas oublier que la névralgie intercostale des Ier, IIe et IIIe nerfs intercostaux s'accompagne d'une douleur sur la face interne du bras, du fait de leur anastomose avec le nerf brachial cutané interne et son nerf accessoire.

La douleur reste fixée au niveau d'un de ces perforants, dans une zone limitée, ou bien elle occupe tout le trajet d'un espace intercostal. Parfois, enfin, il y a des irradiations au moment des crises, vers la région lombaire, l'abdomen ou le cou.

La peau est souvent hyperesthésiée à ce niveau et le contact des vêtements peut même être très douloureux. Enfin, elle peut provoquer de la contracture des muscles intercostaux, ce qui limite ainsi l'expansion respiratoire thoracique.

On examinera complètement le malade, sans oublier la percussion de la colonne vertébrale et l'auscultation attentive des poumons et du cœur.

MARCHE. DURÉE. TERMINAISON. — L'évolution de la névralgie intercostale dépend de la cause qui l'a fait naître. Fugace et passagère, dans le cas de rhumatisme, récidivante chez les femmes anémiques, névropathes ou dyspeptiques, elle peut persister et s'aggraver progressivement s'il s'agit de tuberculose pleuro-pulmonaire ou de tumeur maligne.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic est facile si les trois points douloureux existent le long du nerf et lorsque la pression à leur niveau exaspère la douleur. Mais bien souvent la névralgie n'est que partielle siégeant au niveau d'un perforant latéral ou antérieur, et alors le diagnostic peut se poser avec plusieurs affections.

Le *point de côté* de toutes les affections pleuro-pulmonaires aiguës (dont la pathogénie est d'ailleurs bien proche de celle de la névralgie intercostale) est une douleur fixe, profonde, pongitive, qui est exaspérée plus par la respiration que par la pression à ce niveau. Il y a de la fièvre, de la toux, des signes physiques à l'auscultation.

Il en est de même de la douleur aiguë de la péricardite.

La *pleurodynie* serait une douleur rhumatismale musculaire et non nerveuse, moins fixe, plus étendue, étalée en surface, et s'accompagnant de douleur au pincement des masses musculaires thoraciques.

Les *fractures de côtes*, les contusions du gril costal peuvent s'accompagner de douleur violente. Mais au niveau même de la douleur, il existe parfois une plaie, une ecchymose ou une crépitation caractéristique, parfois seulement perceptible à l'auscultation.

La *mastodynie* consiste en une congestion passagère et de cause mal déterminée de la glande mammaire. Les amas glandulaires sont tuméfiés, douloureux, et il peut s'écouler une légère sécrétion par le mamelon. Tous ces phénomènes se voient exceptionnellement chez les jeunes gens au moment de la puberté, et assez souvent chez les jeunes filles au moment des règles.

La névralgie intercostale étant reconnue, on devra en rechercher la cause par un examen complet du malade, et en particulier on recherchera la tuberculose, une affection thoracique ou rachidienne.

TRAITEMENT. — Il devra s'adresser à la cause même de la maladie, puis au symptôme douleur. Le traitement symptomatique peut être médical, chirurgical ou hydrominéral.

1. *Médical.* — S'adresser aux analgésiques : antipyrine, phénacétine, aspirine, salicylate de soude. Dans les cas très violents, employer exceptionnellement la morphine.

Le traitement externe consiste en réfrigération : pulvérisation ou stipage avec du chlorure d'éthyle ou de méthyle. Parfois des compresses humides, chaudes et laudanisées. Pointes de feu, onctions au baume tranquille laudanisé.

2. *Chirurgical.* — Injections hypodermiques de sérum simple ou de sérum cocaïné, stovaïne, injection sous-cutanée d'air.

Une intervention plus importante peut s'imposer dans les cas de cals exubérants ou de déplacement des côtes.

3. *Physique et hydrominéral.* — Electricité galvanique, haute fréquence. Saison à Aix-les-Bains, Néris, Plombières.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.



N° 43. — SAMEDI 8 MAI 1920. 93e ANNÉE. SAMEDI 8 MAI 1920. — N° 43.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 15 francs par an. Étudiants étrangers, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, près la Faculté de médecine
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 6 fr. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, de 9 h. à 11 h. et de 2 h. à 5 h.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 3 mai. — MM. Lemeland, 28; Guéniot, 22.

Médecine opératoire. — Séance du 5 mai. — Question donnée : « Ligature de l'artère fémorale dans le canal de Hunter. — Désarticulation du 1er métacarpien avec le doigt correspondant. »

MM. Lemeland, 9; Vignes, 15; Guéniot, 12; Chirié, 11; Ecalle, 20.

Sont déclarés admissibles : MM. Chirié et Vignes, 83; Guéniot, 81; Ecalle, 77; Lemeland, 76.

— CONCOURS DE MÉDECIN D'ANGICOURT. — *Epreuve clinique double.* — Séance du 4 mai. — MM. Buc, 38; Escande, 37.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 3 mai. — Question donnée : « Artère poplitée. — Signes, diagnostic et traitement de la phlegmatia alba dolens. »

MM. de Brun du Bois-Noir (Pierre), 13 + 22 = 35; Paturet, 14 + 26 = 40; Hermet, 15 + 25 = 40; Broca, 15 + 24 = 39; Laurent (Pierre), 14 + 23 = 37; Plait, 13 + 22 = 35; Comet, 12 + 20 = 32; Mlle Thivolet, 16 + 24 = 40; MM. Huet, 19 + 26 = 45; Niel, 15 + 22 = 37.

Séance du 4 mai. — Question donnée : « Rapports de l'utérus. — Signes et diagnostic de l'hématocèle pelvienne. »

MM. Rousse, 12 + 23 = 35; Mérot, 14 + 22 = 36; Philippe de la Marnierre, 15 + 22 = 37; Jacquet, 12 + 20 = 32; Winter, 15 + 25 = 40; Grellety-Bosviel, 13 + 25 = 38; Dufestel, 11 + 20 = 31; Flot, 13 + 22 = 35; Ménard, 13 + 23 = 36; Rousseau, 15 + 22 = 37.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Anatomie.* — Séance du 4 mai. — Question donnée : « Tronc cœliaque. »

MM. Quenza, 9; Lefèvre (Georges) et Lion, 16; Mlle Mortier, 14; MM. Weber, 11; Lévy (Pierre), 13; Martin (J.), 19; Mlle Linossier, 15; MM. Lévy (Marcel), 14; Lazare (H.), 12; Lefrançois, 7; Lenormand, 15; Leboucher, 16; Lafont (Ernest), 13; Mlle Lécharny, 6; MM. Lamy, 15; Laversin, 14; Lambling, 19; Laymond, 14; Lavieille, 13 1/2.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — *Anatomie pathologique.* — 1re séance. — Jury : MM. Letulle, Teissier, Curtis, Massabuau, Masson, Rathery, Leuret. Candidats : MM. Muratet (Bordeaux), Pélissier (Lille).

2e séance. — *Exposé de titres.* — MM. Muratet, 30; Pélissier, 25.

3e séance. — *Leçon orale de 3/4 d'heure après 4 heures de préparation.* — M. Pélissier : « Etude anatomo-pathologique des tumeurs primitives des ganglions lymphatiques. » Note : 28. — M. Muratet : « Etude anatomo-pathologique de la dégénérescence amyloïde. » Note : 28.

4e séance. — *Epreuve pratique.* — « Rein polykystique. — Gros cœur de néphrite chronique. — Cancer de l'ovaire avec kyste hématique de l'autre ovaire et des coupes histologiques (coupes d'intestin, de ganglion, de rate, de foie, de surrénales provenant d'une autopsie de fièvre typhoïde). »

MM. Muratet, 25; Pélissier, 28.

Sont nommés : MM. Muratet (Bordeaux), Pélissier (Lille).

Dermatologie et syphiligraphie. — 1re séance. — Jury : MM. Widal, Audry, Jeanselme, Etienne, Nicolas, Labbé, Spillmann. Candidat : M. Nanta (Toulouse).

2e séance. — *Examen des titres.* — M. Nanta, 30.

3e séance. — *Leçon orale de 3/4 d'heure après 4 heures de préparation.* — M. Nanta : « Méningites syphilitiques. » Note : 30.

4e séance. — *Leçon clinique.* — M. Nanta. Note : 30.

Est nommé : M. Nanta (Toulouse).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Le Lorier, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille (section d'obstétrique), est attaché en la même qualité à la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

FACULTÉS DES DÉPARTEMENTS. — ALGER. — M. Malosse

(Henri), chargé des fonctions d'agrégé, est chargé en outre d'un cours complémentaire de chimie organique.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ANGERS. — Un concours s'ouvrira, le 8 novembre 1920, devant l'Ecole supérieure de pharmacie de l'Université de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers.

Le registre d'inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— RENNES. — M. Caille, professeur suppléant de chimie, est chargé en outre du service de la suppléance de physique, en remplacement de M. Cloarec, décédé.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — MM. les Drs Pottevin, sénateur, et Ott ont été nommés membres de la Commission instituée par arrêté du 17 avril 1920 en vue d'étudier les modifications qu'il conviendrait d'apporter à la loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique.

UN INSTITUT DE RECHERCHES CHIMIQUES APPLIQUÉES A L'INDUSTRIE. — Sous le haut patronage de M. Paul Deschanel, président de la République, des maréchaux Joffre, Foch et Pétain, de M. Raymond Poincaré, de M. Millerand, président du Conseil des ministres, des présidents du Sénat, de la Chambre, du Conseil général de la Seine et du Conseil municipal de Paris, vient d'être constitué un Comité qui se propose de fonder un Institut de recherches chimiques appliquées à l'Industrie. Il s'agit de créer, sur le modèle de l'Institut Pasteur et des Grands Instituts américains, un puissant organisme scientifique, grâce auquel les chercheurs les plus compétents auront à leur disposition les moyens matériels de faire réaliser à l'industrie nationale des progrès qui la mettront hors de pair.

Dans cet Institut, nous écrit M. Francis Marre, le distingué secrétaire général de l'Association professionnelle des écrivains scientifiques français, les uns travailleront dans de vastes laboratoires, comportant tous les perfectionnements techniques nécessaires et pourvus de l'outillage le plus moderne. D'autres, à Paris ou en province, recevront, sous forme de subventions, les larges crédits qui leur manquent pour poursuivre leurs travaux. D'autres enfin seront chargés de missions d'études à l'Etranger. Tous concourront à accroître la grandeur économique française.

Tous les grands noms de la Science, de l'Industrie, du Commerce, de la Politique et de la Finance, se sont groupés, dès le premier jour, pour assurer le succès de l'entreprise, dont la Banque de France a accepté d'être le trésorier.

Les souscriptions s'élèvent déjà à un total impressionnant et bientôt — dès que le premier million aura été recueilli — la première liste de donateurs pourra être publiée.

D'autres listes suivront : tous les bons Français, jaloux de la gloire du pays et soucieux de son prompt relèvement, auront à cœur de s'inscrire. Qu'ils veuillent bien, dès maintenant, fixer eux-mêmes la somme dont ils peuvent disposer en faveur d'une œuvre utile à la Patrie, et qu'ils l'indiquent par un mot adressé au président du Comité d'initiative, M. le sénateur Brangier, 53, rue Réaumur, à Paris. L'encaissement sera fait, sans frais, par les soins de la Banque de France.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les Drs Henri Zimmermann (de Mulhouse) et Alfred Jean, à Nice.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mardi 11 mai. — Jury : MM. Chauffard, président ; Bezançon, Carnot et Sicard. — M. CEILLIER (André). Paraostéo-arthropathies des paraplégiques par lésion de la moelle épinière. — M. BRODIEZ (Louis). Contribution à l'étude de l'évolution des pleurésies. — M. ABEL (Robert). Les injections transtrachéales d'huile goménolée dans les broncho-pneumonies.

Jury : MM. Achard, président; Duval, Jeanselme et Mocquot. — M. DROUIN (Henri). Action de quelques substances non spécifiques sur la réaction de Bordet-Wassermann. — M. VIGOUROUX (Jacques). Variations saisonnières du paludisme en Macédoine. — M. DOUMER (Armand). Les adénopathies dans la syphilis. — M. FOURÉ (Georges). Etude anatomo-clinique sur la tuberculose du sein.

Mercredi 12 mai. — Jury : MM. Roger, président; Letulle, Sebileau et Couvelaire. — M. PÉAUD (André). Contribution à l'étude des rapports réciproques de la tuberculose et de la puerpéralité. — M. GILLARD (François). Rabelais médecin. — M. LEFRANC (Marc). Traumatismes du larynx et phonation. — M. BREITMAN (B.). L'Insol. — M. FÉRÉ (Jean). Les otites moyennes et les externes au cours de la fièvre typhoïde.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES ÉTUDES DES ÉTUDIANTS DE LA CLASSE 1918

M. Dezarnaulds, député, demande à M. le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts si les étudiants en médecine, en pharmacie, dentistes, classe 1918, seront autorisés à faire de nouveaux séjours d'études à l'ancien régime, ce qui leur permettrait de regagner du temps. (*Question du 16 avril 1920.*)

Réponse. — Aux termes de l'arrêté du 18 décembre 1918 et du décret du 20 du même mois, le bénéfice de l'option pour l'ancien régime d'études médicales ou pharmaceutiques est réservé aux démobilisés des classes 1917 et antérieures qui ont été maintenus sous les drapeaux bien au delà de la durée normale du service. Les sursitaires des classes 1918 et 1919 qui ont pu reprendre leurs études après 31 ou 19 mois de service ne sont pas fondés à réclamer semblable faveur. Quant aux non-sursitaires des mêmes classes qui seront vraisemblablement renvoyés dans leurs foyers vers le 15 juin prochain, le retard de 6 semaines apporté à leur libération ne justifierait pas un changement de régime. Des instructions qui seront incessamment publiées leur permettront d'ailleurs de reprendre leurs études dans les conditions les plus favorables. En ce qui concerne les aspirants au diplôme de chirurgien dentiste, tous les étudiants, quels qu'ils soient, sont soumis au régime institué par le décret du 11 janvier 1909, le premier qui ait organisé des études régulières. Il n'y a pas, à proprement parler, d'ancien régime pour les chirurgiens dentistes. (*J. O.*, 30 avril 1920.)

L'ATTRIBUTION DE LA MÉDAILLE DE LA VICTOIRE ET LES AMBULANCES DE SECTEUR

M. Vallette-Viallard, député, demande à M. le ministre de la Guerre s'il ne serait pas possible d'assimiler à des ambulances divisionnaires, au point de vue de l'instruction ministérielle du 2 novembre 1919 sur l'attribution de la médaille de la Victoire, les formations sanitaires de secteur qui, bien qu'organes d'armée, ont été mises, en permanence, à la disposition des divisions pour le triage des blessés ou le traitement sur place des blessés intransportables, ajoutant que ces formations ont été, pour la plupart, placées en avant des ambulances divisionnaires, à proximité de la ligne de feu, qu'elles ont eu à tous les points de vue le fonctionnement des ambulances divisionnaires et qu'il paraîtrait injuste de leur refuser le droit à la médaille interalliée. (*Question du 5 février 1920.*)

Réponse. — La question des ayants droit à la médaille de la Victoire est actuellement soumise à un travail de revision qui sera soumis à la ratification du Parlement. (*J. O.*, 30 avril 1920.)

REVUE GÉNÉRALE

LA BLENNORRAGIE ANO-RECTALE[1]

Par le Dr R. BARTHÉLEMY,
Médecin de la Maison départementale de Nanterre.

COMPLICATIONS. — La blennorragie ano-rectale engendre des complications de divers ordres. *Générales*, elles peuvent être d'origine toxique ou septicémique. Nous avons déjà mentionné les premières en montrant l'évolution de certaines formes vraiment graves, où de malheureuses femmes pâlissent, maigrissent et se cachectisent par suite d'une suppuration intarissable et surtout d'une stercorémie intense, suite de la rétention fécale imposée par les douleurs.

Les complications septicémiques sont rares. Elles n'ont rien de spécial au siège ano-rectal de la blennorragie. On a signalé la phlébite (Griffon) et même le rhumatisme (Braquehaye et Malignon).

Locales, les complications consistent d'abord en ces *ulcérations* qui sont presque un symptôme par leur fréquence, mais qui dans certains cas prennent une extension ou des caractères particuliers. Elles sont quelquefois d'une importance et d'une ténacité rares, spécialement quand elles se cantonnent à l'abri d'un sillon, ou qu'elles siègent dans la zone la plus exposée aux frottements, au traumatisme et au réensemencement de la défécation, sur les téguments qui revêtent le bord interne, saillant, du sphincter. Elles peuvent devenir *chancriformes*, affectant alors tous les caractères de contour, de bords, de fond de la chancrelle, et même l'induration du chancre syphilitique, mais sans adénopathie.

Les *végétations* externes sont assez fréquentes. Elles siègent habituellement au voisinage direct de l'anus, dont elles peuvent obturer plus ou moins l'orifice. Elles ne diffèrent pas comme nature de celles qu'on observe aux organes génitaux. Il n'en est pas de même des végétations intrarectales que nous retrouverons plus loin.

Les *condylomes*, pour Jullien, sont caractéristiques. Ils existent souvent, sous la forme de petites masses rosées, à surface lisse, régulière, à contour plus ou moins saillant, comparables parfois à de véritables languettes. Ils sont particulièrement mous.

L'*érythème* interfessier est extrêmement fréquent. Il peut varier de la simple rougeur à une forte réaction inflammatoire. Il s'accompagne volontiers d'un prurit plus ou moins intense.

A côté de lui se voient de véritables *eczématisations* particulièrement pénibles et rebelles. Les réactions pseudolichénifiantes à peau quadrillée et saillante mais veloutée, décrites par Brocq et L. Bernard sur la face interne des cuisses dans la blennorragie vulvo-vaginale, n'ont pas été signalées.

Les complications de *voisinage* sont rares. On peut voir, presque à titre symptomatique, du ténesme vésical dans les cas sévères. L'infection rectale peut se propager et donner lieu à des abcès périrectaux, au phlegmon ischio-anal, etc.

[1] Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 41, p. 645.

Outre les rectites que nous avons étudiées, la blennorragie fait à échéance variable des altérations de la paroi rectale qui constituent d'importantes complications que nous avons déjà fait entrevoir en indiquant l'évolution générale.

Il s'agit des *rectites proliférantes* et *sténosantes*. La rectite proliférante peut affecter divers degrés. Comme l'indique son nom, elle est fertile en productions qui garnissent la surface muqueuse. Apparaissant plus ou moins longtemps après la rectite banale, elle provoque au minimum des élevures du volume d'une tête d'épingle, et dont la juxtaposition donne l'aspect et le contact de la peau de chagrin.

Ces élevures acquièrent progressivement des dimensions plus importantes, deviennent saillantes et massuées, et constituent alors le *molluscum fibreux* de Reclus. Elles sont habituellement petites et nombreuses, ou grosses et rares.

Histologiquement, l'épithélium cylindrique est remplacé par un épithélium pavimenteux stratifié. Le stroma peut affecter des altérations de trois types. Tantôt il s'agit d'une infiltration embryonnaire diffuse au sein d'un tissu fibreux plus abondant qu'à l'état normal (fait comparable au molluscum cutané — Malassez). Tantôt l'épithélium proliféré pousse des pointes dans le tissu conjonctif qu'il revêt : c'est la variété *papillomateuse* de Quénu et Hartmann. Tantôt enfin il existe de l'hyperplasie glandulaire, type d'adénome inflammatoire, lésion dont Frisch a rencontré l'ébauche dans son cas, d'ailleurs un peu ancien, de rectite blennorragique, au voisinage d'une ulcération.

Cliniquement, la première période est marquée par des signes de rectite ne différant pas de ceux décrits plus haut. Car bien que « préproliférante » cette rectite n'a pas de caractères fonctionnels propres. On retrouve donc ici le ténesme, la gêne ou douleur à la défécation, l'écoulement d'abondance variable. Seuls le toucher ou la rectoscopie permettent de constater un fait nouveau : l'existence sur la muqueuse de nombreux petits grains, d'un relief peu accusé, secs, véritables « verrues de l'intestin » (Rognetta).

A la période d'état, les signes fonctionnels sont plus accusés du fait de l'obstruction partielle par des végétations plus volumineuses. La sensation de corps étranger, les épreintes sont plus marquées. Il arrive au cours de la défécation, qui est de plus en plus douloureuse, que les végétations soient entraînées avec les matières, évaginées, et amorcent ainsi un prolapsus. L'écoulement est inconstant.

C'est encore l'examen physique qui révèle la lésion en mettant sous le doigt ou les yeux des tumeurs pédiculées en forme de massues, de larmes, assez dures, et laissant dans leur intervalle parvenir sur une muqueuse à peu près normale.

L'évolution est progressive. La gêne augmente, le volume des végétations finissant par obstruer le rectum et l'intervention par être rendue nécessaire.

La *rectite sténosante* succède insensiblement à la rectite sans stricture et ne donne par suite pas de signes spécifiques précoces. Elle est trop connue et, dans la blennorragie, trop rare pour que nous y insistions beaucoup. Mais malgré cette rareté, l'étio-

logie blennorragique des rétrécissements n'est plus mise en doute à l'heure actuelle : « Ces derniers surviennent surtout, disait Vidal de Cassis, lorsque le coït a donné lieu à une blennorragie anale. »

Pour Quénu et Hartmann, la rectite blennorragique « semble pouvoir provoquer des rétrécissements bien qu'il n'existe pas d'observations absolument probantes. Mais tout nous porte à croire que la blennorragie peut déterminer ici des lésions analogues à celles qu'elle entraîne du côté de l'urètre ».

« La sodomie, la blennorragie ano-rectale... ont été parfois notées », disent aussi J.-L. Faure et Rieffel.

D'ailleurs Jullien a vu le début d'un rétrécissement se faire au cours d'une rectite chronique blennorragique par la production d'une colonne fibreuse le long de la paroi recto-vaginale.

Il faut toutefois reconnaître que le gonocoque n'a pas été nettement mis en évidence dans les coupes de rétrécissement. Ce qu'on trouve à l'examen n'a pas de valeur pathognomonique : pâleur de la muqueuse, tuméfaction de celle-ci et de la sous-muqueuse, induration, immobilisation sur les plans sous-jacents, disparition de la transition histologique de ces plans avec hyperplasie par infiltration de nombreuses cellules rondes, bandes de sclérose en nappe dissociées par des traînées embryonnaires diffuses, telles sont les lésions assez banales vues par la plupart des auteurs (Huber, Berndt, Arnaud, etc.).

Rappelons que les symptômes du rétrécissement confirmé peuvent être rangés sous les cinq chefs suivants : constipation; difficulté des selles; modifications de calibre et de formes des matières; suppuration rectale; accidents de rétention stercorale (A. Fournier). Il n'est pas utile de s'étendre sur ce syndrome qui n'appartient pas en propre à la lésion blennorragique, mais à la sténose.

Signalons néanmoins rapidement les principales complications de celle-ci : les abcès de voisinage, en particulier le phlegmon ischio-rectal, la cellulite pelvienne, les réactions péritonéales rares et ordinairement localisées, en raison du peu de hauteur de la sténose et de la chronicité de l'infection, l'occlusion intestinale subaiguë.

Pronostic. — En somme, on voit que la chronicité est le gros danger de la blennorragie ano-rectale. De l'aveu de tous les auteurs, la forme aiguë guérit rapidement et sûrement, à quelques exceptions près. Les formes chroniques sont beaucoup plus durables, et ce sont elles qui préparent les complications graves. Mais il faut bien dire que le manque de soin, les traumatismes répétés de la sodomie, la latence de ces formes chroniques sont des faits adjuvants qui jouent un rôle sérieux dans la genèse de la rectite médicalement incurable.

En clinique, la recherche systématique du gonocoque dans tous les cas suspects, recherche qui ne doit pas être bornée au premier examen, est indiquée dans la prophylaxie à distance du rétrécissement, si l'on veut éviter des mécomptes.

Diagnostic. — Le même principe de la recherche du gonocoque domine le diagnostic positif, qui peut toutefois être assez facile lorsqu'on se trouve en présence de signes de rectite aiguë coexistant avec une blennorragie vulvo-vaginale.

Le *diagnostic différentiel* comporte les cas aigus, les cas chroniques, la rectite proliférante ou sténosante.

Les *symptômes aigus* peuvent se voir dans la sodomie récente, l'irritation par des corps étrangers, par des traumatismes (accidents, lavements), la dysenterie, le chancre mou.

La *sodomie* non habituelle, dont il ne faut pas compter obtenir l'aveu, peut provoquer l'inflammation et la tuméfaction anales, accompagnées d'un écoulement sanieux et de douleurs continues ou intermittentes dont le point de départ est la défécation. Mais celles-ci, comme de véritables douleurs de fissures, se réveillent souvent et durent après l'issue des matières, et l'examen local montre précisément une fissuration traumatique avec des plaies purpuriques et sanguinolentes. En outre l'évolution est rapide et spontanément favorable.

Les *corps étrangers* peuvent donner des signes analogues. S'ils ont été malencontreusement abandonnés dans le rectum, leur présence inavouée ne se constate qu'à la rectoscopie, ou au toucher.

Les *traumatismes* accidentels ou par lavements sont d'un diagnostic facile, car le malade n'a rien à cacher et les antécédents sont nets.

Le *chancre mou anal*, par sa douleur et l'écoulement purulent qu'il provoque, peut simuler la blennorragie ano-rectale. Mais si l'on déplisse soigneusement l'anus, on trouve l'ulcération chancrelleuse typique, assez souvent sous un condylome révélateur (Ravaut et Bord, Laborie). De plus, il y a souvent de l'adénopathie douloureuse dans l'aine et parfois un bubon véritable. D'ailleurs, ce qu'on peut vérifier au besoin sous l'anesthésie rachistovaïnique par exemple (Ravaut), les lésions chancrelleuses n'atteignent pas le rectum et se bornent à de l'anite. Enfin la recherche microscopique montre l'absence du gonocoque et la présence du bacille de Ducrey. Mais il faut savoir que, comme l'a montré en particulier Jullien, il peut exister une association des deux agents microbiens (chancres blenno-chancrelleux) et qu'on ne doit pas, du fait de l'aspect clinique d'un chancre, éliminer la blennorragie, laquelle pourrait *à elle seule*, bien que rarement il est vrai, produire cette forme trompeuse.

La rectite proprement dite peut être le fait d'une *dysenterie*. Mais ici l'importance des signes fonctionnels, les caractères des selles, l'état général, les antécédents emportent en général le diagnostic clinique. Microscopiquement on trouve des bacilles, des amibes ou des kystes, et pas de gonocoques.

Le diagnostic des cas *chroniques* est à faire avec toutes les affections qui donnent lieu à de l'irritation ano-périnéale, à un écoulement, à des ulcérations.

L'*intertrigo* interfessier, dû au manque de soin et à la sudation excessive ou irritante, est humide, démangeant, limité aux surfaces de contact surtout cutanées, et ne reconnaît pas pour origine un suintement à point de départ intraanal.

Les *irritations simples*, dues à l'implantation vicieuse ou à la section des poils, ou à la présence

d'oxyures, peuvent et doivent être reconnues par un examen attentif, ainsi que les *plaques muqueuses*, qui peuvent engendrer un écoulement suspect.

Le *lichen* et les lichénifications sont assez rares, prurigineux, avec une surface blanchâtre plus ou moins réticulée et épaissie. Leur date d'apparition ne coïncide pas avec une blennorragie uro-génitale. Le gonocoque est absent.

L'*eczéma* périanal produit de l'inflammation régionale avec rougeur, exsudation séreuse, excoriations. Les plis sont boursouflés et suintants et recèlent des fissures. Mais les lésions sont extrêmement prurigineuses surtout la nuit, il n'y a pas de rectite ni même d'anite, et les troubles existaient souvent avant la blennorragie génito-urinaire lorsque celle-ci est en cause.

Les *fistules*, qui causent souvent un écoulement et un certain degré d'irritation, seront identifiées par un examen local qui déplissera l'anus et montrera un orifice suintant, et par l'exploration au stylet.

Les *hémorroïdes internes* irritées peuvent suinter et faire croire à la blennorragie. Mais on peut constater la saillie hémorroïdale dans l'effort, et reconnaître au toucher la turgescence des veines anorectales. De plus les phénomènes ont pu précéder la blennorragie génito-urinaire.

Le *polype* rectal provoque un écoulement surtout sanglant. Il se voit surtout chez l'enfant, où la blennorragie rectale est assez exceptionnelle. Le toucher, au besoin la rectoscopie, renseignent immédiatement sur sa présence.

Le *chancre syphilitique* est une ulcération peu suintante et nullement douloureuse, rouge, plane, sans bords et qui peut être intraanale. Elle s'accompagne de ganglions ovoïdes, durs, dont on ne doit jamais négliger la recherche. Le diagnostic est relativement facile, d'autant que ce chancre est assez rare. Mais on ne doit pas oublier la possibilité d'hybrides *blenno-syphilitiques* (Jullien) où le microscope seul décide.

Les *végétations* méritent une place à part, étant fréquemment révélatrices d'une blennorragie chronique. Mais leur présence à la région anale ne permet pas de conclure à la blennorragie ano-rectale, du moins chez la femme. Car ce qu'on observe habituellement chez celle-ci, c'est l'extension nette des végétations vulvaires à l'anus. La localisation exclusive sur celui-ci est néanmoins une présomption qui devient chez l'homme une quasi-certitude. Il est rare d'observer des végétations occupant le canal anal même, surtout sans coexistence de proliférations externes. Le toucher reconnaîtrait facilement ces productions demi-molles, papillomateuses, ne saignant pas, et s'il y a lieu on les distinguera sans difficulté, au speculum, du cancer.

Le diagnostic de l'*épithélioma* ne se pose d'ailleurs guère à propos de la blennorragie. Il se pose pour la rectite proliférante ou sténosante. Mais malgré la longue échéance de celles-ci, elles apparaissent néanmoins plus tôt que le cancer. Dans celui-ci les signes généraux sont rapidement plus accentués, fait d'ailleurs qu'on doit éviter par un diagnostic précoce. Les signes locaux consistent en un écoulement d'ordinaire bien spécial, sanieux, fétide, *mêlé de sang*. Le toucher fait percevoir suivant les cas des végétations fragiles et saignantes sur base dure, ou une infiltration ligneuse accompagnée ou non d'une ulcération à bords rigides et calleux, et qui saigne aussi avec la plus grande facilité. La rectoscopie, si elle est possible, objective mieux encore ces signes. Enfin, s'il y a doute, la biopsie décide.

Traitement. — Le traitement de la forme aiguë est simple et efficace, à condition d'être suivi soigneusement, l'atteinte étant plus superficielle et moins ascendante que dans les lésions chroniques. Général, il doit comporter l'injection de vaccins antigonococciques. Localement, on fera des lavages tièdes avec un tiers de litre de solution de sublimé ou mieux de permanganate de potasse au 1.000e ou 2.000e deux fois par jour. D'aucuns préfèrent de petites injections (10 cmc.) d'albargine au 100e, de protargol au 10e ou de chlorure de zinc au 100e.

Certains auteurs prescrivent dans l'intervalle une mèche de gaze imbibée ou enduite de produits antiseptiques. Il est préférable de mettre seulement une pommade et de faire placer par jour deux suppositoires à 0,50 cg. de protargol (Finger) qui sont beaucoup mieux tolérés et auxquels on peut ajouter au cas de douleurs intenses 1 cg. d'extrait de belladone ou 2 cg. de cocaïne.

Il est, en outre, recommandé de panser l'espace périnéo-interfessier, après un nettoyage soigneux, avec une poudre ou une pâte à base de tanin ou de peroxyde de zinc et recouverte, pour éviter les contacts, d'une gaze maintenue par un bandage en T.

Les érosions et rhagades doivent être touchées au crayon de nitrate d'argent et lavées ensuite à l'eau salée pour neutraliser l'excès de caustique. La teinture d'iode, diluée au quart, est efficace, mais très douloureuse.

Les selles seront l'objet d'une particulière attention. Il y a lieu de vaseliner largement l'anus avant la défécation, de le nettoyer précautionneusement ensuite et de refaire le pansement. Il importe d'obtenir, par n'importe quel laxatif, et spécialement les huiles, de ricin ou de vaseline, des selles molles.

La blennorragie ano-rectale chronique est justiciable des grands lavages au permanganate étendu : 2 fois par jour 1 litre au moins d'une solution chaude au 4.000e ou 5.000e. Il est bon d'alterner avec les solutions argentiques fortes. Mais, pour peu que l'affection se prolonge plus spécialement sous forme de rectite, c'est au rectoscope qu'il faut faire l'inspection et le traitement local de la muqueuse, cautériser par exemple avec la solution de nitrate d'argent au 10e les ulcérations rebelles, véritables centres de résistance.

On fera ainsi la prophylaxie des rectites proliférante et sténosante dont le seul recours serait plus tardivement, et avec un pronostic différent, l'intervention chirurgicale.

BIBLIOGRAPHIE

Voir pour la bibliographie ancienne la Revue générale de Mermet. (Voir plus loin.)

BAER. *Deut. med. Woch.*, 1896, n° 8; 1897, p. 811.
BALZER. Maladies vénériennes, in *Traité* Gilbert-Thoinot.
BANDLER. *Arch. f. Dermat. u. Syph.*, 1898, t. XLIII.
BERDAL. *Maladies vénériennes.*
CLAMOUSE. Rétrécissement rectal, *Th. de Paris*, 1895-1896, n° 183.
FAURE (J.-L.) et RIEFFEL. In *Traité* Duplay-Reclus (bibliographie importante).
FINGER. *La Syphilis et les maladies vénériennes*, traduct. Doyon.
FRISCH. *Centralbl. f. med. Wissench.*, 1891, p. 954.
GRIFFON. *Pr. méd.*, 1897, p. 71.
HARTMANN. *Ann. de gyn. et d'obst.*, 1895, p. 77.
HERBET. *Nouvelle pratique médico-chirurgicale.*
HORAND. *Lyon méd.*, 1888, p. 251.
HUBER. *Wien. med. Woch.*, 1898, p. 1112.
JULLIEN. *Maladies vénériennes*, 1886; — *C. R. du Congrès franç. de chir.*, 1896, p. 46.
LABORIE. Anite chancrelleuse, *Th. de Paris*, 1909-1910, n° 129.
MAPES. Neisserian proctorrhea, *Urol. a. cutan. rev.*, Saint-Louis 1916, t. XX, p. 23.
MERMET. *Gaz. des hôpit.*, 1896, nos 52 et 55 (bibliographie très détaillée).
MUCHA. *Manuel des maladies vénériennes* (en allemand).
NEUBERGER. *Arch. f. Dermat.*, 1894, n° 3.
RENAULT (Alexandre). *Maladies blennorragiques des voies génito-urinaires*, Vigot, 1917.
ROLLET. Article du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*
SCHMIDT. *Dermat. Zeit.*, Berlin 1913, t. XX, p. 1065.
WINSLOW. *Med. News*, Philadelphie 1886, t. XLIX, p. 180.

CHIMIOTHÉRAPIE DE LA TUBERCULOSE

QUELQUES OBSERVATIONS

Par le docteur S. MELAMET.

Le 14 juin 1919, nous avons publié, dans le *Paris médical*, un article intitulé « Essai de chimiothérapie antituberculeuse ». Nous voulions alors signaler simplement une méthode nouvelle de traitement qui nous avait donné des résultats fort encourageants et inciter ainsi des confrères à faire l'essai loyal de cette méthode.

Le 4 janvier 1920, nous avons indiqué, dans un article du *Concours médical*, les directives que nous avons suivies dans nos recherches et donné les raisons qui nous ont fait employer une solution de manganate calcico-potassique.

Pour le praticien, une théorie, même séduisante, n'a, ne peut avoir de valeur que si des faits précis la confirment. Après d'autres médecins, nous publions quelques-unes de nos observations.

OBSERVATION I. — S... (Serge), 24 ans, étudiant.

Entré à l'H. C. 86 (Saint-Servan), le 10 février 1918.

Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires. Dans ses antécédents personnels, on relève : bronchites fréquentes dans l'enfance, rougeole, scarlatine. En 1917, fièvre typhoïde, n'a pu se remettre complètement depuis cette maladie. Asthénie marquée, amaigrissement notable. Toussote et crache un peu le matin; parfois sueurs nocturnes. L'état général est mauvais. A l'auscultation du poumon, on note, au sommet droit : submatité avec augmentation des vibrations sous la clavicule, respiration rugueuse; en arrière : submatité et vibrations + dans la fosse sus-épineuse, inspiration rugueuse avec bouffées de sous-crépitants fins, expiration prolongée, saccadée, rude. Pas de B. de Koch dans les crachats. Albumino-réaction positive.

Sur la face externe de la cuisse droite, à l'union des tiers supérieur et moyen, on remarque une tuméfaction grosse comme un œuf, fluctuante; pas de rougeur de la peau. Le malade interrogé prétend avoir cette « boule » depuis des mois, dit qu'elle augmente très lentement, qu'elle ne donne pas lieu à de la douleur mais gêne un peu la marche.

Une ponction ramène 20 cmc. environ d'un pus café au lait, mal lié; on injecte de l'éther iodoformé. On prescrit : repos, héliothérapie, injections de cacodylate de soude à hautes doses.

2-5-18. Plusieurs ponctions ont été faites suivies d'injections d'éther iodoformé, sans résultat appréciable. L'abcès froid a tendance à augmenter de volume.

22-5-18. Même état; le malade accuse une gêne plus grande à la marche. On ponctionne : pus mal lié, café au lait; on fait un simple pansement compressif, sans injecter d'éther iodoformé.

22-5-18. On commence les injections intraveineuses de manganate calcico-potassique.

12-7-18. Vingt-quatre injections intraveineuses ont été faites. Le malade va très bien : plus de trace d'abcès, pas de gêne à la marche; l'état général est bien meilleur. Ne tousse plus, ne crache plus. A l'auscultation du poumon, *on ne retrouve que quelques craquements inspiratoires après la toux, une expiration rude, saccadée au sommet droit.*

10-10-18. Va très bien. L'abcès ne s'est pas reformé. *Au sommet droit, respiration rude sans bruits surajoutés.*

12 janvier 1919. A été revu : état général très bon, ne tousse pas, ne crache pas; rien à la jambe.

10 mars 1920. A été revu : va très bien, mène une vie absolument normale.

OBS. II. — G... (Charles), 40 ans, ingénieur (verrier). Pleurésie gauche à 14 ans. Rhino-pharyngite chronique. En 1901, pendant son service militaire, se met à tousser, cracher, maigrir. Après une longue hospitalisation, il est réformé pour tuberculose pulmonaire. Dans les six mois qui suivirent sa réforme, il fut incapable de faire le moindre travail : la toux était incessante, quinteuse, l'expectoration abondante; il avait des sueurs nocturnes profuses, de la dyspnée au moindre effort; l'asthénie était très marquée. Il fut mis au repos complet, au grand air. En 1902, notable amélioration. Depuis cette époque, tousse l'hiver, a des périodes d'euphorie assez longues auxquelles succèdent des semaines de toux plus fréquente avec crachats abondants, de fatigue plus facile. Depuis 1915, ne va pas très bien. Les périodes d'euphorie sont moins nombreuses, moins longues; il tousse beaucoup, crache abondamment, a des sueurs nocturnes, un peu de dyspnée, maigrit lentement. Il présente aussi des troubles gastro-intestinaux : digestions pénibles, constipation, parfois diarrhée. Assez fréquemment, fièvre vespérale. Vient consulter le 10 avril 1919 : homme pâle, amaigri, un peu dyspnéique. Il se plaint de tousser et cracher beaucoup, d'avoir des sueurs nocturnes; n'a pas d'appétit, a des douleurs abdominales. Le moindre effort lui est pénible; dès qu'il s'approche de son four, il est pris d'étouffement et doit sortir, parfois se faire porter, à l'air.

L'auscultation du poumon donne les renseignements suivants : En avant, quelques frottements pleuraux au sommet droit. A gauche, submatité, vibrations exagérées, inspiration rugueuse avec sous-crépitants serrés, expiration rude et prolongée dans le tiers supérieur. La respiration est un peu obscure dans le reste du poumon. En arrière, à droite, dans la fosse sus-épineuse, légère submatité, vibrations augmentées, inspiration rugueuse; à la fin de l'inspiration, après la toux, bouffées de sous-crépitants très fins. L'expiration est prolongée, saccadée, respiration forte dans le reste du poumon; à gauche, au tiers supérieur, submatité franche, vibrations exagérées, sous-crépitants aux deux temps, après la toux, bouffées de râles humides; l'inspiration et l'expiration sont rudes, prolongées. Dans le reste du poumon, la respiration est un peu obscure; à la base, il existe une zone de frottements pleuraux.

Cœur : rapide, régulier. Pouls : 92. Pression (au Pachon) : 14-6. Foie, rate : rien de particulier; abdomen : douleurs (à la palpation) aux points solaires. Poids : 63 kg. Taille : 1m82.

14 avril. Les analyses de laboratoire ont donné les résultats suivants : Expectoration muco-purulente, adhérente au vase. Pas de bacille de Koch; flore microbienne peu importante. Albumine, réaction positive.

Sang. La numération globulaire donne :

Globules rouges, 3.840.000; globules blancs, 4.422. — Formule leucocytaire : polynucléaires, 69 p. 100; grands et moyens mononucléaires, 14 p. 100; lymphocytes, 15 p. 100; éosinophiles, 2 p. 100. Wassermann négatif.

L'analyse des urines montre qu'il y a augmentation notable de l'acidité urinaire, calciurie, phosphaturie. — 14 avril. On fait la 1re injection intraveineuse de la solution de manganate calcico-potassique. — 29 avril. Six injections ont été faites à ce jour. *La toux n'est plus quinteuse, elle est beaucoup moins fréquente, les crachats sont moins abondants, plus fluides; les sueurs nocturnes ont presque complètement disparu; l'appétit est meilleur.* — 19 mai. On fait la 15e injection. L'état général s'est notablement amélioré. Ne tousse et ne crache presque plus. Plus de dyspnée d'effort. Les signes stéthoacoustiques ont nettement régressé. *Au sommet gauche : la respiration est rude, quelques craquements inspiratoires en arrière; inspiration rude, expiration prolongée en avant. Au sommet droit : quelques rares craquements, respiration forte, rugueuse.* Après une interruption de 15 jours, on reprend le traitement. — 10 juin. L'amélioration s'accentue. Le malade travaille beaucoup, trop, à notre avis. — 16 juin. On fait la 21e injection intraveineuse. Le malade a fait hier une marche de 10 km. sans trop de fatigue. — 22 juin. Sang : globules rouges, 5.487.000; globules blancs, 5.159. — Formule leucocytaire : polynucléaires, 69 p. 100; grands et moyens monos, 19 p. 100; lymphocytes, 11 p. 100; éosinophiles, 1 p. 100. — 8 juillet 1919. On fait la 30e et dernière injection. Poids : 74k500.

Le malade va très bien. Pendant toute la durée du traitement il n'a pas eu de fièvre. Les troubles digestifs ont disparu. M. G... dit avoir « un appétit formidable ». Toussaille le matin, crache peu. A l'auscultation du poumon, on constate que l'amélioration des signes physiques, notée après la 1re série d'injections, s'est encore accentuée. Il reste : *une respiration rude, une expiration rude et prolongée aux sommets.*

L'analyse des urines révèle une amélioration très nette des rapports urologiques sur la 1re analyse, une forte diminution de l'acidité urinaire. — 30 août. Continue à aller bien. — 3 novembre. Mène une vie normale; travaille énormément. L'état général est bon, le teint frais. Aux poumons : *respiration rude aux sommets sans bruits surajoutés.* A pris un peu froid, il y a quelque temps, a donc toussé un peu plus, va très bien maintenant. — 15 mars 1920. Va toujours bien.

Au moment des inondations, son usine a été envahie par l'eau de la Seine : a pu rester 45 heures les pieds dans l'eau, dirigeant les travaux de secours. Aux poumons, les lésions restent cicatrisées.

12 avril 1920. Est venu se faire ausculter. Se plaint d'avoir parfois le soir une douleur au niveau de l'épaule droite qui irradie vers le cou. Etat général très bon. Teint clair.

A l'auscultation : *inspiration rude, expiration rugueuse, prolongée aux sommets. On n'entend pas de râles.* Sang : pression 17-7; globules rouges, 5.890.000; globules blancs, 6.200. — Formule leucocytaire : polynucléaires, 51; grands et moyens mononucléaires, 34; lymphocytes, 14; Eosinophiles, 1; V. G., 0,76. Poids, 74k500.

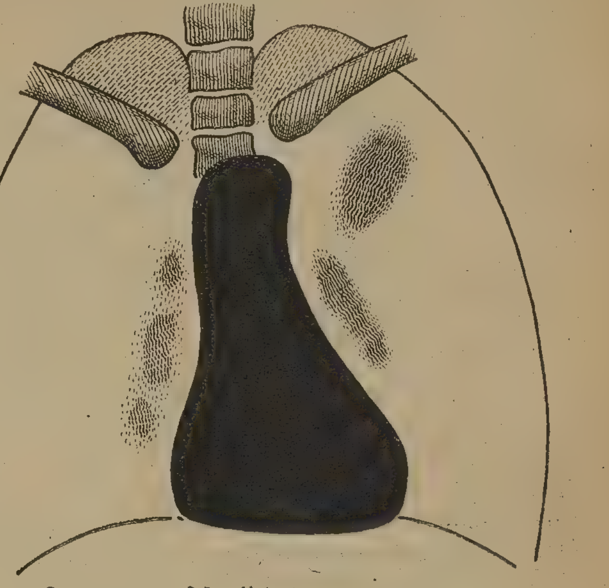
OBS. III. — Dr B... (Paris), 43 ans.

A. H. — Père arthritique et dyspeptique, mort de néphrite à 65 ans. Mère atteinte de rhumatisme déformant à l'âge de 22 ans, complètement infirme quelques années plus tard. Morte d'embolie à 55 ans.

A. P. — Pas de maladies graves : rougeole, oreillons. Pas d'affections pulmonaires sérieuses. Manifestations arthritiques dès la jeunesse : migraines, gastralgie, rhumatisme articulaire léger. Entérite et dyspepsie depuis l'âge de 30 ans. Chute de cheveux à la même époque. De tout temps, grande nervosité. Chétivité apparente, mais résistance considérable à l'effort et à la fatigue jusqu'à 42 ans.

En novembre 1918, après un surmenage physique considérable et intoxication par les gaz, séjour dans une maison où avait habité longtemps et où était mort un tuberculeux. Bronchite avec toux opiniâtre qui persiste deux mois. Léger amaigrissement, sensation de fatigue, douleur thoracique dans la région mammaire gauche. Au mois de juillet 1919, après une période de surmenage, coïncidant avec sa démobilisation, hémorragie pulmonaire sans prodromes. Cette hémoptysie dura 2 heures environ. Le malade évalue la quantité de sang rejeté à 500 g.

A partir de ce moment : amaigrissement notable, sueurs nocturnes, pleurodynies, asthénie considérable, croissante. Le malade appréhende le moindre mouvement. Dyspnée. Une radioscopie faite par le Dr Mahar révèle la présence d'un noyau opaque, un peu au-dessus du mamelon gauche.



Examen du 5 Juillet 19 — Dr Mahar

Sommets légèrement et également voilés. — Noyau opaque très isolé, sauf en haut et en bas : prolongements grêles. — Ce noyau est plutôt antérieur (plan des hiles).

Aucun traitement médicamenteux; le Dr B... alla passer 2 mois à Saint-Honoré où il fit de la chaise longue. Retour à Paris : légère augmentation de poids, mais pas d'autre amélioration. L'asthénie est toujours considérable. Le malade est incapable de faire le moindre effort. L'asthénie est d'ailleurs le principal, sinon le seul symptôme important accusé par le Dr B..., car il tousse peu et n'expectore que 1 à 2 crachats le matin. Douleurs spontanées au niveau du mamelon gauche. Fonctions digestives normales.



Examen du 27 Septbre 19 — Dr Mahar

La lésion a perdu de son volume et de son homogénéité, probablement par atténuation des phénomènes congestifs (1er examen). — On peut la décomposer en bandes minces circonscrivant de petites taches plus opaques. — Bandes et taches semblent suivre le trajet de l'interlobe (sans que l'aspect change en mobilisant l'ampoule). — Les sommets ne sont voilés qu'à la moitié supérieure; à D. en nappe, à G. en croissant. — Les taches hilaires n'ont guère varié. Elles ne présentaient d'ailleurs rien de suspect au 1er examen.

Une nouvelle radioscopie faite par le Dr Mahar le 27 septembre montre que le noyau vu au premier examen a perdu

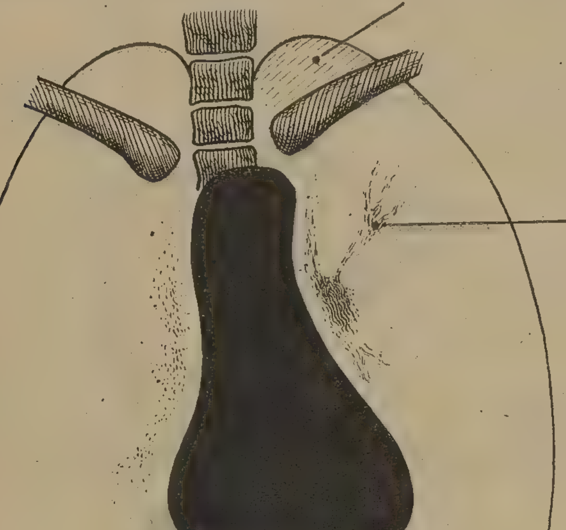
de son volume et de son homogénéité probablement par atténuation des phénomènes congestifs.

A l'auscultation on trouve : En avant *à droite*, légère submatité sous la clavicule, vibrations +. Inspiration rude avec bouffées de sous-crépitants fins, expiration rugueuse, saccadée et prolongée.

A gauche : submatité sous-claviculaire, vibrations +, respiration rude, avec sous-crépitants fins aux 2 temps ; au-dessus du mamelon, petite zone de frottements pleuraux. En arrière : submatité aux 2 sommets avec vibrations augmentées ; à droite, dans la fosse sus-épineuse, inspiration rugueuse avec gros râles secs, expiration rude et prolongée ; à gauche, bouffées de sous-crépitants fins à l'inspiration dans la fosse sus-épineuse et une partie de la fosse sous-épineuse. Expiration rude, prolongée, saccadée.

L'analyse des crachats, faite au laboratoire Tulasne, *révèle la présence de nombreux bacilles de Koch.* (29 septembre.) L'examen du sang donne : 3.782.000 globules rouges ; 6.975 globules blancs. La formule leucocytaire montre qu'il y a : 75,4 p. 100 de polynucléaires ; 13,7 p. 100 de grands mononucléaires ; 5,4 p. 100 de lymphocytes ; 1,8 p. 100 d'éosinophiles ; 2,7 p. 100 de formes de passage. Wassermann négatif.

30 septembre. On fait la première injection intraveineuse de la solution de manganate calcico-potassique. Poids : 61k850. — 14 octobre. 6 injections intraveineuses ont été faites. Il y a une amélioration très nette de l'état général. L'asthénie est bien moins accusée. Le malade avait eu la veille une journée très chargée, a fait plusieurs interventions et cela sans trop de fatigue. L'appétit est meilleur, le sommeil bon, pas de sueurs nocturnes. A noter que le malade a vu réapparaître, depuis le traitement, dans le fond du vase d'urines, un dépôt adhérent, rougeâtre. Depuis quelques années, il n'éliminait plus de « sable » par les urines et c'est à cette rétention urique qu'il attribuait les troubles arthritiques nombreux et variés qu'il avait présentés. Poids : 62k900.



Voile très léger du sommet gauche, décelable à la toux, éclairement moindre. — Il ne persiste qu'un mince liséré à l'interlobe, sans image de congestion autour.

23 octobre. N'est pas venu pendant 6 jours, « étant trop occupé ». A opéré chaque jour. Le Dr B... dit : « J'ai pu vivre la semaine qui vient de s'écouler comme si je n'étais pas malade. » 12 injections ont été faites à ce jour. — 30 octobre. Amélioration persiste et s'accentue. Poids : 63k350.

3 novembre. Malgré le mauvais temps — neige et boue — a passé la journée de la veille en pleine campagne : ni dyspnée ni points douloureux, ni fatigue. On fait la 14e injection. — 5 novembre. Examen des crachats montre qu'ils « sont muqueux, très aérés.

« L'examen bactériologique fait avant et après homogénéisation *ne permet pas de découvrir des bacilles de Koch* (7 lames ont été examinées). » — 27 novembre. Après une période de repos, on reprend le traitement. Va toujours bien. A repris une vie absolument normale : consulte chez lui, assure un service chargé dans un dispensaire, opère très fréquemment. Se plaint seulement de points thoraciques intermittents.

11 décembre. On fait la 21e injection intraveineuse. Le malade a eu une petite grippe qui l'a un peu fatigué. — 28 décembre. 28 injections intraveineuses ont été faites. Le malade va très bien, ne tousse pas, ne crache pas, mène une vie normale. Une nouvelle radioscopie est faite le 31 décembre 1919 par le Dr Mahar. Cette radioscopie montre une amélioration considérable des signes physiques pulmonaires.

25 mars 1920. Le Dr B... est venu nous voir. Il n'a plus été traité depuis le 28 décembre 1919. A l'auscultation, *on ne trouve qu'un peu de rudesse respiratoire des sommets, surtout à gauche, quelques frottements pleuraux discrets, un peu au-dessus et en dedans du mamelon gauche.* L'état général est parfait. Poids 65 kg. Le Dr B... nous dit : « J'ai travaillé tout l'hiver, suis sorti par tous les temps, jour et nuit et n'ai suivi aucun traitement depuis la dernière injection .» Une 4e radioscopie faite la veille, 24 mars 1920, par le Dr Mahar donne les résultats suivants : *Voile très léger de la partie supérieure du sommet gauche. A l'analyse, voile dû à feutrage de tissu fibreux.*

Les noyaux sous-claviculaires n'ont plus le même aspect, ils sont remplacés par des tractus d'aspect filamenteux.

Obs. IV. — Mme H... (Joséphine), 28 ans, lingère, mariée (à 23 ans), 1 enfant vivant.

A. H. — Frère et sœur morts de tuberculose pulmonaire.

A. P. — Coqueluche et rougeole dans l'enfance. Réglée à 16 ans. Maladie actuelle : en avril 1918 se décide à consulter pour toux, expectoration abondante, amaigrissement, « grosseur » sur la partie gauche du cou. Cet état durait depuis des mois. Le médecin consulté fait le diagnostic de tuberculose pulmonaire en évolution, d'adénite cervicale gauche. Il prescrit : compresses imbibées d'essence de térébenthine, sirop iodo-tannique, injections de cacodylate de soude. Engraissement sous l'influence du traitement, mais de nouveau amaigrissement après cessation des injections de cacodylate. Va passer 4 mois en Bretagne : l'état général s'améliore, la toux est moins fréquente, l'expectoration moins abondante. Rentrée à Paris, continue à aller bien jusqu'en février 1919. A cette date, grippe compliquée de congestion pulmonaire. Depuis sa grippe : asthénie, amaigrissement, sueurs nocturnes, toux quinteuse, crachats abondants; en février 1919, le poids était : 49 kg. Il est ce jour (20 septembre 1919) : 43 kg.; aurait maigri de 15 kg. depuis le mois d'avril 1918. Appétit capricieux. Selles régulières. Règles prolongées : 10-12 jours, douloureuses. Subfébricitante : température vespérale 37°8-38°.

Examen (20 septembre 1919). Femme pâle, amaigrie. Sur la face latérale gauche du cou, à l'union des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur, petite fistule suintante. Adénite sous-jacente piriforme. Longue de 5 cm. sur le trajet du sterno-mastoïdien élargie à son pôle supérieur. La tumeur est irrégulière, bosselée, incomplètement mobile sur les tissus sous-jacents.

Poumons : au sommet droit : submatité avec résistance au doigt, vibrations exagérées, inspiration rugueuse avec bouffées de sous-crépitants fins, serrés, expiration rude prolongée, sous la clavicule. En arrière : submatité, vibrations +, dans le tiers supérieur du poumon, inspiration rugueuse, forte, avec sous-crépitants, expiration rude, saccadée, prolongée; dans l'espace scapulo-vertébral : sous-crépitants fins aux 2 temps. Au sommet gauche : submatité légère, vibrations un peu augmentées, respiration obscurcie. Cœur : rapide, régulier. Pouls : 88. Tube digestif : rien de particulier. — Le 2 octobre, on commence le traitement : 1re injection intraveineuse de la solution de manganate calcico-potassique. L'examen bactérioscopique des crachats faite ce jour-là montra *la présence de bacilles de Koch, de très nombreux streptocoques, d'assez nombreux staphylocoques.*

11 octobre. On fait la 5e injection. La malade tousse et crache moins. La température du soir est de 37°5-6. L'adénite cervicale a changé de caractères. La masse ganglionnaire s'est morcelée. — 21 octobre. Les menstrues ont fait interrompre le traitement Elles n'ont duré que 8 jours au lieu de

10-12 jours avant le traitement. — 25 octobre. Va très bien. Léger coryza. L'appétit est bon, les fonctions digestives sont normales, les nuits sont bonnes, pas de transpirations, le teint est plus frais. A augmenté de 600 g., poids : 43k600. — 2 novembre. Poids : 44 kg. — 3 novembre. Un nouvel examen bactérioscopique des crachats est fait (après 11 injections intraveineuses). « *Malgré l'examen de nombreuses lames, on n'a pu déceler la présence que de 2 bacilles de Koch, mal colorés, un peu granuleux en voie de lyse.* Peu de saprophytes, quelques rares amas de staphylocoques. » Cet examen montre donc une très notable diminution du nombre de bacilles de Koch, ceux que l'on a pu retrouver sont nettement attaqués, dégraissés; il montre aussi la disparition des streptocoques et une diminution notable de la quantité de staphylocoques. — 13 novembre. 15e injection. A l'auscultation du poumon, on note une très grande amélioration des signes physiques :

Respiration rude au sommet gauche sans bruits surajoutés. Respiration rude, quelques craquements dans la partie interne de la fosse sous-claviculaire. Expiration rude et prolongée au sommet droit.

27 novembre. Le traitement a été interrompu jusqu'à ce jour. La malade dit textuellement : « Je n'ai jamais été aussi bien. »

Poids : 44k200 le 13 novembre; 45k200 le 19 novembre. On fait la 16e injection intraveineuse.

4 décembre. A été se faire ausculter la veille par son médecin qui la considère comme guérie. — 9 décembre. 20e injection. Poids : 45k300. — 18 décembre. A eu ses règles normalement, sans douleurs. — 28 décembre. Va très bien. Ne tousse pas, ne crache pas. La température vespérale est normale. L'adénopathie cervicale a fondu : il ne reste plus qu'un empâtement gros comme un pois.

A l'auscultation, à droite, inspiration et expiration rugueuses dans la partie interne de la fosse sous-claviculaire; quelques rares frottements pleuraux dans la partie interne de la fosse sus-épineuse droite; à gauche, respiration normale.

2 janvier 1920. Analyse des crachats. Crachats très peu abondants (un crachat en 3 jours) muqueux. Aucune particule muco-purulente. *Pas de bacilles de Koch.* Quelques staphylocoques. — A été revue le 24 février 1920. Continue à aller très bien. A travaillé pendant toute la durée du traitement. Mène une vie absolument normale. — 11 avril. M. H... est venu nous donner des nouvelles de sa femme. Elle va très bien, elle travaille beaucoup.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 26 AVRIL 1920)

Hydrolyses digestives par ionisation mécanique de l'eau. — MM. J. E. ABELOUS et J. ALOY. La simple agitation (succussion) ou le barbotage déterminent l'hydrolyse partielle de l'amidon, du lactose, des graisses neutres, de la fibrine. Les effets croissent avec l'élévation de la température. Enfin l'addition de sucs digestifs bouillis active manifestement l'hydrolyse par suite de l'action favorisante qu'exercent les composants minéraux ou organiques de ces sucs, les diastases étant mises hors de cause par l'ébullition préalable.

Considérations sur l'apophyse paramastoïde de l'homme. — M. I. CHAINE.

Rôle des hémolysines dans l'intoxication microbienne et propriétés thérapeutiques des sérums normaux. — MM. WEINBERG et NASTA. 1° L'hémolysine bactérienne, loin d'être inoffensive, peut jouer un rôle important, et quelquefois même primordial dans l'intoxication générale de l'organisme. La grande rapidité avec laquelle elle se fixe sur les globules rouges explique pourquoi il est si urgent de recourir à l'injection intraveineuse de sérum, lorsqu'on est en présence d'une infection grave causée par un microbe hémolytique.

2° Les propriétés antihémolytiques du sérum normal expliquent, au moins en partie, les quelques bons effets thérapeutiques obtenus par les cliniciens dans certaines maladies avec les sérums non spécifiques, effets, d'ailleurs, inconstants à cause de la variabilité du pouvoir antihémolytique de ces sérums et de la teneur en hémolysine de la toxine sécrétée par les différentes souches d'une même espèce microbienne.

3° Il y a lieu de croire qu'on augmenterait beaucoup l'efficacité de certains sérums préparés contre des microbes hémolytiques, comme par exemple les streptocoques, en renforçant leur pouvoir antihémolytique.

Transmission expérimentale du tréponème de la paralysie générale (virus neurotrope) par contact sexuel. — MM. A. MARIE (de Villejuif), C. LEVADITI et G. BANCE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 4 MAI 1920)

L'encéphalite léthargique. — M. BERNARD nous apprend qu'il existe au Comité d'hygiène de nombreux documents relatifs à l'encéphalite léthargique, le ministre ayant demandé à tous les préfets d'y signaler tous les cas parvenus à leur connaissance. Il existe donc déjà au ministère une documentation très importante. M. Bernard n'a pas manqué de demander au ministre de communiquer à l'Académie ces documents. On a attendu jusqu'ici afin d'en rassembler un plus grand nombre. Mais dès maintenant l'Académie pourra compter sur cette documentation qui sera très utile dans la discussion actuelle.

M. VAILLARD prend la parole pour appuyer la proposition faite, dans la dernière séance, par M. de Lapersonne.

M. NETTER, qui s'était opposé à la nomination de cette Commission la jugeant inutile au point de vue des mesures prophylactiques à prendre contre l'encéphalite léthargique, se rallie aujourd'hui à l'opinion de MM. de Lapersonne et Vaillard, du moment que cette Commission ne sera nommée que dans un but d'étude de l'affection. Il se félicite que les Pouvoirs publics consentent enfin à fournir à l'Académie les documents en leur possession.

M. Netter revient sur la contagiosité de l'encéphalite léthargique. Il rappelle que l'incubation peut être très longue; il l'a vue durer 4 mois. Il appelle, enfin, l'attention des praticiens sur les troubles prémonitoires qui peuvent précéder la maladie, troubles intestinaux pris pour de l'appendicite ou de l'entérite, troubles nerveux qui s'observent souvent, surtout chez les enfants. En présence de ces troubles vagues, il faut donc toujours penser à l'encéphalite léthargique. M. Netter cite des faits qui ont été observés dans un pensionnat où plusieurs jeunes filles ont présenté ces troubles avant l'époque où on a pu faire le diagnostic ferme d'encéphalite léthargique.

— La proposition de M. de Lapersonne est adoptée. L'Académie nomme une commission de l'encéphalite léthargique composée de MM. Chauffard, Widal, Netter, de Lapersonne, Achard, Pierre Marie et Léon Bernard.

L'immunité acquise contre la grippe. — M. CHAUFFARD analyse un travail d'un confrère sur l'immunité acquise de la grippe qui confirme entièrement les conclusions de la communication qu'il a faite dans la dernière séance. D'une enquête qui a été faite dans plusieurs établissements, en particulier dans des prisons, il résulte que la plupart des malades atteints de la grippe, lors de l'épidémie de 1919, ne l'avaient pas contractée lors de l'épidémie de 1918, et que, par contre, sur les grippés de 1918, très peu l'ont été en 1919.

C'est sur le même sujet que M. DOPTER lit une note résumant les observations qu'il a pu faire dans la division à laquelle il était attaché. Mêmes observations, mêmes conclusions que celles de M. Chauffard.

Un cas de diverticule pharyngo-œsophagien. — M. HARTMANN présente une malade intéressante. Il s'agit d'une femme de 61 ans qui, depuis 9 ans, présentait des troubles œsophagiens, troubles qui ont été toujours en s'aggravant.

Quand on pressait sur les côtés du cou, on produisait des éructations. La déglutition devint de plus en plus difficile; les aliments revenaient dans la bouche, on sentait des bosselures de chaque côté du cou et, quand on les comprimait avec les doigts, on produisait un gargouillement très net; du côté gauche existait une poche œsophagienne volumineuse.

A la radioscopie on constatait, en effet, une poche ovoïde au niveau du sternum. Sur une radiographie de profil, on voyait nettement toute l'étendue de la poche. Le bismuth ne passait, à ce niveau, que dans un canal très rétréci. L'état de la malade s'aggrave au point qu'il fallut l'opérer.

M. Hartmann pratiqua d'abord une gastrostomie préventive; puis il fit une incision sur la partie latérale gauche du cou, arriva sur les vaisseaux qu'il écarta, parvint sur la poche qu'il put disséquer assez facilement et qui était pédiculée, sutura et referma la plaie, après avoir mis un drain qu'il retira après 48 heures. Guérison parfaite.

Élections. — L'Académie procède à l'élection de deux correspondants étrangers (2e div.).

La liste de présentation portait : en 1re ligne, MM. Recasens (de Madrid) et Chutro (de Buenos-Aires); en 2e ligne et par ordre alphabétique, MM. Calderini (de Bologne), Deletrez (de Bruxelles), de Fonseca (de Rio de Janeiro), Ziembicki (de Lemberg).

MM. Recasens (de Madrid) et Chutro (de Buenos-Aires) ont été élus, le premier par 48 et le second par 51 suffrages.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 30 AVRIL 1920)

A propos des rapports de la chorée avec l'encéphalite léthargique. — M. SOUQUES fait une communication sur les rapports de la chorée avec l'encéphalite léthargique. M. Harvier apporte à l'appui de cette communication des faits anatomiques, bactériologiques et expérimentaux.

M. Netter communique des observations absolument semblables : à savoir des cas d'encéphalite léthargique ayant débuté par un syndrome choréique très net. Il insiste sur la grande utilité des abcès de fixation (injections d'essence de térébenthine) dans le traitement de l'encéphalite léthargique. Il estime que les résultats thérapeutiques obtenus sont vraiment merveilleux.

Myoclonus provoqué et manifestations cutanées au cours de l'encéphalite léthargique. — M. Paul SAINTON. Le diagnostic de l'encéphalite léthargique peut être rendu difficile par le polymorphisme des symptômes. Dans le cas de l'auteur, l'évolution de la maladie s'est faite en 2 étapes : une première d'encéphalite léthargique, une deuxième avec fièvre typhoïde, symptômes méningés, érythème papuleux diffus ayant revêtu au pied le type pétéchial de telle sorte que le diagnostic de typhus fut discuté. La séro-réaction au proteus fut négative. A la fin de la maladie, l'exploration révéla l'existence d'un myoclonus provoqué n'existant qu'aux membres supérieurs et à la face, sans qu'aucun phénomène myoclonique spontané ait été constaté, et de l'hyperesthésie musculaire généralisée. Le myoclonus fut variable d'un jour à l'autre. En raison des phénomènes douloureux, le malade, en voie de guérison, a été traité par une injection intrarachidienne de bleu de méthylène en solution à 1/30.

Syndromes myasthéniques consécutifs aux intoxications par gaz de combat. — M. P. HARVIER présente un malade atteint d'un syndrome d'Erb-Goldflam nettement caractérisé : ptosis, ophtalmoplégie externe, asthénie intéressant les muscles de la mimique, de la mastication, de la déglutition de la phonation, les muscles du dos et des membres. L'affection remonte au mois de mars 1916 et apparut peu de temps après une intoxication par gaz. Elle semble progresser depuis 6 mois.

L'auteur a eu l'occasion, en 1918, d'observer un cas comparable : myasthénie portant sur les muscles du dos et des membres, accompagnée de troubles de la déglutition sans participation de la face, sans troubles oculaires ni laryngés, survenue chez un jeune soldat de 22 ans, 8 jours après l'intoxication. L'affection s'est améliorée en 3 mois. Le malade est actuellement guéri.

L'encéphalite polymorphe. — M. Pierre KAHN présente une malade qui a fait une encéphalite successivement névralgique, psychique, choréiforme, myoclonique, léthargique avec séquelles hémimyocloniques de la face et du bras gauche après la guérison. Les enveloppements thoraciques humides froids dans la période choréiforme, chauds dans la période léthargique ont donné d'excellents résultats.

M. NETTER. Les phénomènes hémimyocloniques ne sont pas des séquelles mais traduisent la persistance de la maladie. La maladie peut durer très longtemps et le virus peut persister plusieurs mois dans les centres.

Deux cas parisiens de typhus exanthématique. — MM. Marcel LABBÉ et HUTINEL rapportent 2 cas de typhus exanthématique observés à Paris. Dans les 2 cas, le début fut aigu, l'éruption ne fut pas pétéchiale et l'évolution favorable. La réaction de Weil-Félix permit d'établir d'une façon certaine le diagnostic.

Erythrodermie avec lymphadénie. — MM. Marcel LABBÉ et LANGLOIS ont observé une érythrodermie avec tuméfaction des téguments de la face, grosse rate et tuméfaction ganglionnaire. L'examen du sang fit déceler une légère leucocytose à mononucléaires rappelant celle de la leucémie aiguë. L'auteur fait le diagnostic et insiste sur les formes de transition avec les leucémies.

Encéphalite léthargique avec mouvements anormaux dans le territoire du trijumeau. — M. Pierre MARIE et Mlle LÉVY présentent un malade guéri d'encéphalite et qui conserve des mouvements anormaux dans le territoire du trijumeau moteur.

Sur un cas de septicémie à bacille d'Eberth ayant évolué cliniquement sous les apparences d'un rhumatisme polyarticulaire aigu. — MM. Georges GUILLAIN, Guy LAROCHE et E. LIBERT. Une femme de 19 ans entre dans leur service le 5 février 1920 avec une température de 40°2 et des arthropathies douloureuses du genou droit, des deux articulations tibio-tarsiennes et de l'articulation coxo-fémorale gauche; la rate est légèrement augmentée de volume, le pharynx est rouge, aucun trouble gastro-intestinal, urines albumineuses; ces phénomènes, qui avaient débuté 48 heures avant l'entrée de la malade à l'hôpital, persistèrent durant plusieurs jours avec un état général sérieux, puis disparurent; le 11 février la température était redevenue normale et les arthropathies avaient paru céder à la médication salicylée. Le diagnostic de rhumatisme polyarticulaire aigu semblait s'imposer, mais l'hémoculture a montré un bacille mobile ayant tous les caractères du bacille d'Eberth par la culture sur les différents milieux de différenciation, ce bacille d'ailleurs était agglutiné par le sérum anti-Eberth au 1/200 et au 1/100 seulement par les sérums antiparatyphiques A et B. Le sérum de la malade, qui n'avait pas été vaccinée antérieurement, agglutine le bacille d'Eberth au 1/150 et son propre bacille au 1/300; il n'agglutinait pas les bacilles paratyphiques A et B.

Cette septicémie à bacille d'Eberth a évolué sans les signes cliniques de la fièvre typhoïde, l'affection fut peut-être abortive mais durant sa période fébrile prit les apparences d'un rhumatisme polyarticulaire aigu.

Cette observation montre que l'hémoculture dans les affections fébriles est toujours un complément indispensable aux investigations cliniques, même lorsque les diagnostics paraissent évidents. De tels faits comportent leur enseignement au point de vue de l'hygiène collective et de la prophylaxie.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 19 MARS 1920)

Ligature du tronc carotidien. — M. Henri BLANC rapporte l'histoire de 2 malades, blessés au niveau du carrefour carotidien, et chez lesquels il a pratiqué la ligature du tronc carotidien principal. Les suites opératoires furent des plus simples dans les 2 cas, sans phénomène cérébral.

Infection post abortum. — M. SAISSI relate l'observation d'un cas d'infection post abortum qu'il a traitée par le sulfate de cuivre ammoniacal intraveineux, après curettage, suivant les indications de Mauté.

14 heures après la première injection intraveineuse et sans qu'il ait été fait aucune autre espèce de traitement local ou général, la température était de 37°, avec pouls à 76, état général transformé. La guérison s'est maintenue.

Kyste hydatique du poumon. — M. PERAIRE présente une jeune fille de 20 ans, atteinte d'un kyste hydatique du poumon droit. Il montre la radiographie indiquant que ce kyste de forme circulaire à contours nets et réguliers s'était révélé uniquement au point de vue clinique par quelques crachements de sang. Situation dans le 6e espace intercostal. La réaction de fixation de Weinberg et l'éosinophilie ont été positives.

(SÉANCE DU 16 AVRIL 1920)

Technique nouvelle de l'urétroscopie postérieure. — M. LUYS présente 2 modifications importantes apportées à son urétroscope qui permettent de pratiquer l'urétroscopie postérieure dans d'excellentes conditions de netteté et de précision.

La 1re consiste dans l'emploi d'une loupe grossissante analogue à celle des jumelles de théâtre qui est placée sur un bandeau frontal.

La 2e consiste dans l'aspiration mécanique effectuée cons-

tamment par un tube aspirateur que l'on met au contact de la muqueuse et qui, en rapport avec une trompe à eau, permet l'évacuation mécanique de l'urine et des secrétions pathologiques.

Ostéosarcome de l'omoplate gauche. Amputation interscapulo-thoracique, survie appréciable. — M. BARBARIN fait un rapport sur une observation de M. Miradoll concernant un homme, âgé de 51 ans, opéré le 2 avril 1918. L'opération fut bien supportée malgré sa gravité et le malade se remonta. En septembre, survint une récidive au niveau de l'articulation tibio-tarsienne gauche. La mort survint en octobre.

Hystérectomie vaginale. — M. Paul DELBET a réuni l'ensemble des hystérectomies pratiquées par lui dans les 6 dernières années.

Dans les fibromes purs : il a fait 37 hystérectomies vaginales avec une mort par embolie (mortalité : 2,7 p. 100) et 63 hystérectomies abdominales avec 4 morts (mortalité : 6 p. 100).

Dans les fibromes compliqués de salpingite, 18 vaginales ont donné 17 guérisons et 1 mort par infection, 7 castrations abdominales ont donné 7 guérisons.

Dans les suppurations pelviennes, 17 vaginales n'ont donné qu'une mort chez une malade atteinte de septicémie grave.

Dans les cancers, 33 opérations vaginales donnent 31 succès et 2 morts.

Au total 118 opérations vaginales ont donné 113 guérisons et 5 morts, soit une mortalité globale de 4 p. 100.

Goitre basedowifié de siège anormal. — M. PLANSON apporte une observation de goitre basedowifié de siège anormal, opéré par hémithyroïdectomie sous-capsulaire, après ligature des vaisseaux thyroïdiens; il y eut guérison opératoire, et disparition du basedowisme vérifiée 6 ans après.

Néphrectomies par voie antérieure. — M. R. DUPONT en rapporte 2 cas.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 26 MARS 1920)

Nécessité du traitement antisyphilitique intensif chez le nourrisson. — M. LENHARDT et Mlle SENTIS à l'occasion d'une observation insistent sur l'utilité du traitement antisyphilitique intensif chez l'enfant. Les nourrissons en particulier supportent admirablement le mercure sous toutes ses formes, surtout en injections intramusculaires ; il est nécessaire de surveiller attentivement les enfants syphilitiques, et d'instituer le traitement malgré la disparition des accidents.

Quatre cas de syphilis nerveuse chez les enfants en bas âge. — M. BOUDET à propos de la communication précédente relate l'histoire de 4 petits malades atteints de syphilis nerveuse qui ont retiré le plus grand bénéfice d'un traitement spécifique patiemment et continuellement suivi.

Lésions histologiques dans un cas d'encéphalite léthargique. — M. TZÉLÉPOGLOU décrit ces lésions chez un malade de M. Ducamp. Elles sont caractérisées par une congestion avec petits foyers hémorragiques et une périvascularite intense localisée surtout au niveau de la formation réticulaire du bulbe, dans toute l'étendue du pédoncule cérébral, le noyau de l'oculo-moteur externe et la partie dorsale du noyau du facial.

La méthode de Bielchowsky a montré une dégénérescence hyaline des cellules du pédoncule cérébral, du noyau de la VIe paire et de l'olive protubérantielle.

Tuberculose pulmonaire et laryngée chez un ancien syphilitique. — M. GAUSSEL.

Antagonisme de radiations. — M. PECH.

Étude histologique d'une galactocèle (*2e note*). **Le contenu.** — M. GRYNFELTT. L'étude du contenu de cette galactocèle nous a permis d'établir : 1° que parmi les corps figurés, on rencontrait de très nombreux corps granuleux, présentant les plus grandes analogies avec ceux de colostrum ; 2° que ces corps granuleux résultaient de la transformation de globules blancs dont le cytoplasme se chargeait de sphérules graisseuses ; 3° que ces sphérules étaient constituées par des graisses saturées (probablement un mélange de palmitine et de stéarine) ; 4° que la genèse de ces corps granuleux et leur évolution qui aboutit à leur désintégration dans le contenu de la poche précise le rôle des globules blancs dans la résorption de cette collection ; rien n'autorise à admettre qu'ils remplissent la fonction de balayeurs appelés à débarrasser mécaniquement la poche de son contenu : ils agissent ici en éléments glandulaires vraisemblablement en transformant les substances grasses et en facilitant la diffusion dans les produits accumulés dans la galactocèle ; 5° c'est là un processus qui tend à expliquer les guérisons spontanées de ces affections ; mais ce n'est pas le seul : la paroi de la poche prolifère à l'intérieur de la masse lactescente et tend ainsi à oblitérer la cavité.

COMITÉ MÉDICAL DES BOUCHES-DU-RHONE

(ORDRES DU JOUR DES SÉANCES DE MARS 1920)

5 mars. — MM. le prof. AUBARET et CHAINE : Un cas de mélanose conjonctivale généralisée (présentation de la malade).

MM. PLANCHE et BOCCA : Malformation congénitale du cœur (présentation de pièce). — Méningite cérébro-spinale à germes atypiques.

MM. BOURDILLON et OLMER : Encéphalite aiguë myoclonique.

12 mars. — Prix Rampal. Ce prix est décerné à MM. VASSEROT et F. TRABUC pour leur mémoire sur : « Hématologie du typhus exanthématique. »

M. S. COSTA : Vaccinothérapie du rhumatisme gonococcique, formes ankylosantes (présentation de malades et radiographies).

M. WEILL : Plaie du péricarde. Inconvénients du drainage.

MM. le prof. GUÉRIN-VALMALE et CAMBON : Bassin vicié par paralysie spinale infantile ayant nécessité une césarienne.

19 mars. — MM. le prof. REYNÈS et HUOT : Présentation d'un modèle de W.-C. pour hôpitaux.

M. CASSOUTE : Un cas d'encéphalite léthargique.

MM. ROUSLACROIX et MANET : Déformation congénitale du thorax, type Apert, avec rétrécissement urétral sans lésion de l'artère pulmonaire (présentation de la pièce).

26 mars. — M. le prof. ROGER : Présentation d'un malade atteint d'une forme ambulatoire d'encéphalite épidémique.

M. A. YOLFATTI : Fœtus porteur de deux uretères pour le rein droit (présentation de pièce).

Conférence mensuelle : « La spécialité oto-rhino-laryngologique dans ses rapports avec la grande chirurgie », par M. Henri BERNEX.

Le Sympathique et les systèmes associés. Anatomie clinique, séméiologie et pathologie générale du système neuro-glandulaire de la vie organique, par A.-C. GUILLAUME. Préface du prof. Pierre Marie. Un vol. in-8 de 160 pages avec 21 figures originales et plusieurs tableaux. — Prix : 6 fr. net. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 15 francs par an. Étudiants étrangers, 20 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 6 fr. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 7 mai. — MM. Vignes, 10; Lemeland, 8; Ecalle, 11; Guéniot, 6; Chirié, 13.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 5 mai. — Question donnée : « Anatomie macroscopique du canal déférent. — Signes et diagnostic de la tuberculose de l'épididyme testiculaire. »

MM. Aumont, 15 + 23 = 38; Jousseaume, 15 + 24 = 39; Humbert, 13 1/2 + 27 = 40 1/2; Deroche, 17 + 23 = 40; Bourdier, 14 + 24 = 38; Ducrohet, 13 + 21 = 34; Blot, 12 + 22 = 34; Cordey, 14 + 25 = 39; Génin, 17 + 21 = 38; Reverdy, 10 + 20 = 30.

Séance du 6 mai. — Question donnée : « Artère axillaire. — Signes physiques des pleurésies séro-fibrineuses. »

MM. Valière-Vialeix, 16 + 23 = 39; Cocault-Duverger, 13 + 21 = 34; Hirschberg, 17 + 27 = 44; Gayet, 16 1/2 + 24 = 40 1/2; Duval, 15 + 27 = 42; Perrochaud, 16 + 24 = 40; Ecot, 14 1/2 + 26 = 40 1/2; Surun, 16 + 25 = 41; Renardier, 14 + 20 = 34; Rémy-Néris, 13 + 21 = 34.

Séance du 7 mai. — Question donnée : « Artère fémorale et ses branches. — Symptômes et diagnostic de l'appendicite aiguë. »

MM. Ravina, 16 + 26 = 42; Lautman, 14 + 23 = 37; de Gennes, 18 + 27 = 45; Lagrange, 17 + 24 = 41; Bocage, 19 + 26 = 45; Charon, 15 + 21 = 36; Ill, 15 1/2 + 25 = 40 1/2; Engelhard, 14 + 24 = 38; Florand, 16 + 21 = 37; Lefèvre (Bernard), 15 + 22 = 37.

— *Avis.* — La répartition des internes de 1re année aura lieu le mercredi 26 mai, à 14 heures, à la salle des concours de l'Assistance publique, 49, rue des Saints-Pères.

Tous les internes devront être présents.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Anatomie.* — Séance du 6 mai. — Question donnée : « Canal inguinal. »

MM. Dublineau, 14; Lacassie, 12; Lacapère, 14; Migault, 15; Mlles Lassalle, 17 1/2; Blaignan, 6; MM. Marco, 13; Perrève, 15 1/2; Luton, 16; Lucq, 10; Lob et Larivière, 12; Lieutaud, 13; Lévy (Robert), 9; Leforestier, 11; Lavau, 13.

Séance du 8 mai. — Question donnée : « Artères de la main. »

MM. Laurain, 12; Lefèvre (Georges), 16; Lapeyre, 18 1/2; Mme Macrez, 10; MM. Leibovici, 7; Marzouk, 13; L'Ecuyer de Villers, 16; Mallein-Gerin, 14; Phelipeau, 12 1/2; Lehmann, 13; Thibault (R.), 16; Lavieille, 17; Limouzin-Lamothe, 15; Bernard (G.), 11 1/2; Lafaix, 15.

Séance du 9 mai. — Question donnée : « Muscle psoas iliaque. »

Mlles Odier, 17; Laurent, 16; MM. Lefebvre (René), 13; Leyritz, 14; Michaud et Mlle Lacroix, 12; M. Lataix, 10; Mlles Sturm, 12; Lavedan, 17; M. Lévy (Gabriel), 11; Mlle Lecoq, 14; MM. Leroy (Roger), 15 1/2; Legrain, 16; Mlle Lachouski, 14; M. Magdelaine, 18; Mlle Mauclaire, 17 1/2.

Pathologie. — Séance du 5 mai. — Question donnée : « Incidents et accidents de l'anesthésie chirurgicale générale, moyens de les prévenir et d'y remédier. »

MM. Coudrain, 9; Damon, 14 1/2; Descomps, 17; Mlle Desgrez, 15; M. Campana, 12; Mlles Dupin, 9; Crémieu, 16; MM. Fabre (Pierre), 13 1/2; Chantier, 14; Chapard, 12 1/2; Chapuis (Pierre), 16; Chemilleau, 14; Charreau, 16 1/2; Ehrenberg, Diriks, Dumas et d'Auxion, 14.

Séance du 6 mai. — Question donnée : « Symptômes et complications de la pneumonie à pneumocoques. »

MM. Cherouvrier, 14; Chabrut, 16; Debavelaère, 13 1/2; Deguillaume, 9; Couton, 14; Djordjevitch, 13; Chatellier, 14; Delimal, 15; Fabre (André), 14; Dubois (Paul), 17; Dufieux, 14 1/2; Denain, 8; Emerit, 12 1/2; Crocy et Mlle Cros, 13; MM. Dufour, 15; Doussain, 10; Delafontaine, 14; Delaveuve, 15; Dereux, 18.

HOPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — Le concours de la médaille d'or de l'internat aura lieu dans la 2e quinzaine de juillet. Les inscriptions seront reçues du 1er au 15 juin 1920, le mémoire devra être déposé à la même époque.

— MONTPELLIER. — Le concours de l'Internat s'est terminé par la nomination de MM. Milhaud, Siméon, Boulet, Olivier, internes titulaires, et de MM. Lafon et Sicard, internes provisoires.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — *Médecine générale.* — Jury : MM. Roger, Gilbert, Dupré, Chauffard, Labbé, Jeanselme, Raviart, Abadie, Surmont, Mairet, Ducamp, Ardin-Delteil, Teissier.

Admissibilité :

Exposé de titres : MM. Abrami, 30; Aubertin, 29; Aubry, 27; Azéma, 26; Baudouin, 30; Baumel et Bonnamour, 28; Bou-

det, 27; Carrieu, 28; Caussade, Chabrol et J. Chalier, 29; Chevallier, 28; Chiray et Clerc, 30; Cordier, 29; Creyx, 27; Crouzon, 30; Derrien, 27; Descomps, 30; Dubourg, 26; Duhot, 29; Dumas, 27; Fabre, 29; Fiessinger, 30; Gardère, 27; Gaujoux, 28; Giraud, 25; Gueit, 26; Harvier, 29; Israëls de Jong, 30; Joltrain, 29; Laederich, 30; Laporte, 28; Laroche, Lévy-Valensi et Lian, 29; Margarot, 30; Nové-Josserand, 28; Porot, 27; Pujol, 28; Raynaud, Rebattu et Roubier, 29; Sézary, 30; Tixier et Touraine, 29; Troisier, 30; Vanstenberghe, 29; de Verbizier, 28.

Physique et chimie médicales. — Jury : MM. Pouchet, Derrien, Cruzet, André Broca, Lambling, Desgrez, Beille.

Exposé de titres. — Physique : MM. Mazérès, 13; Pech, 23; Strohl, 19; Routier, 17; Guilleminot, 27; Cottenot, 20; Lamy, 13.

Chimie : MM. Lescœur, 16; Fontès, 15; Mestrezat, 25; Polonowski, 19; Moog, 22; Florence et Bernard, 18; Blanchetière, 23.

— L'ouverture des concours pour l'agrégation (sections d'hygiène et bactériologie, de parasitologie et histoire naturelle médicale) est reportée du 17 au 26 mai 1920.

GUERRE. — Un arrêté ministériel, en date du 1er mai 1920, fixe à 10 fr. par heure de séance l'indemnité allouée aux médecins membres des tribunaux départementaux des pensions militaires.

LES ÉTUDIANTS NON SURSITAIRES DE LA CLASSE 1918. — Le *Journal officiel* du 5 mai 1920 publie une longue instruction modifiant les dispositions de la circulaire du 8 décembre 1919 sur la scolarité des étudiants non sursitaires de la classe 1918. Cette instruction a été nécessitée par le maintien de cette classe sous les drapeaux jusqu'au 15 juin.

MÉDAILLES DE LA RECONNAISSANCE FRANÇAISE. — *Médailles d'argent.* — MM. les Drs Marchenay (à Rochefort), Monin (à Neuilly-s.-Seine), Poucel (à Marseille), Thoumire (à Paris).

Médailles de bronze. — MM. les Drs Bucquoy (médecin des hôpitaux de Paris), Chevalier (à Bordeaux), Comar (à Paris), Demons (à Bordeaux), de la Tour de Saint-Igest (à Paris).

ASSOCIATION DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE. — Dans son assemblée générale du 7 mai, l'association vient de renouveler son bureau qui est ainsi composé : syndics parisiens : MM. F. Le Sourd et R. Blondel; syndic de province : M. Monprofit (d'Angers)

Secrétaire général : M. Granjux.

Secrétaire général adjoint : M. Pierra.

MM. le prof. Albert Robin et Marcel Baudouin ont été nommés syndics honoraires.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le Dr Sénac-Lagrange, ancien interne des hôpitaux de Paris, promotion 1867, médecin consultant à Cauterets, décédé à Rabastens-de-Bigorre.

CONFÉRENCES ET DÉMONSTRATIONS PRATIQUES DE RADIOLOGIE, DE RADIUMLOGIE ET D'ÉLECTROLOGIE. — La Société des médecins chefs des laboratoires de radiologie et d'électro-radiothérapie des hôpitaux de Paris organise, à partir du 17 mai 1920, une série de conférences et démonstrations pratiques d'électro-radiologie et de radiumlogie.

Les conférences auront lieu tous les jours, à 18 heures, à l'amphithéâtre de physique de la Faculté de Médecine de Paris.

Elles feront suite au cours de radiologie organisé par la Faculté de Médecine de Paris.

Des démonstrations pratiques auront lieu le matin dans les laboratoires de radiologie et d'électro-radiothérapie des hôpitaux de Paris.

Pour l'inscription qui est gratuite, s'adresser au Dr Mahar, hôpital Trousseau, 158, avenue du Général-Michel-Bizot, Paris (12e).

LIVRES NOUVEAUX

Eléments de radiologie. Diagnostic et thérapeutique par les rayons X (1), par le Dr ALBERT-WEIL, chef du laboratoire d'électroradiologie de l'hôpital Trousseau (ouvrage couronné par l'Académie des sciences. Prix Itard.)

La première édition de ce livre, parue en 1913, a vite recueilli la faveur des médecins et des étudiants qui voulaient connaître la place importante que les rayons X doivent occuper dans la clinique médicale ou chirurgicale comme dans la thérapeutique. Il a obtenu de l'Institut le prix Itard, qui, selon la volonté de son fondateur, fut accordé à l'auteur du meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée.

Dans la seconde édition de cet ouvrage, le plan suivi est resté identique à celui de la première, mais presque tous les chapitres ont été remaniés, très minutieusement complétés pour qu'y soient exposés les dernières découvertes et les multiples progrès dont a bénéficié la science radiologique. Nous signalons particulièrement la place importante donnée à la découverte et à l'emploi des tubes Coolidge, réglables à volonté, grâce auxquels on peut pratiquer la radiothérapie avec une précision et un dosage remarquables. Les tracés schématiques, les reproductions de radiographie ont été largement multipliés et cet ouvrage par sa documentation constitue un exposé complet de l'état de la radiologie de ce temps.

L. G.

L'Hôpital et son rôle social, par le prof. DELASSUS, doyen de la Faculté libre de médecine de Lille. Une brochure. Imprimerie Liégeois Six, 244, rue Léon-Gambetta, Lille.

(1) 2e édit., entièrement refondue, avec 552 fig. dans le texte. Gr. in-8. — Prix : 40 fr. net. — Paris, F. Alcan.

SOMMAIRE DES CHAPITRES DES ANALYSES

RADIO-ACTIVITÉ — RADIUMTHÉRAPIE

RADIOLOGIE

NUMÉROS D'ANALYSES DÉJÀ PARUS

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

RADIO-ACTIVITÉ -- RADIUMTHÉRAPIE

Par Simone LABORDE.

GÉNÉRALITÉS

Le radium. Interprétation et enseignement de la radio-activité. (Fr. SODDY, traduit de l'anglais par A. LEPAPE. Un vol., 1919, librairie Félix Alcan.) — Cet ouvrage offre un remarquable exposé d'ensemble de la radio-activité, mis à la portée du lecteur profane. La traduction très précise de M. Lepape n'a pas altéré la langue vive et imagée habituelle à l'auteur.

Après avoir rappelé la découverte de la radio-activité, l'auteur étudie le rayonnement des substances radio-actives, la théorie de la désintégration atomique et les lois des transformations radio-actives.

L'intérêt et l'importance des phénomènes de désintégration atomique débordent les limites de la radio-activité et même des sciences physiques pures. Ils pénètrent presque toutes les régions de la pensée. Ces découvertes présentent un intérêt philosophique général que l'auteur a exposé dans un chapitre consacré à la radio-activité et l'évolution du monde. Par la découverte de la radio-activité, ou plutôt des forces et des processus intraatomiques dont la radio-activité n'est que la manifestation extérieure et visible, nous avons pénétré dans l'un des plus profonds secrets de la Nature. Les phénomènes de radio-activité apparaissent déjà comme les causes dernières de l'évolution physique.

Nos vues sur l'univers physique sont définitivement modifiées. Le radium nous a appris qu'il n'y a aucune limite à la quantité d'énergie présente dans le monde et pouvant servir à l'entretien de la vie, en dehors de la limite imposée par les bornes mêmes de notre connaissance.

Un dernier chapitre nous met au courant des plus récentes recherches sur la structure intime de l'atome. Les résultats des travaux effectués au cours de la période 1914-1919 ont été exposés par M. Lepape en un appendice qui termine le volume.

Traitement des cancers par la radiumpuncture. (Cl. REGAUD. *Paris méd.*, 7 fév. 1920.) — La radiumpuncture consiste à implanter, par exemple dans une tumeur, des aiguilles chargées d'un corps radio-actif appartenant à la famille du radium.

On peut rendre des aiguilles radio-actives, soit en condensant à leur surface le « dépôt radio-actif », soit en introduisant dans leur canal du radium ou son émanation condensée.

Les aiguilles pleines chargées de dépôt radio-actif à leur surface n'ont pas d'emploi médical. On utilise surtout les aiguilles en platine irridié contenant un minuscule tube de verre qui renferme une certaine quantité d'émanation. La longueur de ces aiguilles varie de 2,5 à 12 cm.; leur calibre est de 0,6 mm., leur épaisseur de paroi varie de 0,15 à 0,40 mm. Les unes destinées à être implantées à travers la peau sont munies d'une tête, les autres sont sans tête et munies d'un chas par lequel on fait passer un fil.

Le nombre des foyers à introduire dans une tumeur est en raison directe de son volume et en raison inverse de sa radiosensibilité.

La zone d'efficacité d'un foyer linéaire est un cylindre, soit, en coupe, un cercle. Le diamètre du cercle dépend de la dose et de la radiosensibilité du tissu.

Le nombre et la longueur des foyers, les intervalles qui les séparent, l'intensité et la durée de leur rayonnement sont autant de facteurs dont le produit représente la densité du rayonnement, c'est-à-dire la quantité reçue par unité de volume de la tumeur.

Les aiguilles sont extrêmement dangereuses pour les surfaces épithéliales. Trop rapprochées elles peuvent déterminer des brûlures graves. L'auteur estime à 10 mm. la distance minima qui doit séparer l'aiguille de tout revêtement épithélial.

La paroi des aiguilles ($0^{mm}15$ de platine) ne permet qu'une mauvaise filtration, mais le rayonnement ultrapénétrant n'est pas indispensable pour les irradiations interstitielles ou intérieures.

La radiumpuncture, qui est très efficace, n'est inoffensive qu'à la condition d'éviter les tissus sains.

La radiumpuncture permet donc, suivant l'auteur, de réaliser une répartition plus égale de l'irradiation; elle représente dans le traitement des tumeurs malignes un grand pas en avant, elle permet de traiter certains cancers difficilement accessibles et accroît l'efficacité du traitement des néoplasmes peu sensibles ou volumineux.

A propos de l'émanation comparée aux sels de radium. (BAUD et L. MALLET. *Presse méd.*, 11 fév. 1920.) — L'emploi de l'émanation du radium a été en ces derniers mois le sujet de plusieurs articles parus dans la grande presse et dans la presse médicale.

Les auteurs s'élèvent avec raison contre l'interprétation erronée ou excessive à laquelle ils ont donné lieu.

Certains médecins sont persuadés que les résultats sont meilleurs quand on emploie l'émanation, qu'elle seule permet les doses massives, et la modicité du prix des applications. Ces trois points de vue sont erronés, en effet. 1° L'émanation et les sels de radium donnent un rayonnement identique d'où résulte l'identité des résultats. 2° Les sels de radium permettent aussi bien que l'émanation l'emploi des doses massives. Avec 1 g. de radium-élément dont on utilise l'émanation on ne réalisera jamais dans la pratique une dose massive d'un curie. En outre, le rayonnement des sels de radium est pratiquement constant, l'intensité du rayonnement des appareils à émanation décroît de moitié en 4 jours. 3° L'emploi de l'émanation n'est pas moins onéreux que l'emploi des sels de radium.

Le petit volume occupé par l'émanation (un curie d'émanation n'occupe que 0,6 mmc.) permet la réalisation de très fines aiguilles fortement radio-actives. Les appareils de forte charge et de volume extrêmement petit sont l'apanage de l'émanation.

M. Regaud reproche aux appareils à sels d'être pratiquement immuables et de donner lieu à une mauvaise utilisation de l'énergie radio-active. L'appareillage à sels peut devenir souple, multiple et permettre une utilisation rationnelle de l'énergie. Les auteurs poursuivent la mise au point de cet appareillage. La supériorité technique de l'émanation peut donc être un fait purement actuel et nullement lié à des causes qu'il soit impossible de modifier. Rien ne justifie l'état d'esprit de quelques médecins qui regardent l'émanation seule comme désormais digne d'intérêt.

Cf. — Mesures pratiques en radio-activité. (W. MAKOWER et H. GEIGER (Manchester), traduit par E. PHILIPPE. Un vol., Gauthier-Villars.)

Doses et durée d'application en radiumthérapie; procédés de notation et de calcul; table pour l'emploi de l'émanation du radium. (Cl. REGAUD et R. FERROUX. *Journ. de radiol. et d'électrol.*, sept.-oct. 1919, n° 11.)

Utilisation de l'émanation concentrée en appareils clos. (Simone LABORDE. *Journ. de radiol. et d'électrol.*, sept.-oct. 1919, n° 11.)

L'utilisation thérapeutique de l'émanation du radium. (BAUD et MALLET. *Progrès méd.*, 10 et 26 juillet 1919.)

Notions préliminaires à la pratique de la radiumthérapie des cancers par les applications locales d'émanation du radium condensé. (Cl. REGAUD. *Paris méd.*, 10 mai 1919.)

Une condition d'efficacité et d'innocuité dans la radiothérapie du cancer. (Cl. REGAUD. *Paris méd.*, 17 janv. 1920.)

Quelques points de technique en radiumthérapie. (OPPERT. *Bull. et mém. de la Soc. de méd. de Paris*, séance du 27 déc. 1919, n° 3.)

Quelques effets biologiques de faibles quantités de radium. W. S. LAZARUS BARLOW (Londres). *Arch. of radiol. and electr.*, juin 1919, n° 227.)

La valeur du radium dans la guérison des maladies et dans le soulagement des symptômes douloureux. (W. H. B. ACKINS. *Amer. Journ. of Röntg.*, sept. 1919, n° 9.)

BLESSURES DE GUERRE

Cf. — Action du rayonnement du radium sur les blessures de guerre. (Simone LABORDE. *Paris méd.*, juin 1916.)

Le radium et les blessures de guerre. (Simone LABORDE. *Revue interalliée*, n° 1, avril 1918.)

Un an de radiumthérapie militaire. (BARCAT. *Paris chir.*, fév.-mars 1917.)

Le radium en chirurgie de guerre. (William H. CAMERON. *Pensylvania med. Journ.*, juin 1918.)

Traitement des cicatrices par le radium. (Walter C. STEVENSON. *The Lancet*, 23 mars 1918.)

TUMEURS MALIGNES

Radiumthérapie du cancer du col de l'utérus. (P. DEGRAIS. Rapport au Congrès de Bruxelles, sept. 1919. *Association des gynécologues et obstétriciens de langue française.*) — L'auteur expose les résultats cliniques de son expérience personnelle et envisage l'action du radium successivement dans l'épithélioma du col et les récidives postopératoires.

Lorsque l'épithélioma du col est opérable, il est logique de recourir à la chirurgie qui compte à son actif des cas restés sans récidive depuis 6 à 8 ans. Cependant un certain nombre de malades de cette catégorie soignées uniquement par le radium sont restées sans récidive depuis 4, 5 et 6 ans. Pour les malades inopérables, il n'est pour ainsi dire pas de cas où elles n'aient retiré un bénéfice réel de la radiumthérapie. La douleur et les hémorragies sont toujours heureusement influencées. Le radium joue dans le traitement des récidives postopératoires un rôle qui lui crée une place unique.

Après toute ablation d'utérus cancéreux on doit pratiquer des irradiations vaginales.

Il est difficile de fixer les doses utiles de radium ; les doses employées « varient de 27 à 200 millicuries ». Les filtres varient de 3/10e de platine à 1 millimètre d'argent, le temps d'application oscillant entre 48 et 72 heures.

Et l'auteur conclut son rapport en constatant que « le rôle que joue le radium n'est qu'un rôle d'attente prêt qu'il est à céder le pas à l'agent électif général qui pourra lutter contre le cancer, affection générale et non manifestation locale ».

Combinaison de la radiumthérapie et du traitement opératoire dans le cancer de l'utérus. (Mme S. FABRE. Rapport au Congrès de Bruxelles, sept. 1919. *Association des gynécologues et obstétriciens de langue française.*) — Le radium a pris une place prépondérante dans le traitement du cancer de l'utérus. Un grand nombre de chirurgiens estiment qu'en aucun cas le cancer de l'utérus ne doit être opéré et qu'il ressort toujours de la radiumthérapie. L'avenir dira s'il faut partager cette opinion exclusive.

L'auteur préconise l'irradiation, préopératoire, des néoplasmes opérables, ou à la limite. L'irradiation avant l'intervention chirurgicale cicatrise très rapidement les ulcérations du col et diminuent considérablemunt la vitalité du cancer.

Les doses doivent être élevées, jamais inférieures à 100 milligrammes, et oscillant généralement entre 200 et 300 milligrammes de bromure de radium. La durée moyenne de l'application est de 48 heures.

Il convient de n'opérer que 3 à 6 semaines après l'irradiation.

Le traitement du cancer de l'utérus par le radium. (H. JANEWAY [New-York]. *Journ. of surg. gyn. and obst.*, XXIX, 242-265, sept. 1919.) — Les statistiques montrent que l'intervention chirurgicale est loin d'être satisfaisante dans le traitement du cancer de l'utérus. La mortalité opératoire élevée, les suites opératoires telles que péritonites, cystites, fistules vésicales, phlébites, etc., sont fréquentes, le faible espoir d'obtenir des guérisons durables ont conduit les plus éminents gynécologistes à adopter une attitude plus conservatrice.

Le traitement du cancer de l'utérus par le radium est devenu la méthode prédominante. L'auteur passe en revue les résultats obtenus par les différents spécialistes et cite les travaux parus sur la question en Amérique, en France, en Angleterre, en Espagne. Puis, il donne des observations personnelles, concernant le cancer du col, le cancer du corps, le cancer de la vulve ; la plupart étant opérables ou sur la limite de l'opérabilité.

Après avoir rappelé les doses employées par les principaux auteurs, H. Janeway expose sa technique. La dose qu'il utilise est de 6.000 millicuries-heures. Le radium est divisé en 6 tubes contenant chacun 50 mmg. Trois tubes placés bout à bout dans une sonde de caoutchouc sont introduits dans le canal cervical pendant 20 heures et les 3 autres tubes sont placés contre l'ulcération cervicale pendant le même temps. Ces derniers tubes peuvent être maintenus au moyen de la cire à modeler des dentistes qui se moule sur la région.

Une seule application peut amener une rétrogression complète.

Dans le cancer du col il y a avantage à utiliser des petits tubes de verre contenant de l'émanation, introduits dans la masse néoplasique et laissés jusqu'à leur complète décroissance.

Le radium est la méthode de choix pour le traitement des cancers à la limite de l'opérabilité et son emploi est tout à fait justifié pour traiter d'une manière précoce le cancer du col.

Traitement du cancer, en particulier du cancer de la langue, de l'amygdale et du rectum par l'émanation enfouie dans la tumeur. (H. JANEWAY [New-York]. In *The American Journal of Rœntgenology*, fév. 1920.) — Au début de ses expériences l'auteur utilisait le radium en applications locales à la surface des cancers ainsi attaqués seulement par un côté. Avec une grosse filtration on obtenait non seulement un effet plus profond, mais plus uniforme. Toutes les fois que cela a été possible l'application était faite à distance de la tumeur. Quelquefois, les tubes étaient maintenus à la surface au moyen de la cire à modeler des dentistes ou au moyen de petits crochets.

Les résultats furent souvent excellents, mais ne peuvent être comparés à ceux que l'on obtient par l'introduction dans la tumeur de petits tubes de verre contenant l'émanation.

Les avantages de cette méthode sont les suivants :

1° Le rayonnement ne subit qu'une très petite perte.

2° C'est un moyen plus économique d'utiliser le radium ; de petites quantités étant susceptibles d'accomplir des modifications qui ne nécessitent pas d'autres méthodes de plus grandes quantités.

3° Au lieu d'éliminer les rayons γ peu pénétrants et les rayons β par un filtre, c'est le tissu de la tumeur qui agit comme un filtre et ces rayons sont utilisés pour la destruction de la tumeur.

4° Les rayons γ les moins pénétrants et les rayons β possèdent un pouvoir de pénétration limité autour de chacun des tubes pris comme centre, en conséquence, un dosage élevé peut être donné au tissu néoplasique seul sans inconvénient pour les tissus qui l'entourent.

Cette méthode permet de traiter des tumeurs inaccessibles à un autre mode de traitement.

Elle n'est pas exempte de dangers : 2 malades sont morts de septicémie; et un certain nombre d'hémorragies. L'hémorragie constitue un réel danger dans le cancer de la langue ou de l'amygdale; pour l'éviter à coup sûr il n'y a pas d'autre moyen que de lier la carotide externe et l'artère linguale. Un autre danger est la nécrose. Celle-ci se développe autour de chacun des tubes enfouis dans la tumeur. Bagg a montré que cette nécrose comprend une sphère de 1 cm. de diamètre autour d'un tube contenant 1 millicurie. Dans les viscères, cette nécrose peut être cause d'une perforation.

Le plus important facteur de succès est le choix de la dose pour la première application. On ne peut actuellement formuler de règle.

L'auteur donne ensuite le résumé d'observations de malades traités avec succès par l'émanation incluse dans les tumeurs de la langue, de l'amygdale, du rectum.

Suit une intéressante discussion : le Dr Viol (Pittsburg) remarque que les avantages obtenus avec les aiguilles d'émanation insérées dans les tumeurs peuvent être obtenus avec des aiguilles contenant un sel de radium. Dans l'un et l'autre cas tout le rayonnement agit sur le tissu néoplasique, tandis que dans l'application externe plus de la moitié du rayonnement est inutilisée. Les aiguilles contenant un sel de radium ont des parois constituées par un métal, tandis que celles qui contiennent de l'émanation sont des tubes de verre mince, et il est important de savoir jusqu'à quel point la nécrose produite par les rayons β des aiguilles d'émanation peut être considérée comme un effet négligeable.

Les remarques du Dr Viol sont tout à fait justifiées. Il n'est pas possible en effet de comparer les résultats obtenus par l'émanation introduite dans les tumeurs à ceux que donne le radium agissant en surface, et le Dr Janeway semble oublier que l'introduction intratumorale de tubes de radium est depuis longtemps d'un usage courant.

Reste à savoir s'il vaut mieux employer un rayonnement filtré ou des tubes de verre laissant passer le rayonnement β. Les accidents signalés par le Dr Janeway (hémorragie, nécroses) montrent qu'on doit au moins être très prudent lorsqu'on utilise le rayonnement β, et il y aurait lieu de définir les cas où l'on peut l'employer sans danger.

Cf. — Traitement du cancer de l'œsophage par le radium. (L. Dufourmentel. *Paris méd.*, 7 fév. 1920.)

Considérations sur le traitement par le radium et la technique d'application dans les néoplasmes du col et du corps utérin. (Th. Nogier. *Paris méd.*, 7 fév. 1920.)

Quelques indications de la radiumthérapie dans les tumeurs bénignes et malignes. (Mme Fabre. *Bull. méd.*, 21 fév. 1920.)

Contribution à l'étude de la radiumthérapie associée à la chirurgie dans le cancer opérable de l'utérus. (R. Lascaux. *Thèse de Paris*, 1920.)

Le radium dans les tumeurs malignes des premières voies respiratoires. (A. Castex. *Bull. et mém. de la Soc. de méd. de Paris*, séance du 14 nov. 1910.)

GYNÉCOLOGIE

Le traitement des ménorragies par le radium. (Leda J. Steacy [Mayo Clinic Rochester]. Extrait de *Minnesota Medicine*, vol. II, mars 1919.) — L'auteur passe d'abord en revue les causes principales des hémorragies : les ménorragies de la première période de la fonction menstruelle sont dues le plus souvent à un trouble des glandes à sécrétion interne. Les ménorragies de la 2e et de la 3e période sont dues à la présence de myomes utérins, de polypes ou de carcinomes.

Les diverses théories qui tentent d'expliquer l'action du radium sur les ménorragies sont brièvement rappelées : les rayons β et γ produisent une endartérite qui amène l'oblitération des vaisseaux sanguins (Wickham); les follicules de Graaf sont détruits après exposition aux rayons X ou aux rayons V (Horowitz); la diminution de volume des fibromes et la cessation des hémorragies sont dues à l'anémie qui suit l'oblitération des vaisseaux sanguins (Kelly et Burmann).

Le radium est employé à la clinique Mayo, depuis 1915, dans les cas suivants : hémorragies de la ménopause; menstruation profuse chez les jeunes femmes quand il existe de petits fibromes sous-muqueux, et dans les cas de gros myomes où l'intervention chirurgicale est contre-indiquée.

La technique employée consiste dans l'introduction du radium dans le col de l'utérus après dilatation. Le tube de verre contenant le radium est mis dans un tube d'argent de 0mm5 d'épaisseur placé dans un tube de caoutchouc. Le dosage varie avec l'âge de la malade et suivant la présence ou l'absence de tumeur : chez les jeunes femmes sans tumeur apparente, et chez qui l'on désire garder la fonction menstruelle, on fait une application de 50 mmg. élément pendant 4 à 6 heures. Chez les femmes âgées pour arrêter complètement la menstruation, il est nécessaire d'employer 50 mmg. pendant 10 à 12 heures.

Si, après 3 mois, les ménorragies n'ont pas cessé, on fait une seconde application.

En résumé, ce travail confirme ce que nous savions de l'action du radium sur les hémorragies et les fibromyomes.

Toutefois les doses employées paraissent un peu faibles pour obtenir des résultats définitifs.

Indications et technique de la radiumthérapie dans le traitement des ménorragies et métrorragies. (P. Degrais. *Revue franç. de gyn. et d'obst.*, déc. 1919.) — L'auteur envisage seulement dans cet article les ménorragies et les métrorragies qui reconnaissent pour causes certaines métrites ou les fibromes. Toutes les affections qui reconnaissent ces deux causes et dont le principal symptôme est l'hémorragie utérine sont guérissables par le radium.

La technique ne peut être que schématique, elle varie suivant les cas.

Pour traiter un utérus fibromateux de 9 cm. de cavité avec métrorragies abondantes, l'auteur utilise 3 tubes de radium de 2 cm. de longueur « représentant 40 millicuries ».

Ils sont introduits les uns derrière les autres dans une bougie cylindrique urétrale creuse n° 20. Entre ces tubes de faible longueur se crée une articulation qui permet à la sonde de s'adapter aux courbures de la cavité utérine.

Sondes et tubes stérilisés sont introduits après dilatation du col avec des bougies d'Hégar.

Un tamponnement à la gaze stérilisée maintient la sonde en place pendant 22 heures; 8 jours après, nouvelle application semblable suivie d'une 3e après même intervalle de repos.

Le temps nécessaire à la disparition des hémorragies est assez variable. Il faut compter 5 à 6 semaines après la dernière application pour voir disparaître tout phénomène utérin. Les femmes en pleine vie génitale n'ont pas un arrêt définitif des règles.

Les gros fibromes ainsi que les fibromes bosselés ou formés d'association de fibromes ne relèvent pas uniquement de la radiumthérapie. Le radium peut être un traitement préparatoire, mais l'opération reste une nécessité pour conjurer les troubles de compression. Et l'auteur conclut que le radium peut être qualifié de véritable hémostatique utérin.

Cf. — Le traitement des myomes de l'utérus par le radium. (J. G. Clark [Philadelphie]. *Journ. amer. med. Assoc.*, 27 sept. 1919, p. 957-959.)



RADIOLOGIE

Par M. MAHAR.

GÉNÉRALITÉS — MÉTHODES DE DOSAGE PROPRIÉTÉS PHYSIQUES ET ACTION BIOLOGIQUE DES RAYONS X

Le rôle médical de l'ampoule Coolidge. (G. Richard. *Thèse de Paris*, 1919, Le François, édit.) — Etude pratique de l'ampoule Coolidge et de son rayonnement ainsi que de son application au radiodiagnostic et à la radiothérapie.

Etudes expérimentales de l'action des rayons X à doses faibles. (S. Russ, Chambers, Scott et Nottram. *The Lancet*, 12 avril 1919.) — Les expériences faites sur des rats semblent démontrer que de fortes doses de rayons X déterminent une leucopénie transitoire, pendant laquelle l'immunité de l'animal vis-à-vis des cellules néoplasiques tend à diminuer, d'où prolifération des greffes faites. Au contraire, de faibles doses, en stimulant la lymphocytose, augmentent l'immunité de l'animal.

Etude expérimentale sur l'action biophysique des rayons X. (Prof. Ghilarducci. *La Radiologia medica*, t. VI, juillet 1919.) — Après avoir étudié l'action biologique des rayons de différentes longueurs d'onde (rayons mous, durs, extradurs) l'auteur admet que chacune des variétés de rayons exerce sur les éléments histologiques une action particulière qui peut être phlogogène, dystrophique et destructive.

Dès lors, à l'évaluation de la *quantité* du rayonnement, il y a lieu d'ajouter la mesure de son action biologique, en rapport avec la *qualité* de ce rayonnement.

Cf. — Les propriétés physiques des rayons X. (Verschaffelt. Conférences du 29 juin 1919 à la Société belge de radiologie, in *Journ. de radiol. et d'électrol.*, t. III, n° 11.)

Notions physiques nécessaires à la médecine radiothérapique. (Guilleminot. *Bull. de l'Acad. de méd.*, séance du 27 mai 1919, n° 21 ; séance du 14 oct. 1919, n° 31.)

RADIODIAGNOSTIC DES AFFECTIONS DU SQUELETTE

Le décalage dans les fractures de l'humérus. (L.-C. Bailleul et Dubois-Roquebert. *Journ. de radiol.*, t. III, n° 6.) — Les auteurs désignent sous le nom de décalage la torsion que peuvent exécuter deux fragments diaphysaires suivant l'axe longitudinal et en sens inverse l'un de l'autre.

Dans les fractures de l'humérus, un pareil décalage peut être atténué par les dimensions très grandes de la tête roulant sur la surface de la glène ; mais souvent il peut entraîner des impotences de l'épaule, et certaines limitations attribuées à une arthro-périarthrite consécutive « ne sont que l'expression fonctionnelle tardive d'un arrêt dans la course de la tête, arrivée au terme de tel de ses mouvements de rotation autour de l'axe vertical de la diaphyse, avant que l'épiphyse inférieure ait atteint l'orientation qui répond normalement à cette position de l'épiphyse supérieure ».

Ces impotences relatives peuvent être prévenues si on corrige les désorientations des fragments.

Le diagnostic de ce décalage est fait par la radiographie.

La radiographie peut être faite dans différentes positions, allant de la rotation interne à la rotation externe forcée de l'humérus. Les auteurs donnent leur préférence à la radiographie faite le malade étant en décubitus ventral, le bras appliqué le long du corps, l'avant-bras étendu sur le bras. La plaque était glissée sur la face antérieure de l'épaule. Dans cette position, l'os est très peu déformé.

Mais quelle que soit la position donnée, ce qui importe surtout c'est l'interprétation des moindres indications fournies par la radiographie. Le traitement correct des fractures est à ce prix. Ce traitement comprend trois actes radiologiques : celui du diagnostic qui permet de prévoir ; celui du contrôle radiologique au cours des manœuvres de la réduction, et enfin celui de contrôle ou de vérification après contention.

Recherches radiologiques sur la camptocormie. (L. Coleschi. *La Radiologia med.*, sept.-oct. 1919.) — Se basant sur un grand nombre d'observations, Coleschi montre que, à côté des camptocormiques qui ne présentent aucune lésion vertébrale visible à la radiographie et qui sont du domaine de la neuropathologie, un certain nombre (36 sur 120 cas observés) présentent des lésions vertébrales qu'on peut classer en trois groupes :

a. Lésions congénitales : soudure de la 5e vertèbre lombaire et spondylolisthésis ;

b. Lésions rhumatismales : le rhumatisme vertébral chronique et la spondylose rhizomélique ;

c. Lésions posttraumatiques.

Les aspects radiologiques de la spondylose ostéophytique (rhumatisme vertébral, lombarthrie). A. Léri et V. Mahar. *Journ. de radiol. et d'électrol.*, t. III, n° 4.) — Dans la plupart des cas ces aspects sont typiques : corps vertébraux en « diabolo » ou en « bec de perroquet », anses reliant deux vertèbres, etc.

Il peut y avoir ostéoporose, écrasements partiels, tassement des corps vertébraux.

Ces lésions vertébrales peuvent se rencontrer chez des sujets jeunes, de 20 à 40 ans.

Cliniquement l'affection peut simuler un mal de Pott. Elle peut occasionner un lumbago chronique, de la scoliose, la sciatique, la camptocormie.

La radiographie seule permet le diagnostic.

RADIODIAGNOSTIC DES AFFECTIONS PULMONAIRES

Pneumonie infantile et radiologie. (Blanc-Perdusset. *Th. de Lyon*, 1919.) — Dans ce travail très documenté, l'auteur admet que l'ombre radioscopique de la pneumonie franche a des caractères et une évolution qui lui sont propres et sa constatation doit entraîner le diagnostic de pneumonie à pneumocoque.

L'image radiologique est le symptôme primordial de l'hépatisation réalisée. A l'état de pureté, cette hépatisation revêt la forme d'un triangle à base externe et à sommet dirigé vers le hile.

Etude de radiologie clinique des bases chez les tuberculeux. (F. Barjon et Longy. *Journ. de radiol. et d'électrol.*, t. III, n° 8.) — Pour tenter le pneumothorax artificiel avec quelques chances de succès, il importe de savoir s'il existe des adhérences pleuro-pulmonaires aux bases.

Or, les signes radiologiques généralement admis des symphyses de la base tels que l'*effacement des sinus* et l'*immobilité du diaphragme* ou une forte réduction de l'amplitude respiratoire sont inconstants et incertains.

Pour préciser la valeur de ces signes, Barjon et Longy les ont étudiés systématiquement chez 11 tuberculeux chroniques dont ils ont pu faire ultérieurement l'autopsie. Leurs conclusions sont les suivantes :

1° *Toute modification de l'aspect des sinus costo-diaphragmatiques* constatée à l'écran (modifications de la forme, de la profondeur, de l'éclairage) est un signe formel de symphyse.

Mais la réciproque n'est pas vraie (sur 16 sinus radioscopi-

quement normaux, l'autopsie leur a montré 7 symphyses). La symphyse peut donc exister sans modification appréciable du sinus.

2° La *diminution de l'amplitude respiratoire* du côté de la symphyse existe dans tous les cas; mais cette diminution de la mobilité du diaphragme n'est pas due à la symphyse seule *qui ne joue même qu'un rôle secondaire.*

Un facteur très actif est l'inflammation aiguë surajoutée : pleurésies, pneumothorax, abcès sous-phréniques, etc. Dans ces cas, l'immobilisation du diaphragme est complète et brutale.

En dehors de ces causes, l'amplitude respiratoire du diaphragme chez les tuberculeux est fonction de la capacité respiratoire des poumons et par conséquent de l'étendue des lésions pulmonaires. Qu'il y ait symphyse ou qu'il n'y en ait pas, au côté le plus atteint correspond la plus grande diminution de l'amplitude; cette diminution pouvant aller jusqu'à l'immobilité du diaphragme lorsque la fonction respiratoire du poumon est abolie.

Signes radiologiques des adénopathies hilaires. (MÉRY, SALIN, DÉTRÉ et GIRARD. *Soc. méd. des hôpit.*, 16 mai 1919.) — Les auteurs classent les adénopathies en 3 groupes au point de vue radiologique :

1° Ombres triangulaires à base médiane à sommet dirigé en dehors, n'atteignant pas le bord externe du thorax;

2° Ombres allongées verticalement allant du hile vers le sommet;

3° Ombres en bandes transversales, occupant tout le champ pulmonaire, rappelant l'ombre de la pleurésie interlobaire.

Ces divers types peuvent être les étapes d'un même processus, qui a son point de départ dans la région hilaire, et auquel viennent s'ajouter des réactions pulmonaires ou pleurales.

RADIODIAGNOSTIC DES AFFECTIONS DU CŒUR ET DE L'AORTE

Cf. — Les ombres de la base du cœur à l'état normal. (E. BORDET. *Arch. des mal. du cœur, des vaisseaux et du sang*, fév. 1919.)

Le cœur triangulaire. (LAUBRY et BORDET. *Presse méd.*, 29 oct. 1919.) — Le cœur triangulaire est caractérisé par le développement anormal de la portion droite de l'image cardiaque de telle sorte que le bord droit et le bord gauche forment les deux côtés d'un triangle isocèle, dont la base est au diaphragme, et le sommet, tronqué, se trouve au-dessus du cœur, dans le voisinage de la ligne médio-sternale. C'est surtout la modification du bord droit qui est caractéristique. Ce bord, au lieu d'être convexe à droite, est formé par un trait rectiligne, faisant avec la ligne du diaphragme un angle obtus.

La pointe du cœur est rejetée en dehors, plutôt aiguë et légèrement abaissée. Le diamètre horizontal au lieu d'être le plus court dépasse le diamètre longitudinal de 5, 10 mm. et même plus. L'ombre cardiaque paraît plus médiane. Cette image triangulaire est pathognomonique de la dilatation du ventricule droit.

Certains détails peuvent faire défaut au cœur triangulaire, sans qu'il perde sa signification ; mais la rectitude du bord droit et son incidence à angle obtus sur le diaphragme sont la marque de la distension ventriculaire droite.

D'autres affections peuvent déformer le bord droit : adhérences pleuro-péricardiques attirant le cœur à droite ; aérophagie, refoulant le cœur à droite et soulevant la pointe. Il faut se rappeler de ces causes d'erreurs et les éliminer, d'autres cavités du cœur peuvent être attirées en même temps : dilatation de l'oreillette droite, hypertrophie du ventricule droit, qui modifient la silhouette caractéristique. Enfin le cœur peut être altéré dans son ensemble ; dans ce cas, l'ombre du cœur prend l'aspect du cœur asystolique.

Ce cœur triangulaire se voit surtout au cours des affections respiratoires capables de gêner la circulation pulmonaire et de compromettre la résistance des cavités droites : asthme, emphysème, tuberculose fibreuse. On peut le voir au cours de certaines aortites, avec fatigue du myocarde et dans certains cas d'extrasystolies.

Enfin, dans le vaste groupe de troubles cardiaques mal définis, chez les sujets classés comme tachycardiques, fonctionnels, instables, etc., la constatation de cœur triangulaire témoigne de l'hypotonicité cardiaque et donne une explication organique à des troubles considérés comme fonctionnels.

Pour Laubry et Bordet le terme de cœur triangulaire doit comprendre tous les cas de distension du ventricule droit, que celles-ci soient primitives ou secondaires, passagères ou permanentes et quel que soit l'état concomitant des autres cavités.

Sur la radioscopie de l'aorte. (CERNÉ. *Journ. de radiol. et d'électroth.*, t. III, n° 7.) — Lorsqu'on examine un thorax en oblique droite antérieure, l'ombre du cœur est surmontée d'une ombre verticale large à sa base, qui se rétrécit puis s'égalise dans les 3 cm. supérieurs où elle est plus noire. Entre cette ombre et la colonne vertébrale, est l'espace clair rétroaortique dans lequel on ne distingue pas la portion horizontale et descendante de la crosse chez les sujets jeunes.

Ce qui a fait croire que si on ne voyait pas ces deux dernières portions en position oblique droite antérieure, c'est qu'elles étaient marquées par l'aorte descendante et que par conséquent l'espace clair postérieur était compris entre le plan unique des aortes ascendante et descendante en avant et la colonne vertébrale en arrière. Cette opinion est erronée. Si l'aorte semble se terminer en massue à sa partie supérieure c'est qu'en cet endroit, par suite de la courbure de la crosse, celle-ci dans l'examen oblique est en enfilade, d'où son opacité, tandis que la portion de la crosse qui se réfléchit en arrière, étant vue de face, ne présente que l'épaisseur du vaisseau et ne se distingue pas.

Cf. — Contribution à l'étude anatomo-radiologique de l'aorte, de l'artère pulmonaire et de la veine cave inférieure. (P. THOYER-ROZAT. *Th. de Paris*, 1919; Vigot frères.)

RADIODIAGNOSTIC DES AFFECTIONS DE L'APPAREIL DIGESTIF

Examen radiologique des biloculations de l'estomac et des résultats opératoires. (F. TRIBOUT. *Thèse de Paris*, 1919.) — Tribout montre la nécessité de l'examen en position debout, puis en position couchée et enfin après distension gazeuse de l'estomac. Il passe en revue les grands signes radiologiques de la sténose médiogastrique vraie, qu'il oppose aux biloculations sans lésions organiques des parois gastriques. L'étude critique des signes qui ont été considérés comme permettant un diagnostic étiologique et l'examen radiologique des résultats opératoires complètent cet excellent travail.

Cf. — La ptose de l'estomac et du duodénum. (L. H. COLANÉRI. *Thèse de Paris*, 1919.)

Radiodiagnostic de l'appendicite. (G. E. P. PHALER. *The Amer. journ. of Roentgen.*, fév. 1919.)

Exploration radiologique du gros intestin. (RAULOT-LAPOINTE et E. SORREL. *Presse méd.*, 29 mai 1919, n° 30.)

Etude critique des signes radiologiques des abcès du foie. (J. COLANÉRI. *Journ. de radiol. et d'électr.*, t. III, n° 9.)

RADIOTHÉRAPIE

Guérison par la radiothérapie de névralgies graves d'origine radiculaire et tronculaire. (BELOT, TOURNAY et DECHAMBRE. *Bull. de la Soc. de radiol. méd*, séance du 8 mars 1919, p. 7.) — Ayant eu à soigner par la radiothérapie une série de blessés et de malades atteints de névralgies graves, les auteurs rapportent 3 cas types chez lesquels la douleur très violente a cédé *brusquement* après une ou plusieurs séances. Or, la plupart des observations publiées par d'autres

Les Psychoses cocaïniques, par le Dr H. PIOUFFLE. In-8 avec 5 pl. hors texte. — Prix : 12 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

auteurs montrent la diminution *progressive* des phénomènes douloureux à la suite des applications de rayons X.

Les auteurs attribuent ce caractère de brusquerie de la sédation des phénomènes douloureux à la forte dose de rayons X qu'ils ont employée (5 à 7 H mesurés sous filtre de 4 mm. d'aluminium avec ampoule Coolidge).

La radiothérapie radiculaire. (Zimmern et Cottenot. *Bull. de la Soc. de radiol. méd.*, séance du 18 avril 1919, p. 30.) — Se basant sur les heureux résultats de l'irradiation systématique et exclusive de la région de l'émergence des nerfs, dans les cas de névralgies, les auteurs étendent ce traitement à 2 cas de prurit, l'un dans le domaine du plexus brachial, l'autre généralisé aux quatre membres et à la poitrine avec succès rapide.

Un cas de lichen plan de la face interne de la cuisse et deux cas de psoriasis traités également par la radiothérapie radiculaire ont été complètement guéris.

Chirurgie à Aarhus (Danemark). Résumé de nos essais de radiothérapie des tumeurs cérébrales. (S. Nordenloft. *In Journ. de radiol.*, t. III, n° 7.) — L'auteur a traité 18 cas de tumeurs cérébrales sur lesquels 9 sont vivants et en bonne santé. Un de ces malades avait une tumeur de l'angle cérébello-pontin avec névrite optique. A la suite d'irradiations faites par la bouche et par la région temporo-occipitale, la névrite optique et les symptômes alarmants disparurent et ce malade est actuellement (4 ans après le traitement) bien portant.

Dans un autre cas, c'était une jeune fille de 17 ans qui présentait des céphalées violentes, des vertiges, des vomissements, et une hémiparésie spasmodique gauche avec parésie faciale. Irradiée dans les régions frontale, pariétale et temporale droite, cette jeune fille s'est très rapidement améliorée. Actuellement elle marche bien, danse, et peut être considérée comme guérie.

Un autre cas est celui d'un jeune homme, complètement imbécile, avec incontinence des matières et de l'urine. Toute la tête a été irradiée. L'effet a été merveilleux. Le malade complètement guéri a repris ses occupations.

Deux cas de tumeurs du cervelet ont guéri très rapidement.

Enfin, dans un 3e cas de tumeur du cervelet, il n'y a pas eu d'amélioration réelle ; mais le prof. Roosing (de Copenhague) qui l'a opéré plus tard a vidé et drainé un kyste d'un hémisphère du cervelet.

Etant donnée l'extrême rareté des kystes du cervelet, le prof. Roosing a émis l'hypothèse que la tumeur originelle avait régressé sous l'influence de l'irradiation et avait été remplacée par le kyste.

Contribution nouvelle à la radiothérapie des tumeurs hypophysaires. (M. Jaugeas. *Journ. de radiol.*, t. III, n° 11.) — Observation complète d'un cas d'acromégalie chez une jeune fille de 25 ans considérablement amélioré par la radiothérapie.

L'amélioration a porté surtout sur les altérations du champ visuel. L'acuité visuelle s'est également modifiée pour se rapprocher de la normale.

L'amélioration s'est manifestée, dès les premiers mois de traitement, assez importante pour rendre à la malade son activité intellectuelle et lui permettre de remplir ses fonctions professorales.

De l'étude de ce cas, et de celles d'autres cas, publiés antérieurement, Jaugeas considère que la radiothérapie ne pourra modifier les symptômes dépendant des troubles fonctionnels de l'hypophyse que si elle est appliquée de bonne heure, avant le développement des lésions étendues des éléments glandulaires.

Le traitement doit être conduit avec prudence pour conserver à la glande une valeur fonctionnelle suffisante. Les modifications du champ visuel serviront de guide, dans l'application du traitement. Celui-ci devra être suspendu dès que les symptômes visuels deviennent stationnaires.

Il sera repris si de nouvelles céphalées ou une diminution de l'acuité visuelle traduisaient une nouvelle poussée de la glande.

Radiothérapie de l'hypertrophie amygdalienne. (J. Cecikas. *Grèce méd.*, 1er et 15 janv. 1919.) — Etant parvenu au moyen d'un dispositif spécial à diriger les rayons X sur l'amygdale, l'auteur est arrivé à faire disparaître en quelques séances des hypertrophies tonsillaires invétérées.

Pour Cecikas, la radiothérapie ramènerait l'organe à sa structure et à sa capacité fonctionnelle normale, au lieu que l'amygdalotomie laisse un moignon qui peut récidiver.

La radiothérapie du fibromyome utérin et sa technique. (A. Béclère. *Bul. de la Soc. de radiol. méd.*, séance du 10 fév. 1920, p. 29.) — Contrairement à l'opinion répandue surtout en Allemagne que la régression des fibromyomes dépend exclusivement de la stérilisation ovarienne par les rayons X, Béclère, avec la plupart des radiologistes français, admet en plus une action destructive des rayons X sur les éléments néoplasiques de la tumeur utérine. Le but ne sera donc pas d'obtenir la ménopause prématurée dans le plus bref délai, voire en une séance, en irradiant uniquement les ovaires, mais d'irradier la tumeur utérine tout entière sans se soucier spécialement des ovaires qui toujours seront irradiés avec elle.

La technique n'est donc plus uniforme et immuable, mais s'adapte à chaque cas particulier quant au nombre et à la localisation des portes d'entrée du rayonnement.

Aux applications à doses intenses et espacées, Béclère préfère des applications hebdomadaires de rayons très pénétrants et filtrés suivant les règles générales actuellement admises à la radiothérapie profonde.

La dose de chaque irradiation est de 3 H mesurée après filtre. En moyenne, le traitement dure de 2 mois et demi à 3 mois, avec 12 à 14 séances.

De la nécessité d'exciser la peau et les tissus qui recouvrent les cancers profonds, inopérables, pour augmenter l'efficacité du traitement par les rayons X ou le radium. (E. G. Beck et G. W. Warner. *Clinical congress of Americ. College of Surgeons*, oct. 1919, in *Surg. Gynec. and Obstetr.*, t. XXIX, n° 4.) — Beck et Warner se basent sur leurs expériences qui montrent que la peau, la graisse et les muscles, constituent autant de filtres qui absorbent une grande quantité de rayons mous et ne laissent passer qu'une partie des rayons durs. Ils se basent aussi sur le fait qu'une irradiation insuffisante stimule plutôt qu'elle ne détruit les cellules cancéreuses.

Beck et Warner relatent une série de cas de récidives de cancers, inopérables, traités par leur méthode. Excision des plans superficiels. Eradication large du néoplasme. Applications combinées des rayons X et du radium, dont les résultats paraissent très encourageants.

A cette communication est annexée une étude de G. W. Warner sur l'absorption des rayons X par la peau, la graisse et les muscles, comparée à celle de lames d'aluminium d'épaisseurs diverses.

Quelques cas de maladie de Paget traités par la radiothérapie. (Haret. *Journ. de radiol. et d'électr.*, t. III, n° 9.) — Exposé de 3 cas dont la guérison remonte de 6 à 10 ans et de 2 cas en traitements améliorés.

Radiothérapie de l'hypertrophie de la prostate. (N. Canovas. *El Siglo medico*, mai 1919, Madrid.) — Canovas montre l'efficacité de la radiothérapie dans les hypertrophies du type glandulaire.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 15 francs par an. Étudiants étrangers, 20 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 6 fr. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

Hopitaux de Paris. — Concours de chirurgien des hopitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 11 mai. — MM. Deniker, 17; Girode, 16; Mondor, 19; Monod, 16.

— Classement à la suite des épreuves d'admissibilité : MM. Capette et Mondor, 64; Deniker et Métivet, 62; Guimbellot, Desplas et Leveuf, 61 ; Monod, 60.

— Concours d'accoucheur des hôpitaux. — *Epreuve clinique double.* — Séance du 10 mai. — MM. Chirié, 28; Ecalle, 26.

— Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux. — Le jury est composé de MM. Terrien, Cantonnet, de Lapersonne, Poulard, Rochon-Duvigneau, Lenormand et Achard.

— Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 10 mai. — Question donnée : « Nerf spinal. — Symptômes et diagnostic de l'étranglement herniaire. »

MM. Ferrier, 16 + 22 = 38; Dambier, 12 + 21 = 33; Lestocquoy, 15 + 22 = 37; Reinhold, 15 + 25 = 40; Castéran, 13 + 21 = 34; Richon, 14 + 25 = 39; Schlesser, 12 + 21 = 33; Malgat, 17 + 24 = 41 ; Ebrard, 14 + 19 = 33; Metzger, 15 + 21 = 36.

Avis. — Les internes, internes provisoires et externes nommés à la suite des derniers concours entreront en fonctions le 1er juin.

Répartition : internes et internes provisoires, mercredi 26 mai, à 14 h.; externes, vendredi 28 mai, à 14 h., à la salle des concours, rue des Saints-Pères, 49.

Tous les nouveaux promus devront répondre à l'appel de leur nom.

Hopitaux de province. — Amiens. — Le jury du concours pour une place de chirurgien des hôpitaux, qui doit s'ouvrir le 19 mai 1920, est composé de MM. Moulonguet, Pauchet, Sourdat, Chazarain, Merle.

Hopitaux militaires d'eaux minérales. — Sont détachés à l'hôpital de Vichy : M. le méd.-maj. de 1re classe Mandoul ; à l'hôpital de Barèges : M. le méd.-maj. de 1re classe Rebierre (médecin chef) ; à l'hôpital du Mont-Dore : M. le méd.-maj. de 1re classe Salzes.

Facultés de médecine. — Concours de l'agrégation. — *Médecine générale. — Leçon orale de 3/4 d'heure après 4 heures de préparation.* — Ordre de passage :

1. MM. Chabrol, Laroche, Carrieu, Porot, Israëls de Jong, Chiray, Clerc, Crouzon, Baudouin, Aubertin,

11. Troisier, Sézary, Gaujoux, Dumas, Azéma, Aubry, Vanstenberge, Raynaud, Pujol, Laederich,

21. Caussade, Tixier, Giraud, Lian, Baumel, J. Chalier, Fabre, Boudet, Fiessinger, Descomps,

31. Joltrain. Creyx, Laporte, Derrien, Lévy-Valensi, Chevalier, Roubier, Abrami, Cordier, Rebattu,

41. Bonnamour, de Verbizier, Duhot, Dubourg, Harvier, Gardère, Margarot, Touraine, Nové-Josserand, Gueit.

1re séance. — 11 mai. — MM. Chabrol : « La varicelle » ; — Laroche : « Les paralysies diphtériques. »

Séance du 12 mai. — MM. Carrieu : « Troubles mentaux dans les maladies infectieuses aiguës » ; — Porot : « Les colites chroniques de l'adulte » ; — Israëls de Jong : « Rétrécissement de l'artère pulmonaire » ; — Chiray : « Les ascites. »

Séance du 13 mai. — MM. Clerc : « Embolies pulmonaires » ; — Crouzon : « Les paralysies faciales » ; — Baudouin : « Les insuffisances thyroïdiennes. »

Obstétrique. — Jury : MM. Fabre, Brindeau, Couvelaire, J.-L. Faure, Rivière, Bué, Vallois.

Exposé de titres : MM. Laffont-Lacrampe, 24; Paquet, 22; Paucot, 27 ; Bouget, 15; Rhenter, 24 ; Trillat, 29 ; Adam, 21; Job, 25; Cleisz, 18; Ecalle, 22; Lemeland et Levant, 24; Lévy-Solal et Metzger, 28; Vaudescal, 27 ; Vignes, 23.

Leçon orale de 3/4 d'heure après 4 heures de préparation. — MM. Metzger : « Des indications de l'application intra-utérine du ballon de Champetier pendant toute la durée de la gestation et le travail » ; — Job : « Indications des hystérectomies pendant la gestation et l'accouchement à l'exclusion des suites de couches » ; — Lévy-Solal : « Des lésions des des annexes dans leurs rapports avec la gestation (accouchement et suite de couches exceptés) » ; — Rhenter : « De la déflexion de la tête fœtale dans l'accouchement tête première. »

Anatomie et histologie. — Jury : MM. Nicolas, Prenant, Cunéo, Bouin, Gentès, Forster, Collin.

Exposé de titres. — Anatomie : MM. Vallois, 28 ; Hovelacque, 27 ; Villemin, 20, Mouchet, 15 ; Clermont, 14 ; Jeanneney, 11 ; Mutel, 10 ; Corsy, 8.

Histologie : MM. Mawas, 26 ; Faure, 16 ; Watrin et Lacoste, 15 ; Lacassagne, 14 ; Romieu, 13.

Leçon orale de 3/4 d'heure après 4 heures de préparation. — MM. Hovelacque, 26 ; Vallois, 24 ; Jeanneney, 17 ; Mutel et Mouchet, 15 ; Villemin, 14 ; Clermont et Corsy, 8.

Pharmacie et histoire naturelle. — Jury : MM. Grimbert, Lescœur, Fockeu, Ribaut, Delépine, Perrot, Barthe.

Exposé de titres. — MM. Morvillez, 26 ; Maurin, 24.

Leçon orale de 3/4 d'heure après 4 heures de préparation. — MM. Maurin, 27 ; Morvillez, 23.

Epreuves pratiques et leçon. — MM. Morvillez, 21 ; Maurin, 20,

Sont nommés : MM. Morvillez et Maurin.

Physique et chimie médicales. — Leçon orale de 3/4 d'heure après 4 heures de préparation. — Physique : MM. Pech : « Sensibilité rétinienne » ; — Mazérès : « Les phénomènes physiques de l'audition » ; — Strohl : « Thermodynamique du muscle » ; — Routier : « Phénomènes fondamentaux dans les tubes à rayons X. »

Chimie : MM. Fontès : « Etude chimique et biologique des acides de la série grasse à fonctions alcool et cétone rencontrés chez les animaux » ; — Lescœur : « Etude chimique et biologique des combinaisons qu'effectue l'organisme en vue de l'élimination de certains corps (élimination dite par conjugaison) » ; — Mestrezat : « Etude chimique de la dégradation du glycose par les microorganismes et par les tissus animaux » ; — Polonowski : « Etude chimique et biologique des composés organiques du phosphore que l'on rencontre chez les êtres vivants. »

ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — Sont nommés médecins de l'Assistance médicale à domicile : MM. Gadreau, Hutinet, Strauss, Beloux, Wallimann, Mme Bruninghaus, MM. Finot, Petit, Boyer, Doucet, Renault, Duclaud, Rouye, Gontier, Fénard, Théry, Lubetzki.

Sont réinvestis dans leurs fonctions pour une période de 3 années : 1er arrondissement, MM. Vincent, Gousarlès, Friedel ; 2e arrondissement, M. Rouyer ; 3e arrondissement, MM. Cahn, Giraud ; 5e arrondissement, MM. Planès, Pelisse, Demay ; 7e arrondissement, Mme Dautremer ; 8e arrondissement, MM. Guillemin, Papillon ; 9e arrondissement, MM. Poupon, Goizet ; 10e arrondissement, MM. Bloch, Lafond, Lavis, Archambault, Bricet, Carret, Morin ; 11e arrondissement, MM. Dubreuil, Netter, Bourdier, Monlignac, Le Mière ; 12e arrondissement, MM. Gourichon, Janot, Abramoff, Schrœder, Nogier ; 13e arrondissement, MM. Gresset, Biard, Dreyfus ; 14e arrondissement, MM. Forestier, Bresson ; 15e arrondissement, MM. Chastanet, Ricapet, Bing, Jacobsohn, Oppenheim ; 16e arrondissement, MM. Dufournier, Teisseire, Bertrand ; 17e arrondissement, MM. Laffitte, Weill, Blondin, Laskine ; 18e arrondissement, MM. Journiac, Cange, Barrault, Bonniot, Thil, Boehory, Darin, Henriot ; 19e arrondissement, MM. Le Bas, Lasnier ; 20e arrondissement, MM. Cart, Monjoin.

Sont de plus réinvestis : pour une période de 3 années, MM. Bail, Delmont-Bebet ; pour une période de 2 années, M. Bloch ; pour une période de 1 année, MM. Pascalis, Mathieu.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — MM. les Drs Kœnig, chirurgien à l'hôpital américain de Neuilly-sur-Seine, et Casseus (d'Haïti).

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — L'Association générale des médecins de France a tenu son assemblée générale le dimanche 9 mai dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine sous la présidence de M. Bellencontre, président.

De nombreux présidents et délégués des Sociétés locales assistaient à la séance.

Dans son discours d'ouverture, M. Bellencontre a signalé plusieurs legs importants faits au cours de cette année à l'A. G., en particulier celui du Dr Alfred Jean, ancien chef de clinique de la Faculté, récemment décédé.

L'exposé de la situation financière a été fait par M. Jules Bongrand, trésorier général, et le rapport sur les pensions par M. Claisse, médecin de l'hôpital Laënnec. Cette année la somme à distribuer aux pensionnés s'élève à 100.000 francs environ.

MM. Alphonse Baudouin, médecin des hôpitaux ; Delpierre, député de l'Oise ; Blanquinque, président de la Société de Laon, et Legras, président de l'Union des syndicats médicaux, sont élus membres du Conseil.

M. Levassort, secrétaire général, lit un rapport très documenté sur les actes de l'Association et sur les vœux présentés par les Sociétés locales. Quelques-uns de ces vœux donnent lieu à une dissussion des plus animées. M. Clermont (de Toulouse), secrétaire de la Société de la Haute-Garonne, défend avec beaucoup de chaleur un vœu émis par sa Société, relatif à l'augmentation des pensions qu'il voudrait voir atteindre le chiffre de 3.000 fr. Il propose, dans ce but, l'élévation de la cotisation. MM. Decourt (de Meaux) et Vacher, président de la Société du Loiret, approuvent cette proposition, et l'assemblée décide d'inviter les Sociétés locales à verser annuellement au Conseil de l'A. G. une somme de 5 fr. par sociétaire à titre de don à la caisse des pensions viagères.

Le secrétaire général résume les nombreuses démarches qu'il a faites en vue de faire obtenir aux médecins des automobiles, de l'essence et des pneus.

La question des médecins assermentés qui avait été l'objet d'un rapport spécial du Dr Paul Boudin, docteur en droit, donne lieu à un échange de vues entre MM. Vacher (Loiret) et J. Noir qui voudraient que le diplôme de docteur en médecine confère à son titulaire le titre d'assermenté.

Un vœu de la Seine-Inférieure sur le service de santé militaire provoque une intervention très vive de la part de M. Patay, président de la Société d'Ille-et-Vilaine.

A propos d'un vœu de la Drôme et Ardèche concernant les chambres de discipline et l'ordre des médecins, l'assemblée n'est pas d'avis de renvoyer — quant à présent — la question à l'examen des sociétés locales.

Par contre, elle décide de mettre à l'étude la déclaration de la tuberculose (vœu de la Seine-Inférieure) et les meilleurs moyens de prophylaxie à employer.

M. Foveau de Courmelles expose brièvement les avantages qui résulteraient de l'adhésion de l'A. G. à la C. T. I. (Confédération des Travailleurs Intellectuels) et l'Assemblée Générale donne mission au Conseil de désigner des délégués.

A l'ordre du jour figuraient encore de nombreuses questions : celle des médecins installés dans la clientèle de leurs confrères mobilisés, l'augmentation du tarif kilométrique (revision du tarif Dubief), les étrangers dans le corps médical, les postes médicaux vacants, etc...

Le soir, un banquet réunissant plus de 100 convives a eu lieu au restaurant Marguery.

LA SOCIÉTÉ CLINIQUE DE MÉDECINE MENTALE se réunira à l'asile clinique, 1, rue Cabanis, amphithéâtre du service de l'admission, le lundi 17 mai 1920, à 3 heures très précises.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Frantz Glénard, correspondant de l'Académie de médecine, médecin consultant à Vichy, officier de la Légion d'honneur ; nous prions son fils, le Dr Roger Glénard, de trouver ici l'expression de notre très profonde et douloureuse sympathie ; — et de MM. les Drs Firmin Richard (de Paris), Louis Legrand (de Nuits-Saint-Georges), Aubry (de Chartres), Pierre Broussain, conseiller général des Basses-Pyrénées.

ERRATUM. — P. 680, 2e col., 10e ligne (en commençant par le bas de la colonne), lire : Poids : 73 *kg.* au lieu de 63 kg.

REVUE GÉNÉRALE

ÉTUDE SUR L'OVOGÉNÈSE

Par le Dr Ch. BOURRET,
Ancien chef de clinique obstétricale à la Faculté de Lyon.

L'ovule est, suivant la remarque de M. Duval, une cellule en perpétuelle évolution. Sous le nom d'ovogénèse on entend précisément l'ensemble des modifications subies par cette cellule depuis son origine jusqu'à son terme ultime le plus parfait qui la rend apte à accomplir sa destinée, c'est-à-dire à être fécondée.

Il y aurait évidemment un intérêt primordial à pouvoir suivre cette étude dans l'espèce humaine, ou tout au moins dans le groupe des vertébrés supérieurs; malheureusement nos connaissances n'en sont pas encore là, et nous verrons que la plupart des problèmes soulevés par cette question ne peuvent actuellement être solutionnés que par l'étude de l'anatomie comparée.

Pour avoir d'emblée une vue générale des différents stades de l'ovogénèse, et pour mettre ainsi dès le début un peu d'ordre dans l'exposé de cette question, bien aride au premier abord, il suffit comme l'ont fait Van Beneden puis Boveri de l'étudier chez l'ascaris megalocephala. Chez ce ver, hôte habituel de l'intestin du cheval, les différentes phases de l'ovogénèse se succèdent régulièrement tout le long du tube ovarien filiforme et de l'utérus, les éléments sexuels y subissant progressivement leurs métamorphoses. Ainsi grâce à cette disposition nous pourrons suivre d'un bout à l'autre les phases successives de l'ovogénèse, en faire rapidement une étude en quelque sorte synthétique qui constituera ensuite pour nous le fil conducteur nous permettant d'interpréter la plupart des résultats obtenus au cours des recherches faites sur les espèces animales les plus variées.

L'examen du *tube ovarien* de l'ascaris permet d'y distinguer aisément 3 zones successives :

1. Une zone dite *germinative*. Dans cette première zone qui occupe l'extrémité distale du tube, on rencontre un grand nombre de petites cellules caractérisées surtout par la présence d'un gros noyau : ce sont les *ovogonies* : celles-ci se multiplient abondamment sur place en donnant des ovogonies filles; d'où le nom donné à cette zone.

2. Une zone dite d'*accroissement*. Dans celle-ci faisant suite à la première, les ovogonies se transforment par des remaniements de leur noyau et surtout de leur protoplasma qui se charge de matériel nutritif en cellules volumineuses portant le nom d'*ovocytes* de 1er ordre.

3. Une zone dite de *maturation* ou de *réduction*. Dans cette 3e et dernière zone, les ovocytes subissent à leur tour une série de modifications qui consistent surtout en des divisions *réductionnelles* du noyau. Celles-ci réalisées l'ovule est *mûr*, il est apte à la fécondation.

Bien entendu chez les vertébrés, dont l'ovaire présente une structure plus complexe que le tube ovarien de l'ascaris, les phénomènes de l'ovogénèse sont infiniment plus difficiles à saisir et leur succession, régulière dans l'espace, semble être remplacée par une succession dans le temps; si bien que nous n'aurons plus à étudier chez eux une *zone* germinative, une zone d'accroissement et une zone de maturation, mais bien plutôt une *période* germinative, une période d'accroissement et une période de maturation.

A. **Période germinative, période d'organogénèse** (Renaut). — Origine des ovogonies. — Ce n'est ni sur l'ovaire de la femelle adulte, ni sur celui d'un jeune sujet que l'on peut voir la première formation des ovules; pour assister à l'apparition de ceux-ci il faut remonter très haut dans la vie embryonnaire, alors que les premiers rudiments des organes commencent à se dessiner chez l'embryon. Sur une coupe du corps de celui-ci on reconnaît facilement l'intestin situé dans la cavité péritonéale : cette cavité est tapissée par un épithélium qui, dans les régions situées de chaque côté de l'insertion du mésentère, présente de bonne heure un épaississement. A ce niveau en effet ses cellules se multiplient, se disposent sur plusieurs rangées et deviennent plus volumineuses; la formation qui en résulte a reçu de Waldeyer le nom d'*épithélium germinatif* ou *éminence sexuelle*, c'est elle qui dans les deux sexes donne naissance aux germes. Elle est constituée par une couche superficielle, épithélium germinatif proprement dit et par une couche conjonctive sous-jacente bientôt vascularisée et constituant le stroma de l'organe : primitivement les cellules de l'épithélium sont les mêmes dans les deux sexes, ce n'est qu'ensuite qu'elles évoluent suivant le cas soit en ovogonies, soit en spermatogonies. Dans le sexe féminin les 2 formations, épithélium et stroma, ne tardent pas à se pénétrer réciproquement (Renaut) : on voit l'épithélium germinatif se prolonger dans le stroma par des cordons cellulaires pleins qui portent le nom de tubes ou mieux cordons de Valentin-Pflüger. Dans l'épithélium germinatif comme ensuite dans les cordons, il est facile de distinguer deux sortes de cellules : les unes volumineuses, arrondies, avec un noyau clair et un protoplasma abondant, constituent les *ovules primordiaux* ou *ovogonies* : les autres plus petites, à protoplasma moins développé, mais à noyau très colorable, sont les cellules *folliculeuses*. Prenant, pour ne pas préjuger de leur nature, donne à ces deux variétés de cellules les noms de grandes et de petites cellules germinatives. Les tubes de Pflüger vont ensuite s'étrangler de place en place au niveau des points où ne sont pas les ovules; le tube prend dès lors l'aspect d'un chapelet dont chaque grain est un renflement épithélial renfermant un ovule primordial; puis le chapelet s'égrène et chaque grain devenu indépendant est formé par une couche de petites cellules entourant un ovule primordial.

Les faits précédents faciles à étudier sont admis par tous les auteurs; la discussion ne commence que lorsqu'il s'agit de déterminer plus exactement l'origine des ovogonies d'une part, et des cellules folliculeuses d'autre part. Pour Waldeyer, les ovules

primordiaux de même que les cellules folliculeuses proviennent de l'épithélium germinatif : celui-ci est « la matrice commune des cellules folliculeuses et des ovules primordiaux qui ne sont que des cellules épithéliales transformées » (Renaut).

D'autres auteurs refusent aux deux variétés de cellules une origine commune épithéliale; si la plupart ne contestent pas le rôle de l'épithélium dans la formation des ovules, ils admettent par contre une tout autre origine pour les cellules folliculeuses : les uns (Schrön, Laulanié) les font dériver du tissu conjonctif, les autres (Kölliker, Rouget) de cordons épithéliaux émanant du corps de Wolf.

Quelle que soit la théorie admise, cela n'éclaire pas encore la question de l'origine primordiale des ovogonies; pour arriver à élucider cette question il faut en effet déterminer l'origine même de l'épithélium germinatif.

Deux théories sont en présence :

1. *Celle de Weissmann* ou de la lignée germinale qui admet que le premier blastomère lègue à *une seule* de ses deux cellules filles le plasma germinatif dont il a hérité lui-même sans partage, et ainsi de suite jusqu'à la cellule mère des éléments sexuels, qui est ainsi une cellule individualisée et en quelque sorte spécialisée dès le début. A l'appui de cette théorie on peut invoquer les constatations faites chez certains invertébrés dont les cellules sexuelles se caractérisent comme telles dès les premières divisions de l'œuf.

Chez le cyclops par exemple, à la deuxième division, l'une des quatre cellules filles se distingue des trois autres par l'aspect de sa chromatine. Cette cellule est l'origine des cellules sexuelles : le germen. Les trois autres sont l'origine des cellules qui constitueront le corps de l'animal : le soma. On voit donc chez cet animal le soma se différencier du germen dès les premiers stades du développement.

2. *Celle de Vries*, d'après laquelle toutes les cellules renferment à l'état latent tous les caractères héréditaires de l'espèce, et sont toutes primitivement indifférentes. Les dernières recherches sur le développement de l'ébauche génitale chez les vertébrés paraissent favorables à la genèse possible des éléments sexuels aux dépens des cellules déjà différenciées en tant qu'éléments somatiques. Les observations de Prenant tendent à le prouver : étudiant la genèse des cordons de Pflüger il a montré qu'il n'existe jamais de connexions indiscutables entre ces formations et l'épithélium germinatif; aussi admet-il que les cellules sexuelles qui les constituent se différencient sur place aux dépens des cellules du stroma mésenchymateux. De même P. Bouin admet que le nombre des cellules sexuelles primordiales contenues dans l'ébauche génitale impaire et médiane de la grenouille augmente considérablement par la transformation progressive des cellules péritonéales qui recouvrent cette ébauche et des cellules mésenchymateuses qui se trouvent dans le voisinage. Eléments péritonéaux et éléments mésenchymateux se remplissent peu à peu de plaquettes vitellines et deviennent semblables aux cellules sexuelles primordiales constituées antérieurement. Il semble donc d'après ces recherches que des éléments non spécifiques sont susceptibles de se transformer en éléments sexuels à la seule condition de se rencontrer au niveau du territoire embryonnaire où se réalise l'ontogénèse de la glande génitale. Ces faits cadrent avec la théorie de l'indifférenciation primitive des cellules embryonnaires jusqu'à un stade avancé de l'ontogénèse, leur différenciation étant un phénomène secondaire dû aux conditions locales et ambiantes.

Une autre question également fort controversée et qui se rattache aussi à l'étude de l'origine des ovogonies est la suivante : les ovules primordiaux une fois différenciés dans l'épithélium germinatif peuvent-ils se multiplier eux-mêmes par division?

a. Waldeyer et surtout Nagel ont soutenu que dès qu'une cellule épithéliale s'est transformée en ovule primordial son but est atteint et qu'elle ne se multiplie plus.

b. Kölliker, van Beneden et la plupart des auteurs pensent au contraire que les ovules primordiaux se multiplient en donnant des nids d'ovules semblables à eux-mêmes. Chez les métazoaires inférieurs les divisions des ovogonies se renouvellent périodiquement pendant la période d'activité sexuelle : après chaque ponte elles reconstituent le matériel cellulaire aux dépens duquel se différencient les nouveaux ovocytes; le même phénomène se rencontre chez les batraciens, les poissons et en général chez tous les animaux qui pondent annuellement un grand nombre d'œufs. Chez les reptiles, les chéiroptères, l'épithélium de revêtement de l'ovaire conserve encore chez l'adulte la propriété d'émettre des bourgeons formés de cellules épithéliales avec ovules jeunes; ces bourgeons pénètrent dans l'intérieur de l'organe et en s'égrenant produisent de nouveaux follicules primordiaux; chez ces animaux l'ovogénèse se poursuit donc mais avec peu d'activité, jusqu'à l'âge adulte. Chez les mammifères la glande génitale prépare, une fois pour toutes et au début de l'ontogénèse de la glande sexuelle, tous les éléments souches qui seront nécessaires pendant l'activité sexuelle de l'organisme. Les ovules ne se forment donc pas dans l'intérieur de l'ovaire comme un produit de sécrétion dans une glande; ils y sont simplement emmagasinés et l'ovaire leur sert seulement de réceptacle pour achever leur évolution. Ces idées ne sont pourtant pas universellement admises et certains auteurs, Koster et Paladino entre autres, ont soutenu que même dans l'espèce humaine l'activité formative de l'épithélium germinatif se poursuit toute la vie. Renaut chez la chatte nouveau-née a toujours observé dans les ovules des figures de karyokinèse qui ne laissent aucun doute sur leur aptitude à se diviser.

Pour terminer cette étude de la période germinative de l'ovogénèse il ne nous reste plus qu'à décrire l'élément cellulaire qui a pris naissance pendant cette période et qui constitue l'ovogonie ou ovule primordial. L'ovogonie étudiée à son stade le plus primitif n'est pas autre chose qu'une cellule nettement caractérisée par son aspect sphérique, son noyau possédant une charpente chromatique nette et un petit nucléole, enfin par un abondant protoplasma entourant le noyau. Il faut remarquer

pourtant qu'à ce stade l'ovule représente une cellule nue sans membrane vitelline.

B. **Période d'accroissement : formation des ovocytes.** — Pour se transformer en *ovocyte*, l'*ovogonie* va subir d'importantes modifications : les unes se produisant dans le *protoplasma*, les autres dans la substance *nucléaire*. Ces modifications intracellulaires sont contemporaines d'autres qui ont lieu en dehors de l'ovule et qui accompagnent l'évolution du follicule de de Graaff. Comme nous n'avons ici en vue que l'étude de l'ovogénèse proprement dite nous n'insisterons pas sur ces dernières.

I. Modifications cytoplasmiques. — Ces transformations sont variables suivant les espèces : schématiquement elles sont représentées par un accroissement de volume considérable et variable du protoplasma qui se charge de matières nutritives. Cette accumulation d'éléments nutritifs est essentiellement subordonnée aux conditions dans lesquelles cet ovule aura à se développer ultérieurement : s'il doit évoluer en dehors de l'organisme maternel ce qui est le cas par exemple pour les oiseaux, il se chargera abondamment de substances nutritives; c'est précisément l'abondance de ces réserves nutritives accumulées dans le jaune, qui donne à l'œuf des oiseaux son volume tout à fait particulier; l'œuf des mammifères au contraire, devant se développer en embryon sans quitter l'organisme maternel, n'a à se charger que d'une faible quantité de provisions nutritives.

Quoi qu'il en soit l'ovogonie primitive pour se transformer en ovocyte voit son protoplasma se charger d'une certaine quantité d'éléments nutritifs : dès lors il est facile de voir que le protoplasma de l'ovogonie ainsi modifiée c'est-à-dire de l'ovocyte se divise en deux parties distinctes : le *protoplasma formatif* et le *protoplasma nutritif* ou *deutoplasma* ou encore *lécithe*.

Suivant la distribution et la quantité de ce deutoplasma dans l'œuf on distingue 3 variétés d'ovules ou œufs :

a. Les œufs qui comme l'ovule des mammifères ne renferment que très peu de substances nutritives : œufs *alécithes* ou mieux *oligolécithes;*

b. Ceux qui comme l'ovule des batraciens renferment une grande quantité de réserves nutritives, distribuées dans toutes les parties de l'œuf d'où leur nom d'œufs *panlécithes;*

c. Enfin ceux qui comme les œufs de reptiles, de poissons et d'oiseaux, sont nettement divisés en deux portions : l'une de protoplasma pur ou vitellus formatif autour du noyau (cet ensemble forme le germe ou cicatricule du jaune d'œuf d'oiseau), l'autre beaucoup plus volumineuse, constituée par des matières lécithiques ainsi mises à part et éloignées du vitellus formatif : d'où le nom d'œufs *télolécithes* donné aux œufs qui présentent cette disposition (de τέλος, loin).

Ces considérations générales bien établies, essayons d'étudier plus en détail chacune des modifications qui surviennent dans le protoplasma de l'ovogonie pour la transformer en *ovocyte*.

1. La modification du protoplasma par accumulation de réserves nutritives permet, avons-nous dit, de distinguer dans la cellule une partie nutritive ou *deutoplasma* dont le développement est variable et l'aspect grossièrement granuleux par suite de la présence d'enclaves nutritives accumulées pendant cette période d'accroissement et une partie non modifiée comme aspect qui est le vitellus formatif.

2. Dans le protoplasma des ovocytes peu avancés dans leur développement on observe une formation spéciale, énigmatique, qui depuis longtemps excite la sagacité des savants : c'est la vésicule embryogène ou noyau vitellin ou vésicule de Balbiani. Ce corpuscule est particulièrement net dans l'œuf de certaines araignées où on l'a du reste découvert et étudié. Il est constitué chez elles par une vésicule centrale délicate et transparente et par une zone périphérique formée d'une série de lamelles concentriques emboîtées les unes dans les autres. La vésicule centrale montre quelquefois un corps plus foncé qui renferme lui-même plusieurs corpuscules fortement colorés. Des amas de granulations apparaissent souvent autour du corps vitellin et s'étendent plus ou moins loin dans le cytoplasma de l'ovocyte.

Le corps vitellin a été retrouvé sous des aspects divers dans un grand nombre d'ovocytes. Dans celui de Pholcus il apparaît à côté du noyau sous forme d'un granule colorable. Quand l'ovocyte augmente de volume, le corps vitellin augmente aussi, prend la forme d'un croissant, puis se désagrège en petites sphérules graisseuses. En même temps apparaissent dans le cytoplasma de nombreuses granulations deutoplasmiques à la formation desquelles semblent participer du moins indirectement les sphérules graisseuses. Il semble donc que le corps vitellin intervienne surtout dans la formation du vitellus nutritif.

Quelle est l'origine du corps vitellin? Beaucoup d'auteurs lui attribuent une origine nucléaire. Henneguy l'assimile au macronucleus des infusoires ciliés qui préside comme on sait aux phénomènes de nutrition et le fait dériver du nucléole, tandis que la vésicule germinative représenterait le micronucleus ou noyau sexuel des mêmes infusoires. Ch. Julin a émis une opinion sensiblement analogue : pour lui le nucléole, après avoir dirigé le développement végétatif des différentes parties constitutives de l'ovule, sortirait de la vésicule germinative et se transformerait en un centrosome qui n'est autre que le corps de Balbiani et qui une fois la division achevée rentrerait à l'intérieur de la vésicule germinative où il ne tarderait pas à se résorber. Le nucléole, centre végétatif, et le centrosome, corps vitellin, centre de division, représenteraient donc à eux deux le macronucleus des infusoires ciliés. Pour Bulliard et Champy cette formation particulière aux œufs ne serait sans doute qu'un des nombreux aspects de la sphère attractive et des amas de granulations diverses qu'on peut rencontrer autour d'elle. Rappelons que sous le nom de sphère attractive on décrit une formation qui s'observe d'une façon particulièrement nette dans le cytoplasma de beaucoup de cellules et dans les ovocytes de certains batraciens. Cette sphère attractive ou centrosome constitue une petite masse assez mal limitée renfermant

deux corpuscules très colorables : corpuscules centraux ou centrioles. Elle occupe généralement le centre de la cellule (d'où son nom), toutes les fois au moins que la forme du noyau le lui permet; lorsque le noyau arrondi occupe lui-même une situation à peu près centrale, le centrosome est situé latéralement, presque toujours au milieu de la plus grande masse de cytoplasma. Cette formation suivant les ovocytes affecte des formes et des aspects les plus divers, dus surtout à des dispositions variées des éléments du cytoplasma et du deutoplasma autour d'elle. Elle joue un rôle capital dans les phénomènes de maturation de l'ovule, que nous étudierons plus loin; ce sont en effet les 2 corpuscules centraux qui en s'écartant l'un de l'autre donnent naissance au fuseau central que nous apprendrons à connaître.

3. Par des techniques spéciales, Benda, Regaud, et à leur suite nombre d'auteurs sont arrivés dans ces dernières années à mettre en évidence dans le cytoplasma des ovules de batraciens, comme dans les cellules glandulaires, des granulations spéciales qu'il faut bien se garder de confondre avec les enclaves nutritives du deutoplasma et auxquelles on a donné le nom de *mitochondries*. Ces granulations revêtent des aspects très variables suivant le moment où on les examine; tantôt elles sont groupées en amas plus ou moins compacts ou en cercles concentriques au centrosome, tantôt elles se présentent sous la forme de bâtonnets qui constituent à la sphère attractive une sorte de capsule. La nature et le rôle de ces mitochondries sont encore fort discutés : rappelons seulement la théorie fort critiquée du reste de Portier qui tend à les considérer sous le nom des symbiotes comme de nature bactérienne et comme jouant un rôle capital dans la nutrition de la cellule sur laquelle elles vivraient comme des parasites.

4. Le protoplasma de l'ovogonie ne tarde pas à s'entourer d'une sorte de coque transparente qui pour cette raison porte le nom de *zone pellucide* découverte par Baër en 1827 et retrouvée chez la femme par Quinke. Cette zone présente un aspect strié radiairement, perpendiculairement à sa surface. Ces stries, visibles sur l'œuf frais examiné dans des milieux de basse réfringence (Sobotta), correspondent à de nombreux canalicules dans lesquels tant que l'œuf reste dans le follicule de de Graaf pénètrent de fins prolongements des cellules folliculeuses, qui vont se perdre dans le cytoplasma et ont vraisemblablement pour rôle la nutrition de l'œuf et la croissance du vitellus. Après l'expulsion de l'œuf hors du follicule il persiste encore quelque temps à la surface de la zone pellucide deux ou trois couches de cellules folliculeuses avec leurs prolongements radiaires. Ces cellules disposées circulairement constituent la couronne radiaire.

Comment cette membrane est-elle produite? En partie, sans doute, par les cellules folliculeuses, mais aussi très certainement par le protoplasma de l'œuf. En effet van Beneden a observé des cas où un ovisac renfermait 2 ovules juxtaposés, se comprimant réciproquement sans interposition de cellules de la granuleuse au niveau de leur surface de contact; et cependant même dans ce cas la membrane vitelline se produit sur tout le pourtour de chacun de ces deux ovules, c'est-à-dire même dans la région où n'étant point en contact avec des cellules de la granuleuse il ne peut rien recevoir d'elles.

Renaut fait remarquer que, quand on examine au microscope des œufs frais de mammifères, on remarque que l'ovule tourne toujours vers l'observateur le point de sa surface où se trouve le noyau. Ce fait indiqué en particulier par Nagel pour l'œuf humain ne peut s'expliquer qu'en admettant une rotation de l'ovule à l'intérieur de la zone pellucide, rotation produite par la pesanteur et par la position excentrique du centre de gravité de l'ovule. Ce fait semble nécessiter l'existence d'un espace étroit entre la zone pellucide et la surface de l'ovule : c'est l'espace périvitellin. En sorte que l'œuf serait en définitive entouré par deux membranes : l'épaisse membrane pellucide et la mince membrane vitelline. Beaucoup d'auteurs n'admettent pourtant pas ces idées, et considèrent que l'espace périvitellin est dû à un artifice de préparation.

5. Enfin chez beaucoup d'animaux, pendant la période d'accroissement de l'ovocyte existent à côté de lui des éléments spéciaux adaptés à sa nutrition; ces cellules comme les cellules folliculeuses doivent être considérées comme des cellules sœurs des cellules sexuelles, car elles se différencient aux dépens de la même ébauche embryonnaire. Leur disposition est variable suivant les espèces : chez certains métazoaires inférieurs les cellules accessoires paraissent être assimilées par l'ovocyte à la suite d'un phénomène de phagocytose; chez les gastéropodes, les cellules folliculeuses émigrent dans le cytoplasma de l'ovocyte et y disparaissent peu à peu. Ancel conteste ce fait. Le plus souvent, il semble que les substances nutritives sont, en général, élaborées par les cellules folliculeuses, puis passent dans l'ovocyte sous forme de granulations ou de solutions.

II. Modifications nucléaires. — Ces modifications sont déjà très importantes pendant la période d'accroissement. Dans un grand nombre d'œufs, le noyau envoie au sein du cytoplasma des prolongements, sans doute pour multiplier les points de contact de la substance nucléaire avec le cytoplasma et favoriser ainsi les échanges nutritifs. On a d'ailleurs observé chez certains némertiens des nucléoles qui s'échappent de la vésicule germinative, se perdent dans le vitellus et y subissent une dégénérescence progressive.

Au cours de l'évolution de l'ovocyte le noyau subit de profondes modifications structurales; parfois le réticulum disparaît; chez les batraciens, il semble se pulvériser en fins granules qui se répandent dans toute l'étendue nucléaire; puis la chromatine perd son affinité pour les couleurs basiques; enfin on constate la disparition momentanée de la membrane nucléaire qui ne réapparaîtra que dans l'ovocyte très avancé dans son évolution.

Dans l'ovocyte parvenu au terme de son accroissement la *vésicule* germinative occupe, en général, le

centre de l'élément dans les ovocytes alécithes, tandis qu'elle est au contraire rejetée à la périphérie dans les œufs riches en vitellus nutritif. Elle est composée d'un réticulum chromatique constitué par de fins microsomes disposés bout à bout et un volumineux nucléole, qu'on homologue à la *tache germinative* que Vagner découvrit sur l'œuf du hanneton, en 1837. *(A suivre.)*

LE CONGRÈS DE MONACO

Par le Dr BUFNOIR (de Cannes).

« Un rayon de soleil est venu éclairer les jours sombres de notre exil en Hollande pendant l'occupation de la Belgique. Ce rayon émanait de vous, Monseigneur. Nous avons appris que vous aviez l'intention de réunir les Alliés en des Congrès scientifiques à Monaco. Cette nouvelle nous a fait entrevoir pour la première fois la victoire et la paix prochaines. » C'est ainsi que s'exprimait, à l'ouverture des Congrès de Monaco, le Dr TERWAGNE (d'Anvers) en s'adressant à S. A. S. le Prince de Monaco. Et il l'assurait en même temps de la gratitude de la Belgique pour avoir, en pleine guerre, songé à cette œuvre de paix. Les mêmes remerciements ont été adressés au Prince Albert par les délégués des peuples alliés, tous représentés à l'exception des Anglo-Saxons.

Il a fallu au Prince et à ses collaborateurs directs, MM. Bardet, Gardette, Baudoin, une foi inébranlable dans la réussite, une ténacité soutenue dans l'effort pour mener à bien l'organisation de ces Congrès destinés à favoriser le développement des stations hydrominérales, maritimes, climatiques et alpines des nations alliées. Les difficultés à vaincre paraissaient insurmontables : on a craint un moment de ne pas arriver au but.

Cependant, c'est devant une assemblée de plus de 400 congressistes que S. A. S. LE PRINCE DE MONACO présidait la première séance dans la grande salle des conférences du Musée océanographique, en exprimant ses souhaits de bienvenue aux congressistes et en opposant, dans un discours magistral, la science qui crée à la science qui détruit, en donnant les raisons de la mise à l'écart des Empires centraux, en montrant la nécessité d'un effort commun dans la paix pour mettre en valeur les admirables stations balnéaires et climatiques des pays alliés.

La France devait être représentée par M. le prof. Albert Robin. Son absence, due à la maladie, a causé des regrets unanimes et des vœux de prompt rétablissement lui ont été adressés.

Une exposition, jointe aux Congrès, n'a pu à cause des difficultés actuelles être ouverte en temps voulu. Son inauguration officielle devait avoir lieu le 1er mai.

Si les congressistes n'étaient pas aussi nombreux à Monaco en 1920 qu'en 1914 à Cannes, du moins se sont-ils mis au travail dès le premier jour. Des rapports très étudiés et très documentés, des communications originales et intéressantes ont suscité des discussions parfois très animées.

Je n'en ferai pas une analyse complète. Je me bornerai à en extraire « la substantifique moelle » pour donner une idée d'ensemble des travaux à l'ordre du jour.

Au *Congrès d'hydrologie et de géologie hydrominérale*, M. le prof. Albert ROBIN et M. BARDET ont montré la nécessité de la spécialisation de la cure hydrominérale. Cette spécialisation a été déterminée pour quelques stations au cours du Congrès. Puis, ils ont opposé à ce point de vue la conception française qui tend à établir une cure basée sur les effets de l'eau dans certaines maladies, à la conception allemande qui tend à faire des stations hydrominérales de simples sanatoriums où tous les genres de maladies sont traités. Mais, pour déterminer la « spécialisation fonctionnelle » d'une eau minérale il la faut bien connaître, et l'on n'a pas assez recherché jusqu'ici ses propriétés physiques, capables de modifier considérablement l'action du médicament chimique.

Le médicament chimique est lui-même fort mal connu. Les analyses d'eaux actuelles sont insuffisantes ou erronées. M. LINOSSIER demande qu'elles soient renouvelées au minimum tous les 30 ans et que les variations de composition de toutes les sources soient étudiées par un service central d'inspection. MM. MARTEL et Th. GUÉRIN donnent les moyens d'avoir des eaux pures au moyen du captage tubulaire qui permet d'isoler les eaux prises en profondeur de toutes les infiltrations superficielles, et au moyen de l'application stricte des règlements administratifs en vigueur pour la protection des sources.

Ainsi bien définies les eaux minérales seront étudiées par les médecins dans des voyages d'études comme ceux qu'a organisés M. Carron de la Carrière, et elles seront utilisées non seulement par les civils, mais aussi par le Service de santé militaire qui y enverra ses malades ou ses blessés, et les y confiera, non plus à des médecins nommés pour quelques mois dans une station qu'ils ignorent, mais à des médecins compétents.

Le *Congrès de thalassothérapie* a étudié surtout la question des tuberculeux à la mer.

MM. A. ROBIN et M.-P. WEIL estiment que la cure marine est contre-indiquée au cours de toutes les tuberculoses pulmonaires actives. Par contre, peuvent bénéficier du climat marin les tuberculeux chez qui la maladie évolue lentement, les phtisiques qui n'ont pas d'appétit, digèrent mal, assimilent mal. Mais pour ceux-ci la cure marine doit être de courte durée. C'est surtout à Arcachon, à cause de l'action sédative de son climat, que l'on devra de préférence envoyer ces tuberculeux pulmonaires. Cependant la Riviera conviendrait à tous les degrés de la phtisie torpide, surtout chez les enfants et les personnes âgées de plus de 40 ans.

La thalassothérapie a donné des résultats merveilleux dans la cure des tuberculoses chirurgicales. Analysant de près l'action du climat marin, MM. ANDRIEU et MARAGLIANO font une très grande place à l'action des rayons solaires qui vient s'ajouter à l'action de l'aérothérapie marine et de la balnéation. Le traitement marin utilise ces différents éléments.

Il n'agit pas directement sur la culture tuberculeuse ; il fortifie l'organisme ; il agit sur l'état général ; il ne s'oppose pas au traitement local (immobilisation en bonne attitude, ponctions, interventions sanglantes, etc.) ; il vient, au contraire, lui apporter son appui. Et M. Andrieu termine son rapport en demandant la création de nouveaux hôpitaux marins d'enfants et surtout d'hôpitaux d'adultes qui n'existent nulle part en France, ainsi que la fondation d'organismes destinés à maintenir à la mer ou à la campagne les tuberculeux chirurgicaux guéris.

Au *Congrès d'hygiène et de climatologie*, MM. Vallot et Sardou ont étudié la climatologie comparée des côtes de France : l'un au point de vue médical, l'autre au point de vue météorologique. Ils ont montré quelle diversité existe entre ces climats, depuis celui de la côte occidentale balayée par les vents chargés de chlorure de sodium, d'iode, de brome, d'ozone, jusqu'au climat méditerranéen dont l'atmosphère est plus pure, moins humide, moins nébuleuse, et qui est un climat mixte entre la mer et la montagne. M. Vallot a étayé sa thèse sur une série de longues et patientes mesures météorologiques, sur des statistiques portant sur de nombreuses années : 39 ans pour la température. M. Dupaigne, dans un excellent exposé, a montré la nécessité d'une technique et d'une unification des mesures pour la climatologie et l'héliothérapie médicale, pour que l'on puisse dans les différentes stations établir des statistiques comparables et en déduire des conséquences thérapeutiques reposant sur des bases scientifiques.

Je n'insisterai pas, bien qu'ils présentent le plus grand intérêt, sur d'autres rapports ayant trait à l'alimentation en eau potable des stations climatiques, sur les poussières de l'air et des appartements, sur les moyens d'y remédier, etc. J'en viens tout de suite à trois rapports qui intéressent davantage le praticien : ceux de MM. d'Œlsnitz, Léo et Armand-Delille.

M. d'Œlsnitz, étudiant « l'héliothérapie complément du traitement climatique », demande que l'on unifie les modes d'observation, tant pour la mesure des quantités et des qualités lumineuses que pour l'étude des réactions locales et générales de l'organisme sain ou pathologique soumis à leur influence. Des observations comparables devront être établies par les héliothérapeutes dans tous les climats. Elles seront indispensables pour fixer les indications de la cure et son application ; la posologie et la technique de l'héliothérapie sont encore très empiriques, et elles sont, à l'heure actuelle, plus individuelles que climatiques.

M. Léo s'est occupé de l'héliothérapie appliquée aux blessures de guerre, soit sous forme générale, soit sous forme locale. Sous cette dernière forme, il s'agit d'un véritable pansement solaire.

Le laboratoire a montré la désinfection réelle des plaies par ce pansement qui exalte les moyens de défense de l'organisme au niveau de la plaie, plutôt qu'il ne détruit directement les germes pathogènes.

La voie est ouverte pour les recherches, et l'on devra étudier les plaies traitées par le pansement solaire au double point de vue bactériologique et biologique.

M. Armand-Delille a parlé de l'« héliothérapie préventive ». La valeur de l'héliothérapie préventive, découverte par Rollier, confirmée par le lieutenant de vaisseau Hébert, a été constatée par Armand-Delille dans une école au soleil, créée en Savoie pendant l'été 1918, pour de jeunes rapatriés dont les mères tuberculeuses étaient soignées dans des sanatoriums. Grâce à un entraînement méthodique, à des exercices de gymnastique bien dosés, à l'école en plein air, des enfants pâles, anémiés, imprégnés de tuberculose, ont été transformés en quelques mois par la vie au grand air, le corps nu, exposé au soleil toute la journée. Il faut, dit Armand-Delille, que l'école au soleil se généralise avec la pratique de l'héliothérapie préventive, pour régénérer la race française qui risque de s'étioler dans les grandes cités que nécessite la vie moderne.

Le Congrès des *villes d'eaux, bains de mer et stations climatiques* a abordé des questions d'ordre pratique.

Tandis que M. Maillard a étudié la législation dans les principaux pays pour la protection des sources contre les entreprises des voisins et contre les abus d'exploitation, les souillures et dénaturations, et a demandé certaines modifications aux règlements actuels, M. Binet s'est occupé de l'organisation des régimes dans les stations thermales et climatiques. Il a montré la nécessité d'une collaboration étroite entre le corps médical et l'industrie hôtelière. Suppression des tables d'hôtes ; installation, dans tous les hôtels, de tables de régime ; création dans chaque station d'une commission de régimes destinée à assurer l'exécution de la diététique dans les conditions les meilleures sont les desiderata qui découlent de son rapport.

Enfin, M. Meillon, abordant la question de la publicité collective en faveur des stations thermales, balnéaires et climatiques, a entretenu les congressistes de la Compagnie Française du Tourisme, dont la création a été suggérée à tous les intéressés par l'Office national du Tourisme et par le Touring Club de France. Cette Compagnie, très puissante, distribuera « à visage découvert et avec une louable partialité patriotique notre publicité, ses coupons de chemins de fer ou d'hôtel et son chèque de voyage, avec la collaboration acquise de toutes les agences de voyages des pays amis et alliés ». Elle a groupé le consortium des chemins de fer français, compagnies de navigations, chambre nationale de l'Hôtellerie française, chambre syndicale des Eaux minérales et des Etablissements thermaux, syndicat des Agents de voyage. Elle devra être aidée par les groupements scientifiques, les sociétés médicales, les savants spécialisés qui lui donneront les documents scientifiques nécessaires à établir la suprématie de nos stations.

— Les congressistes se sont réunis une dernière fois à San Remo où ils ont reçu le plus chaleureux et le plus amical accueil. Au cours de la dernière séance, présidée par S. A. S. le Prince de Monaco, il

a été décidé que le prochain congrès de thalassothérapie aurait lieu à Venise en septembre 1922.

Les questions mises à l'ordre du jour pour ce congrès ont trait à l'organisation des bains de mer dans les plages chaudes, au maintien à la campagne des tuberculeux guéris, aux facteurs généraux qui provoquent les diverses réactions biologiques dans les stations marines.

Le Congrès de Monaco, a dit le Prince Albert, n'a été que la préface des Congrès à venir. Le Prince, par sa présence à presque toutes les séances, a donné un exemple qui n'a malheureusement pas été suivi par tous les congressistes.

Et s'il m'est permis d'exprimer un regret, c'est que ce Congrès, très suivi par les spécialistes, ne l'ait pas été davantage par les praticiens, même par ceux qui y avaient le plus d'intérêt, je veux parler des médecins de la Côte d'Azur. Je sais que chacun en ce moment doit refaire une situation perdue, rassembler une clientèle dispersée; je sais que des difficultés matérielles s'opposent aux longs voyages, que le programme des distractions qui accompagnent tout congrès n'avait pas le même attrait que d'ordinaire. Mais la guerre eût dû nous apprendre que la fréquentation des Congrès est une forme de notre devoir de médecins et de Français. Je souhaite que les Congrès futurs comptent davantage d'adhérents, et que de nombreuses communications y montrent la vitalité et la suprématie de la science française.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 3 MAI 1920)

Mode d'action des gaz de combat utilisés au cours de la guerre. — M. André MAYER.

Croissance, modelage et métamorphisme de la trame fibrineuse dans les caillots cruoriques. — M. I. NAGEOTTE.

Le lait et l'hémolyse. — M. H. VIOLLE.

Les limites de la débilité et de la prétuberculose. — M. MARAGE.

Epidémiomycose eczématoïde due à un parasite du genre endomyces. — MM. L. HUDELO, A. SARTORY et H. MONTLAUR.

Sur l'action des boues activées. — MM. F. DIENERT, F. WANDENBULHE et Mlle LAUNEY.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 11 MAI 1920)

Insuffisance respiratoire et diagnostic de la tuberculose. — M. SERGENT, qui a été chargé de multiples expertises pendant la guerre, a pu étudier spécialement l'insuffisance respiratoire limitée aux sommets. Il s'agit, pour M. Sergent, de troubles fonctionnels et non de localisation bacillaire. Cette insuffisance est bilatérale, longtemps limitée aux sommets, puis peut devenir totale. Au palper les vibrations totales sont inchangées; la percussion ne donne pas de matité nette; à l'auscultation il y a une diminution du murmure vésiculaire, pas de souffles. L'examen radiologique montre des sommets peu transparents; après la toux, ils reprennent une certaine clarté. La radioscopie confirme le diagnostic d'insuffisance respiratoire. L'amplitude pulmonaire est diminuée.

Rapprochant entre eux tous ces symptômes, M. Sergent conclut que le diaphragme est pour une grande part dans leur production. La plupart des sujets qui en sont atteints n'ont pas un poids normal, ont une musculature respiratoire insuffisante; un certain degré d'anémie.

Cette insuffisance respiratoire s'observe généralement chez des sujets jeunes, nerveux, et chez lesquels le jeu du diaphragme est insuffisant. M. Sergent établit le diagnostic différentiel des signes de cette insuffisance et de ceux de la vraie sclérose pulmonaire. Le meilleur moyen de remédier à cette insuffisance du diaphragme est la rééducation respiratoire.

M. HAYEM confirme la conclusion de M. Sergent et fait remarquer que cette insuffisance respiratoire s'observe plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes à cause du port du corset.

MM. HAYEM et SERGENT sont absolument d'accord.

Ingestion d'urotropine à doses massives. — M. Pierre MARIE présente deux malades bien intéressants. Il s'agit de deux prisonniers français qui, en Allemagne, ont été traités par l'urotropine à hautes doses, jusqu'à 80 et 100 g. par jour. Il en est résulté une série d'hématuries et la production, 18 mois après, d'arthrites sèches des deux hanches qui entraînent une grande difficulté dans la marche et l'impossibilité d'écarter assez les jambes pour se mettre à cheval sur une chaise.

Quel rapport entre l'intoxication par l'urotropine et ces arthrites sèches se produisant à longue échéance?

MM. BAZY et NETTER emploient l'uroformine aux doses de 1 à 2 g. par jour et n'ont pas constaté d'accidents.

Enseignement de l'hygiène. — M. HAYEM envoie quelques sages considérations sur l'enseignement de l'hygiène. Il rappelle le vœu formulé, en 1917, par l'académie, sur la création d'un institut d'hygiène en France, vœu qui est d'ailleurs resté stérile. M. Hayem se félicite des efforts que semblent devoir faire les pouvoirs publics pour l'installation de cet institut d'hygiène.

M. BERNARD fournit un certain nombre d'explications qui font entrevoir, de la part des pouvoirs public, de sérieux efforts pour la constitution de cet institut d'hygiène qui, pour répondre au vœu de M. Hayem, doit comprendre plusieurs départements : l'hygiène prophylactique, l'hygiène alimentaire, l'hygiène industrielle, l'hygiène sociale et l'hygiène internationale.

Complications endocraniennes des suppurations de l'oreille. — M. MOURE (de Bordeaux) fait une communication sur ce sujet.

Eaux minérales. — M. MEILLÈRE fait un rapport sur une demande adressée par M. le Ministre sur une question relative aux eaux minérales.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 9 AVRIL 1920)

A propos des névralgies coccygiennes. — M. PERAIRE rapporte un cas de névralgie coccygienne intolérable ayant résisté pendant plusieurs mois à toutes les ressources thérapeutiques : il finit par découvrir une petite tumeur sacro-coccygienne qu'il extirpa, tumeur sarcomateuse d'après l'examen histologique. Un an après, les douleurs recommencèrent, la tumeur était récidivée : enlevée de nouveau, examen histologique semblable, les douleurs ne disparurent pas. Un examen du sang ayant donné un Wassermann positif, le traitement spécifique longtemps continué, amena la guérison complète : pas de récidive depuis 5 ans.

A propos de la rectoscopie dans le cancer du rectum. — M. OZENNE distingue, au point de vue diagnostic, les cancers de la moitié supérieure et ceux de la moitié inférieure du rectum. La rectoscopie peut être utile pour les premiers, bien qu'elle ne puisse que signaler l'existence et le siège d'une ulcération. Pour les seconds, accessibles au doigt, le toucher rectal renseignera bien plus sûrement que la rectoscopie; il estime que l'utilité de l'entéroscopie pour les cancers de la moitié inférieure du rectum est fort discutable.

M. MAZERAN rapporte deux cas où la rectoscopie lui a rendu service. Dans le premier cas, il s'agissait d'une tumeur fécale emprisonnée dans le plissement d'une muqueuse prolabée et, dans le second, de la hernie d'une production fibromateuse utérine développée dans le rectum. Il vante la rectoscopie dans le pansement rectal direct chez les malades atteints de rectite amibienne ancienne.

M. A. MOUCHET confirme les services rendus par l'endoscopie recto-colique dans le diagnostic des lésions de la partie inférieure du tube digestif, mais il regrette que le toucher rectal soit encore aussi souvent négligé par les médecins.

Pleurésie blennorragique et séreuse. — M. A. BLIND pense que, comme les séreuses articulaires, la plèvre, le péricarde, les méninges peuvent s'enflammer au cours de la blennorragie. On pourrait même y ajouter les endocardites blennorragiques, Letulle ayant comparé l'endocarde à une séreuse (1918). Il propose à ces réactions des séreuses le nom générique de séreusite blennorragique qui se rangerait à côté des séreusites syphilitiques, tuberculeuses, pneumoniques, etc.

De la fréquence de la dégénérescence maligne des fibromes utérins et de sa conséquence thérapeutique. — M. CAZIN.

Radiographies de l'appareil urinaire. — M. AUBOURG présente une série de clichés et d'observations montrant que des calculs sont parfois trouvés dans un endroit de l'appareil urinaire différent de celui qu'auraient pu faire soupçonner les symptômes cliniques. L'erreur peut avoir lieu du même côté ou d'un côté à l'autre. L'auteur signale les variations de siège de l'uretère pelvien et pense que la pose d'une sonde opaque dans l'uretère est indispensable pour affirmer, par la radiographie, l'existence d'un calcul.

Néphrite chronique hypertensive et hypertrophie prostatique. — M. LAVENANT.

La rééducation motrice dans l'hémiplégie. — M. KOUINDJY.

(SÉANCE DU 24 AVRIL 1920)

Présentation d'appareil. — M. LANDOWSKI présente une ventouse à pompe sans robinet, imaginée par M. de Lestable, de maniement très facile : l'aspiration est sûre et peut être graduée à volonté.

Présentation de malades traités par la thermoradiothérapie et la fulguration. — M. DE KEATING-HART.

Présentation d'un opéré de courbure nasale du 3e degré sans cicatrice. — M. BOURGUET.

A propos du diagnostic endoscopique du cancer du rectum et de l'S iliaque. — M. R. GAULTIER.

L'iodure de diméthyl-diphénylarsinate de mercure et de vanadium dans le traitement de la syphilis. — M. DALIMIER rend compte des premiers essais favorables qu'il a faits de ce corps découvert par M. Chesnais. Ce corps contient la triade métallique spécifique du tréponème : très actif par voie sous-cutanée, bien supporté par voie veineuse, il semble être d'une grande efficacité.

Signes cliniques du cancer de l'œsophage. — M. GUISEZ, se basant sur plus de 900 cas examinés et suivis à l'œsophagoscope, insiste sur certains signes cliniques, indolence parfois très longue du début, dysphagie élective pour le pain et la viande, appétit conservé jusqu'à un stade avancé, petites expectorations sanguinolentes, fétidité de l'haleine, enduit blanc spécial de la base de la langue. Le diagnostic est parfois difficile avec les sténoses inflammatoires, les pseudo-cancers, il est tranché par l'œsophagoscope.

Présentation d'un mal de Pott opéré par la méthode d'Albee. — M. BARBARIN.

Pathogénie et traitement du pied creux antérieur. — M. LANCE montre les différentes affections pouvant donner lieu à cette difformité et indique le traitement à suivre avec les modifications personnelles qu'il y a apportées.

Rapport sur les accidents des arsenobenzols. — M. GASTOU, dans un long rapport très documenté, étudie successivement les principaux arsenobenzols utilisés, les accidents qu'ils provoquent, leur fréquence et leur gravité, leurs causes et leur pathogénie, les moyens de les éviter, la responsabilité médicale, la technique d'emploi des arsenobenzols.

JURISPRUDENCE

DE LA FAUTE DANS LES OPÉRATIONS

DEUX ARRÊTS DE LA COUR D'APPEL DE PARIS

La loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine est muette sur la responsabilité des médecins, des chirurgiens et des dentistes. Leur responsabilité civile découle, en conséquence, des principes généraux du droit contenus dans les articles 1382, 1383 et 1384 du Code civil; particulièrement, l'article 1383 dispose que chacun est responsable du dommage causé non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou par son imprudence, et l'article 1384 qu'on est responsable non seulement du dommage que l'on cause par son propre fait mais encore de celui qui est causé par le fait des personnes dont on doit répondre, ou des choses que l'on a sous sa garde.

Pour qu'il y ait responsabilité, une faute doit avoir été commise. C'est pourquoi les tribunaux prennent soin, quand la responsabilité de l'homme de l'art est engagée, d'établir les circonstances constitutives de la faute. Mais, en cette matière, ils se montrent très prudents, sous peine d'encourir le risque d'entraver l'initiative privée et de paralyser les progrès de la science, en mettant en péril la santé humaine au lieu de la sauvegarder. Deux arrêts de la Cour de Paris sont intéressants à signaler à ce sujet.

I

Si l'intérêt du malade l'exige, le médecin peut, sans que sa responsabilité soit engagée, appliquer un traitement dangereux ; il peut innover, s'il ne voit aucune chance de succès dans l'emploi des traitements connus et usuels, pourvu qu'il ait des connaissances suffisantes pour que sa tentative soit consciencieuse. Sauf le cas d'urgence, il doit, avant d'employer une médication ou de pratiquer une opération dangereuses, obtenir le consentement du malade ou de la famille. Ce consentement a été jugé nécessaire, notamment en cas d'emploi de la radiographie (Aix, 22 octobre 1906, D. 1907-2-41) ; c'est à l'homme de l'art qu'il appartient de faire la preuve que ce consentement lui a été donné.

Mais il ne saurait employer un traitement ou pratiquer une opération dont les dangers ne seraient pas justifiés par la gravité de la maladie; il ne peut être relevé de cette obligation par le consentement du malade ou de la famille; il doit refuser son concours. « Considérant, dit un arrêt de la Cour d'appel de Paris du 22 janvier 1913, qu'il est constant et reconnu que la radiothérapie peut avoir des conséquences graves, et pour les opérateurs et pour les malades; que certains opérateurs sont morts victimes de leur dévouement à la science, et qu'encore actuellement on ne peut prévoir quelles peuvent être les conséquences d'une radiodermite du second degré, et cela, malgré les précautions les plus minutieuses et l'habileté du médecin traitant; que les médecins les plus auto-

risés en proclament les dangers; — Considérant dès lors que, si malgré cet inconvénient redoutable, le médecin ne doit pas hésiter à appliquer ce traitement lorsque la santé du malade l'exige, et si on ne peut le rendre responsable d'accidents qu'il pouvait prévoir, mais qu'il a tout fait pour prévenir, *il n'en est pas de même, lorsque, comme dans l'espèce, le médecin se trouve en présence, non pas d'un mal à guérir, mais d'une simple imperfection physique à faire disparaître ou dissimuler;* que, dans ce cas, ni l'intérêt de la science, ni l'intérêt du malade, n'exigent que, pour un si minime résultat, on risque, sinon de le faire mourir, tout au moins de changer son imperfection en un mal véritable ou de l'aggraver; — Considérant que la Dlle X... n'avait qu'un peu de barbe au menton; que, sans doute, sa coquetterie en souffrait, mais que le Dr D... n'allègue même pas qu'il y eût, chez cette jeune fille, une obsession quasi maladive et qui, jusqu'à un certain point, aurait pu justifier son intervention... » La Cour a estimé que le médecin avait commis une faute consistant dans l'emploi d'un traitement dont les dangers étaient hors de proportion avec le but à atteindre. Il ne s'agit pas d'une faute dans l'application d'un traitement, lequel, au cas envisagé, avait été régulièrement conduit. Il n'y avait pas eu de faute opératoire. Mais aussi, il n'y avait pas eu de maladie à guérir; et, connaissant les dangers du traitement, son insuccès possible, l'intérêt secondaire recherché, le médecin devait refuser son concours. En ne le faisant pas, il a engagé sa responsabilité, qui a eu pour effet sa condamnation à des dommages-intérêts.

II

A côté de ce genre particulier de faute, la faute opératoire engage la responsabilité de l'homme de l'art. Cette faute existe quand un dentiste, en tentant d'arracher une racine, lèse le maxillaire. Dans le cas soumis à la Cour de Paris (arrêt du 22 juin 1919), le dentiste alléguait que la nécrose qui s'en était suivie était due à l'état maladif du client; le médecin-expert concluait à cet égard à une simple probabilité. « Considérant que la Dlle J... étant par ailleurs absolument saine, il faut nécessairement admettre pour expliquer la gravité des conséquences de l'accident dont elle a été victime, que D..., procédant avec d'autant plus de légèreté qu'il était moins expérimenté et que l'opération était plus délicate, a atteint le maxillaire qu'il a gravement lésé, déterminant une nécrose avec séquestre à évolution relativement rapide : qu'on ne peut raisonnablement dire d'une telle opération qu'elle a été pratiquée suivant les règles de l'art; que des circonstances de fait ci-dessus analysées résulte à l'évidence une faute lourde à la charge de l'opérateur; que D..., préposé de X..., a donc commis une faute opératoire certaine qui engage la responsabilité civile de X...; que cette faute a eu pour conséquence immédiate et directe l'opération gravement mutilante, ainsi que l'a qualifiée le Dr Broca, qu'a dû subir la Dlle J...; que, par suite, elle a incontestablement droit à une juste et équitable réparation. »

A la différence de l'espèce précédente (arrêt du 22 janvier 1913), il y avait, dans celle qui a fait l'objet de l'arrêt du 26 juin 1919, une faute opératoire due à l'impéritie de l'opérateur.

Ces décisions sont intéressantes, parce qu'elles montrent deux aspects différents, sous lesquels une responsabilité peut être à la charge de l'homme de l'art. Il convient de signaler, en outre, que, dans la deuxième espèce, la Cour d'appel de Paris a fait application de l'article 1384 du Code civil, aux termes duquel, comme nous l'avons indiqué, le commettant est civilement responsable de la faute de son préposé, dès lors que ce dernier a été choisi par lui et est placé sous ses ordres et sa direction; c'était le cas de l'opérateur.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. (Service de M. le Dr R. BENSAUDE.) — *Dix leçons théoriques suivies d'exercices pratiques sur les procédés d'examen de l'intestin* (examen clinique, endoscopie, radioscopie, examen coprologique, biopsie), par MM. les Drs R. Bensaude, A. Cain, Goiffon et Guénaux.

Cours quotidien jusqu'au 5 juin 1920 : matin, 9 h. 1/2, leçons théoriques; 10 h. 1/2, exercices pratiques.

Les leçons théoriques sont librement ouvertes à tous les étudiants et docteurs en médecine.

Pour les exercices pratiques, le droit d'inscription est de 100 fr. à verser au laboratoire du Dr Bensaude (salle Chomel).

NOTES POUR L'INTERNAT

LES PLEURÉSIES PARTIELLES
OU ENKYSTÉES

DÉFINITION. — Ce sont des épanchements constitués dans une portion plus ou moins étendue de la plèvre et séparés du reste de la cavité par des adhérences plus ou moins épaisses. L'enkystement se fait avec prédilection en certains points, du fait des conditions anatomiques. Les pleurésies interlobaires et diaphragmatiques sont les plus fréquentes ; les pleurésies médiastinales, pariétales et apicales sont plus rares.

Mais d'une facon générale, les pleurésies enkystées ont un caractère semblable : elles présentent surtout une symptomatologie d'emprunt, qui traduit l'irritation et la compression des organes de voisinage par l'épanchement. Aussi est-il indispensable pour bien comprendre la symptomatologie de ces pleurésies, de se rappeler l'anatomie topographique des culs-de-sac pleuraux, des scissures interlobaires et des organes du médiastin.

NOTIONS ANATOMIQUES. — Nous renvoyons aux traités classiques d'anatomie topographique pour l'étude détaillée de ces organes ; et nous rappellerons seulement brièvement quelques notions anatomiques :

1° La plèvre médiastine est comprise entre la face interne du poumon et les organes qui logent dans le médiastin ou le traversent. De même qu'il y a un médiastin antérieur et un médiastin postérieur, de même on distinguera, d'après la symptomatologie, des pleurésies médiastines antérieure et postérieure.

2° La plèvre diaphragmatique tapisse la base du poumon et le sépare de la coupole diaphragmatique. Elle est limitée par le cul-de-sac costo-diaphragmatique.

3° La plèvre interlobaire tapisse les scissures interlobaires. Elle forme une sorte de cavité virtuelle, située entre 2 lobes pulmonaires ; à droite il y a 2 scissures interlobaires, à gauche il n'y en a qu'une.

ÉTIOLOGIE. — On peut classer les pleurésies en deux groupes : les pleurésies primitives et les pleurésies secondaires à une lésion de voisinage.

1° PLEURÉSIES PRIMITIVES. — Elles surviennent chez des sujets sains, jeunes ou adultes, souvent chez des enfants. Rarement elles relèvent de la tuberculose. La presque totalité est due au pneumocoque, hôte normal de la cavité buccopharyngée. *Causes occasionnelles* : froid, surmenage, traumatisme. La voie d'apport microbienne nous échappe et, comme le pense Netter, « il est probable que les pleurésies en apparence idiopathiques sont presque toujours précédées d'une lésion pulmonaire minime, qui passe inaperçue ».

2° PLEURÉSIES SECONDAIRES. — Elles peuvent venir compliquer une lésion du thorax, de l'abdomen, ou une maladie générale.

a. *Lésion thoracique*. — La pneumonie est de beaucoup la cause la plus fréquente : pleurésie para ou métapneumonique ; broncho-pneumonie, la tuberculose, blessures par projectile de guerre, gangrène pulmonaire plus rarement ; lésions costales. Les lésions du péricarde, des ganglions médiastinaux ou de l'œsophage peuvent être à l'origine d'une pleurésie médiastine.

b. *Lésions abdominales*. — Toutes les affections ou suppurations sous-diaphragmatiques peuvent se compliquer d'une pleurésie diaphragmatique : abcès sous-phrénique, abcès du foie, abcès de la rate, phlegmon périnéphrétique, cholécystite suppurée, etc., cancer de l'estomac.

c. Enfin les *maladies générales*, et en particulier toutes les septicémies, la fièvre typhoïde, la scarlatine, la rougeole, l'érysipèle, etc., la fièvre puerpérale, le rhumatisme aigu, les cardiopathies (Huchard, Rénon).

NATURE DES AGENTS MICROBIENS. — Il faut citer en premier lieu le pneumocoque ; il se retrouve si fréquemment, qu'on peut considérer l'enkystement comme un caractère propre des pleurésies pneumococciques.

Le streptocoque, le staphylocoque, plus rarement le bacille de Koch, le bacille de Friedlander, le tétragène, les anaérobies des pleurésies putrides peuvent être la cause immédiate de ces formes de pleurésies.

PATHOGÉNIE. — Pourquoi la pleurésie est-elle enkystée ?

1° C'est bien souvent la conséquence d'*adhérences anciennes*, reliquat de pleurésie antérieure, ayant soudé ensemble les deux feuillets de la plèvre et divisé la grande cavité en cavités secondaires susceptibles de s'infecter ultérieurement.

2° Mais d'autres fois, la plèvre est saine, sans adhérences anciennes. Il y a alors une réaction fibrineuse si intense, due le plus souvent au pneumocoque. La plèvre réagit, lutte contre l'infection par la formation de fausses membranes abondantes, épaisses. Celles-ci se développent surtout sur les bords du poumon et le long des scissures ; elles ont le temps de se constituer, parce qu'on a affaire à un processus subaigu ou même chronique. Les fausses membranes « ont eu le temps » de se former. La disposition anatomique de certaines régions (diaphragmatique, interlobaire, médiastine), sur laquelle nous avons déjà attiré l'attention, favorise l'enkystement.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Il y a des pleurésies partielles sèches et d'autres avec épanchement liquide.

1° SÈCHE. — Il s'agit, à proprement parler, de *pleurites sèches* pouvant occuper toutes les régions de la plèvre, mais prédominant le plus souvent au niveau du sommet. Presque toujours elles proviennent de lésions tuberculeuses qui se terminent par la formation de fortes adhérences de l'apex pulmonaire (pleurites du sommet) ou de la base avec le diaphragme (pleurite de la base).

2° AVEC ÉPANCHEMENT. — C'est celles que nous devons surtout prendre comme objet de cette étude, la pleurésie enkystée étant plutôt une pleurésie partielle avec épanchement. Cet épanchement peut être du *pus* : c'est presque la règle. Il s'agit, tantôt de pus épais, crémeux, bien lié, purée de pois : c'est le pus à pneumocoques ; tantôt le pus est séreux, mal lié, ayant ou non une odeur fétide.

Plus rarement, l'épanchement est constitué par du liquide séro-purulent, hémorragique, chyliforme, ou même séro-fibrineux comme dans les cas signalés par Gouget.

Les fausses membranes épaisses, résistantes, soudent les lèvres des scissures entre elles ou bien les bords libres du poumon à la paroi. Ainsi se constituent des cavités séparées du reste de la grande cavité pleurale.

Dans la pleurésie interlobaire, la collection liquide est oblique en bas et en avant. Elle est cachée dans la profondeur du poumon. L'épanchement est rarement très abondant.

Dans les pleurésies diaphragmatiques, le poumon adhère à la paroi thoracique et au diaphragme par la circonférence de sa base. Le diaphragme est abaissé, le poumon refoulé en haut. Les nerfs phréniques peuvent être lésés.

Enfin, dans les pleurésies médiastines, le déplacement et les lésions des organes du médiastin varient essentiellement avec la situation de l'épanchement.

EVOLUTION ANATOMIQUE. — 1. Il se produit une évacuation du liquide au dehors, aboutissant presque toujours à l'évacuation bronchique et à la vomique.

2. L'empyème de nécessité est exceptionnel.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 15 francs par an. Étudiants étrangers, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 6 fr. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HOPITAUX. — Le deuxième concours pour la nomination à deux places de chirurgien sera ouvert le mardi 15 juin 1920, à midi, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (service du personnel), de 10 à 15 heures, du lundi 17 mai au samedi 29 mai 1920 inclusivement.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve opératoire.* — Séance du 15 mai. — Question donnée : « Ligature de l'artère axillaire dans le creux de l'aisselle. — Désarticulation tarso-métatarsienne dite de Lisfranc. »

MM. Leveuf, 26; Mondor, 25; Guimbellot et Desplat, 26; Métivet, 25; Deniker, 26; Monod, 27; Capette, 25.

Oral. — Séance du 16 mai. — Question donnée : « Fracture de l'extrémité inférieure du fémur. »

MM. Guimbellot, 16; Capette, 18; Deniker, 16; Mondor, 20.

— CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — Classement : MM. Chirié, 124; Vignes, 119; Guéniot, 117; Ecalle, 114.

— Sont nommés : MM. Chirié et Vignes.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 11 mai. — Question donnée : « Rapports de l'œsophage thoracique. — Signes et diagnostic du rétrécissement mitral pur. »

MM. Barreau et Deschamps, 10 + 22 = 32; Aris, 16 + 24 = 40; Bazert, 14 + 24 = 38; Delahaye, 15 1/2 + 25 = 40 1/2; Larget, 16 + 23 = 39; Chevaller, 15 + 24 = 39; Froment, 14 + 22 = 36; Tierny, 15 + 23 = 38.

Séance du 12 mai. — Question donnée : « Artères de la main. — Signes et diagnostic du pneumothorax. »

MM. Hartglass, 15 + 25 = 40; Morice, 14 1/2 + 26 = 40 1/2; Walter, 14 + 28 = 42; Lelong, 14 + 26 = 40; Lanos, 17 + 23 = 40; Gaume, 18 + 25 = 43; Godard, 16 + 24 = 40; Chastang, 18 + 25 = 43; Dubois (René), 15 1/2 + 25 = 40 1/2; Pollet, 14 + 21 = 35.

Séance du 13 mai. — Question donnée : « Artère sous-clavière droite. — Signes et diagnostic de l'angine de poitrine. »

MM. Boulin, 17 + 28 = 45; Blamoutier, 17 + 25 = 42; Roullet, 14 + 20 = 34; Weill (René), 15 + 24 = 39; Basch, 16 + 23 = 39; Doubrère, 16 1/2 + 24 = 40 1/2; Grenier, 15 + 25 = 40; Meyer, 15 + 26 = 41; Plichet, 16 + 27 = 43; Terris, 14 + 24 = 38.

Séance du 14 mai. — Question donnée : « Sinus caverneux. — Symptômes et diagnostic de l'hémorragie cérébrale. »

MM. Barbier et Marie, 16 + 24 = 40; Mlle Labeaume, 18 + 24 = 42.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 15 mai. — Question donnée : « Causes, symptômes et traitement du tétanos. »

MM. Diamantberger, 10; Christol, 11; Chabrun, 15; Choquet, 11 1/2; Denis, 12; Delthil, 14; Denoy, 16; Mlle Chorlet, 9; MM. Firbach, 11; Jardet, 15; Kourilsky, 20; Bouvet, 10; Ferey, 19; Keller, 15; Mlle Joltrois, 14.

Séance du 16 mai. — Question donnée : « Symptômes, complications et traitement des panaris. »

MM. Jean et Keraudren, 15; Jendon, 14; Mlle Javouhey, 12; MM. Jaubert et Jaïs, 13; Durand, 15; Mlle Denis, 14; MM. Jullien, 17; Krivine, 14 1/2; Leydet, 17 1/2; Jardin, 12; Kalmanovitch, 14; Kaplan et Mlle Kœchlin, 17.

HOPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Le concours pour 2 places de médecin des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. Dumas et Gardère.

— Le concours de l'internat aura lieu le 28 juin 1920. S'inscrire avant le 12 juin, 11 heures.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — *Médecine générale.* — Séance du 14 mai. — *Leçon orale de 3/4 d'heure après 4 heures de préparation.* — MM. Aubertin : « Les syndromes hypophysaires »; — Troisier : « Les zonas »; — Sézary : « Néphrite scarlatineuse. »

Séance du 15 mai. — MM. Gaujoux : « Pathogénie, symptômes et diagnostic du goitre exophtalmique » ; — Dumas : « Les hypertensions artérielles » ; — Azéma : « Gangrène pulmonaire. »

Chirurgie générale et voies urinaires. — Jury : MM. Quénu, Legueu, Lejars, Aug. Broca, Tédenat, Tixier, Carlier, Vautrin, Curtillet.

Exposé de titres. (Chirurgie.) — Paris : MM. Küss, 30; Lardennois, 29; Moure, 27; Basset et Mathieu, 26; Brocq, Cadenat et Rouhier, 23; Bréchot et Leveuf, 22; Girode et Mondor, 21.

Toulouse : MM. Ducuing, 25; Tourneux, 24; Miginiac et Uteau, 20.

Lyon : MM. Bonnet, 26; Murard et Santy, 25; Chalier, 24; Alamartine, 22; Perrin, 18.

Nancy : MM. Barthélemy, 25; Hamant, 23; Heuilly, 18.

Montpellier : MM. Lapeyre, 21; Chauvin, 20; Aimes, 18.

Lille : MM. Gérard, 21; Macquet, 17; Delannoy, 11.

Bordeaux : MM. Lefèvre, 24; Charrier, 22; Charbonnel, 20; Papin, 18.

Alger : MM. Lombart, 23; Constantini, 22; Duboucher et Witaz, 18; Pelissier, 14.

(Voies urinaires.) — MM. Heitz-Boyer, 29; Papin, 26.

Obstétrique. — Leçon orale de 3/4 d'heure après 4 heures de préparation. — MM. Lemeland : « Des infections à gonocoques après l'accouchement » ; — Paquet : « Du retentissement sur le bassin des lésions de la colonne vertébrale et leur influence sur l'accouchement » ; — Paucot : « Des lésions traumatiques du crâne et de l'encéphale du fœtus dans l'accouchement spontané et artificiel, tête première » ; — Levant : « Diagnostic et traitement des tumeurs pelviennes pendant la grossesse et après l'accouchement. »

Anatomie et histologie. — Leçon orale d'une heure après 4 heures de préparation. — MM. Lacoste, 18; Faure, 17; Lacassagne, 15; Romieu, 14; Watrin, 8; Mawas, 7.

Physique et chimie médicales. — Leçon orale de 3/4 d'heure après 4 heures de préparation. — Physique. — M. Guilleminot : « L'excitation galvanique. »

M. Cottenot : « Radiations solaires. »

CENTENAIRE DE L'INTERNAT EN PHARMACIE. — Le centenaire de l'internat en pharmacie vient d'être célébré avec éclat à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris. Une séance solennelle a eu lieu dans le grand amphithéâtre de l'Ecole sous la présidence du ministre de l'Instruction publique assisté du ministre de l'Hygiène, de MM. le préfet de la Seine, le recteur de l'Université de Paris, M. Mesureur, directeur de l'Assistance publique, M. Roux, directeur de l'Institut Pasteur, M. le sénateur Strauss, M. Gauthier, directeur de l'Ecole, etc.

Le ministre de l'Instruction publique a prononcé un discours montrant les immenses services rendus par le corps de l'internat en pharmacie, qui a fourni tant de grands hommes de science dans les Facultés de médecine et des sciences, au Collège de France, au muséum, à l'Institut de France, dont le président était l'an dernier M. Guignard, ancien interne en pharmacie.

Le ministre a ensuite annoncé qu'il venait de faire signer le décret qui transforme en Facultés les écoles supérieures de pharmacie de Paris, Montpellier, Nancy et Strasbourg.

En terminant il a remis à M. Guignard la croix de Commandeur de la Légion d'honneur.

Ve CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE. (Secrétariat, 72, rue de la Loi, à Bruxelles.) — Le 5e Congrès de l'Association se tiendra à Paris, du 19 au 23 juillet 1920, sous la présidence du prof. W. W. Keen. Les chirurgiens des puissances centrales en seront exclus. Les réunions auront lieu à la Faculté de médecine de Paris qui sera spécialement aménagée pour donner toutes les commodités aux congressistes. Outre l'exposition d'appareils pour fractures dont nous parlons plus loin, il y aura une installation pour projections lumineuses, un bureau de poste, etc.

Voici la liste des rapporteurs :

1re question : *Chirurgie cardio-vasculaire.* — 1. Chirurgie du cœur : M. Tuffier (Paris). — 2. Chirurgie des gros vaisseaux : M. Sencert (Strasbourg). — 3. Transfusion du sang : M. Jeanbrau (Montpellier). — 4. Chirurgie du cœur et des gros vaisseaux : M. Alessandri (Rome). — 5. M. Goodman (New-York).

2e question : *Radiologie chirurgicale.* — 1. Traitement des tumeurs par les rayons X et le radium : M. Regaud (Paris). — 2. Id. : M. Neville S. Finzi (Londres). — 3. M. Giuseppe Mioni (Rome). — 4. M. R. B. Greenough (Boston).

3e question : *Hématologie chirurgicale.* — 1. Analyses du sang et réactions biologiques dans les affections chirurgicales : MM. A. Depage et Goovaerts (Bruxelles). — 2. M. Evarts A. Graham (Saint-Louis).

4e question : *Fractures de la cuisse.* — 1. M. Patel (Lyon). — 2. Major Maurice Sinclair (Fairport). — 3. M. Kellogg Speed (Chicago).

5e question : *Prophylaxie et traitement du tétanos.* — 1. M. Donati (Modène). — 2. M. Cumurins (Londres). — 3. M. Sieur (Paris). — 4. M. Ashhurst (Philadelphie).

Ce programme scientifique sera complété par des séances dans les hôpitaux, des réceptions, un banquet par souscription et un voyage aux champs de bataille.

EXPOSITION INTERNATIONALE D'APPAREILS DE FRACTURES. — A l'occasion de la 5e réunion de la Société internationale de chirurgie qui doit avoir lieu à Paris du 19 au 23 juillet prochain, une exposition internationale d'appareils de fractures sera ouverte dans les locaux de la Faculté de Médecine. Les médecins français civils et militaires qui, n'étant pas membres du Congrès, désireraient prendre part à cette exposition, devront adresser, *avant le 15 juin*, au Dr Auvray, secrétaire du Congrès, 50, rue Pierre-Charron, à Paris (16e), leur demande de participation, qui sera soumise à l'approbation du Comité.

Les exposants, en même temps qu'ils adresseront leur demande, devront indiquer leur nom et leurs titres, leur résidence et leur adresse, la désignation de l'objet exposé, le nombre des appareils qu'ils exposent et leurs dimensions.

Les objets exposés devront parvenir au Dr Auvray à la Faculté de Médecine, à Paris, *au plus tard le 10 juillet.*

LA LIGUE CONTRE LA MORTALITÉ INFANTILE tiendra, à la Faculté de médecine, le dimanche et le lundi de la Pentecôte, 23 et 24 mai, une conférence nationale sur « les moyens les plus efficaces pour combattre la mortalité des nourrissons ».

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE. — La prochaine séance de la Société aura lieu le jeudi 20 mai (16 h.), à l'Ecole d'application du service de santé du Val-de-Grâce.

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES (Professeur : M. JEANSELME). — *Cours des médecins de l'hôpital Saint-Louis.* — Le mardi 18 mai 1920, commencera un cours de dermatologie et syphiligraphie faite par MM. Thibierge, Darier, Jeanselme, Hudelo, Milian et par M. Sabouraud, chef du laboratoire municipal.

Ce cours durera 2 mois. Il aura lieu à l'amphithéâtre de la clinique, hôpital Saint-Louis, salle Henri-IV.

Horaire des cours. — Lundi, 9 h. 1/4, M. Sabouraud ; 10 h. 1/2, M. Hudelo. — Mardi, 9 h. 1/4, M. Jeanselme ; 10 h. 1/2, M. Darier. — Mercredi, 9 h. 1/4, M. Thibierge ; 10 h. 1/2, M. Milian. — Jeudi, 9 h. 1/4, M. Sabouraud ; 10 h. 1/2, M. Milian. — Vendredi, 9 h. 1/4, M. Hudelo ; 10 h. 1/2, M. Jeanselme. — Samedi, 9 h. 1/4, M. Thibierge ; 10 h. 1/2, M. Darier.

M. le Dr Gougerot, professeur agrégé, fera tous les dimanches, à 10 h., des leçons sur les mycoses.

RENSEIGNEMENTS

559. — A **VENDRE** 17 minutes Paris par chemin de fer et 15 km. par route, **MAGNIFIQUE CHATEAU** parfait état, 25 grandes pièces. Conviendrait pour clinique, maison de repos ou pension de famille.

Prix : 200.000 fr. Facilités de paiement. Cie « PHAROS », 70, rue Lafayette, Paris. — Tél. : Central 96/65.

PLAIE DE L'AORTE ABDOMINALE PAR BALLE

Considérations sur les lésions anatomiques dans leurs rapports possibles avec l'hémostase spontanée.

Par M. Paul BONNET,
Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Lyon.

Il est généralement admis que les plaies de l'aorte n'ont pas d'histoire clinique; les signes se réduisent à ceux d'une hémorragie interne, particulièrement rapide et abondante, et la mort survient presque toujours trop rapidement pour qu'il soit possible d'intervenir.

Seules les blessures de l'aorte au cours des interventions abdominales présentent un intérêt chirurgical; nous sommes d'ailleurs, dans les grandes lignes, renseignés sur les résultats de l'expérimentation en ce qui concerne les modes possibles d'intervention : la ligature de l'aorte abdominale est possible, sans risque de gangrène par ischémie des membres inférieurs; elle a été cependant toujours suivie de mort et la ligature au-dessus du point d'émergence des artères rénales, semble particulièrement grave (Guinard). Par contre, la suture latérale, la résection suivie de restauration par suture circulaire, sont susceptibles de donner des survies, et il est permis d'envisager que la résection suivie de suture bout à bout, les transplantations artérielles ou artério-veineuses, réalisées expérimentalement, trouveront au niveau de l'aorte les conditions les plus favorables à leur exécution et leurs plus formelles indications.

Cependant les faits observés au cours de cette guerre, qu'il est d'ailleurs difficile de réunir encore, ne semblent pas avoir apporté à l'étude des plaies de l'aorte, ni à la chirurgie de ce vaisseau un intérêt nouveau.

Une observation telle que celle apportée par Rouault à la Société de chirurgie — où la balle, qui avait pénétré dans l'aorte au niveau de la crosse, était tombée dans l'artère fémorale gauche amenant la paralysie et la gangrène par ischémie du membre inférieur — offre certes un intérêt clinique, mais d'ordre exceptionnel, et, de ce fait, ne peut être utilisée dans l'étude de la thérapeutique chirurgicale s'adressant à la plaie même de l'aorte.

Il en est de même de l'observation que nous apportons dans laquelle le mode d'intervention employé ne semble pas devoir retenir l'attention.

Cette observation trouve son intérêt dans l'étude des lésions anatomiques constatées et la lumière qu'elles peuvent apporter sur le mécanisme de l'hémostase spontanée dans les plaies de l'aorte.

Le blessé, atteint d'une balle au creux épigastrique le 4 août 1917, à 16 heures, ne put être évacué en raison du trajet à parcourir, soumis au feu de l'ennemi, que pendant la nuit et fut amené à notre ambulance, distante de 7 km., après un trajet mouvementé en automobile.

La balle avait pénétré immédiatement à gauche de la base de l'appendice xyphoïde; un orifice punctiforme laissait écouler un peu de sang rouge. L'orifice de sortie siégeait en arrière, un peu à droite de la colonne, à même hauteur.

Le blessé était dans un état de shock extrême; il présentait des signes de réaction péritonéale parmi lesquels il était difficile de démêler la part de l'hémorragie interne et celle de l'infection : ventre ballonné, dur; vomissements répétés, absence totale de selles et de gaz. La pâleur était extrême; le pouls imperceptible.

(Le malade avait mangé une heure avant la blessure.)

Le trajet de la balle, peut-être aussi l'existence des vomissements, nous conduisaient à éliminer la probabilité d'une plaie de l'estomac et nous pensions nous trouver en présence d'une plaie du foie accompagnée d'une lésion possible de la veine cave ou d'un gros vaisseau du hile.

Les signes d'hémorragie interne, qui paraissaient dominer dans l'appréciation du shock, nous décidèrent à une intervention immédiate. Elle fut pratiquée à 10 heures, donc 18 heures après la blessure.

Anesthésie générale très prudente. Laparotomie haute, agrandie, pour donner du jour sur le foie, par la résection du rebord costal droit, à partir de l'appendice xyphoïde, sur la hauteur des 7e et 6e cartilages.

La cavité péritonéale est remplie de sang dont nous évaluons la quantité à 3 litres environ; le sang noir, mêlé de caillots, est évacué rapidement de l'étage supérieur de l'abdomen. Nous pouvons alors reconnaître de proche en proche les lésions : l'estomac est sain; le foie présente sur la face convexe, au-dessus du ligament rond, une large plaie étoilée qui conduit à la face inférieure du foie où elle se poursuit par un sillon tangentiel. L'épiploon gastro-hépatique est perforé à gauche du pédicule hépatique; nous achevons de l'effondrer au doigt, et, nous laissant conduire par la présence de sang rutilant, nous reconnaissons d'abord le pancréas, perforé au niveau de son bord supérieur, puis, immédiatement en dedans du lobule de Spiegel, nous nous trouvons en présence d'un conduit allongé au-devant de la colonne, vertical, perforé par le projectile; nous pensons d'abord qu'il s'agit de la veine cave, mais en précisant les rapports avec le lobule de Spiegel nous nous rendons compte que ce doit être l'aorte. Le vaisseau est perforé d'un trou rouge, entouré d'une zone inflammatoire verdâtre. A notre grande surprise il ne s'écoule cependant pas de sang par cet orifice, ou du moins le sang rouge qui filtre dans cette région semble pouvoir aussi bien provenir de la brèche importante du foie qui continue à saigner.

Nous nous contentons de placer au contact de la plaie aortique une longue mèche de gaze modérément tassée avec laquelle nous réalisons en même temps le tamponnement de la plaie du foie.

La toilette du péritoine est achevée rapidement. Nous réalisons un cloisonnement partiel de l'étage sus-mésocolique et le péritoine est refermé ne laissant que le passage de la mèche.

Le blessé semble se remonter pendant quelques heures. Il succombe cependant le lendemain à midi, 26 heures après l'opération.

L'autopsie nous montre que l'hémorragie ne s'est pas reproduite. Il n'y a aucun signe de péritonite. Le blessé semble avoir succombé du fait de l'abondance extrême de l'hémorragie primitive.

Nous sommes frappé d'apercevoir le mésentère infiltré de sang noir suivant le trajet de son pédicule vasculaire.

Les organes abdominaux ne présentent pas de lésion importante; les reins sont examinés et semblent normaux.

Nous prélevons avec soin l'aorte dans le but de vérifier la lésion que nous avons rencontrée au cours de l'opération.

Ce qui frappe tout d'abord c'est l'infiltration hémorragique du tissu lamelleux qui entoure l'aorte.

Cette diffusion sanguine s'étale entre les deux feuillets du mésentère.

Au niveau des parois propres de l'artère l'infil-

tration hémorragique revêt un aspect spécial (fig. 1). C'est un hématome intrapariétal, de coloration rouge à la périphérie, violet sombre au voisinage de la plaie, de forme serpigineuse, à contours polycycliques. Il prédomine au voisinage des deux orifices produits par la balle, mais s'étend au loin, en particulier dans les tuniques de l'artère mésentérique supérieure qui présente, sur la plus grande partie de son trajet mésentérique, une coloration violacée.

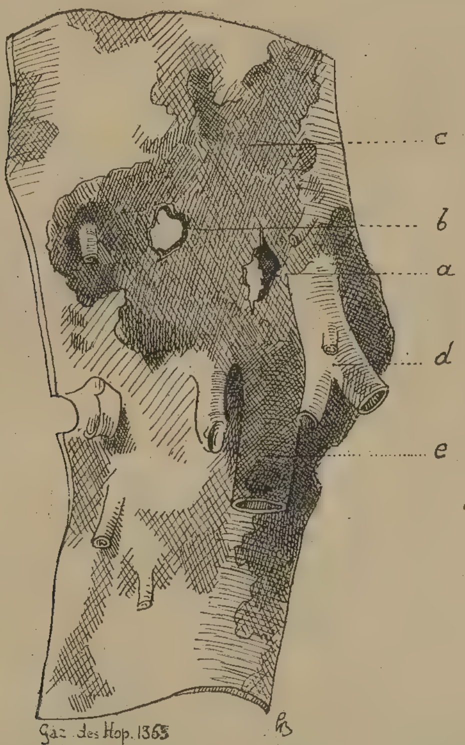


Fig. 1. — *L'aorte a été sectionnée longitudinalement sur sa face gauche.* — *a.* Orifice d'entrée; *b.* Orifice de sortie; *c.* Hématome intrapariétal; *d.* Tronc cœliaque; *e.* Artère mésentérique supérieure.

La balle a traversé l'aorte de part en part; au niveau du tronc cœliaque et un peu à droite de lui se trouve l'orifice d'entrée, légèrement déprimé, obturé par un caillot. A la face postérieure, un peu à droite, se trouve l'orifice de sortie. L'aorte que nous ouvrons longitudinalement est vide de sang : un caillot minuscule obture les deux orifices d'entrée et de sortie. Nous enlevons à la pince chacun de ces caillots, tendu comme un voile filamenteux entre les lèvres de l'orifice dont il devient possible de préciser les lésions. A ce moment même, nous avons cru bon de fixer par un dessin, avec le plus d'exactitude possible, l'aspect anatomique du vaisseau (fig. 1 et 2).

La balle a transfixié l'aorte dans sa moitié droite; à droite du tronc cœliaque existe l'orifice d'entrée.

L'orifice de sortie est situé à 1 cm. en arrière de lui, et un peu au-dessus.

L'*orifice d'entrée,* vu par la face extérieure du vaisseau, est un peu allongé dans le sens vertical, irrégulièrement ovalaire. Vu par l'intérieur de l'artère il empiète sur l'origine du tronc cœliaque; il est allongé dans le sens vertical, fissuraire, étoilé ou plutôt crucial; ses bords sont renversés vers la lumière de l'artère. Les tuniques de l'aorte semblent dissociées par l'épanchement sanguin de sorte que la paroi présente, non plus un orifice, mais un trajet transpariétal.

L'*orifice de sortie*, observé dans la lumière du vaisseau, est déprimé, déchiqueté, étoilé; il est à peine plus large que l'orifice de pénétration. Observé de l'extérieur, il est arrondi assez régulièrement. Il semble bien que l'orifice de sortie déprimé en entonnoir vers l'extérieur ne présente pas cette dissociation des tuniques rencontrée au niveau de l'orifice de pénétration.

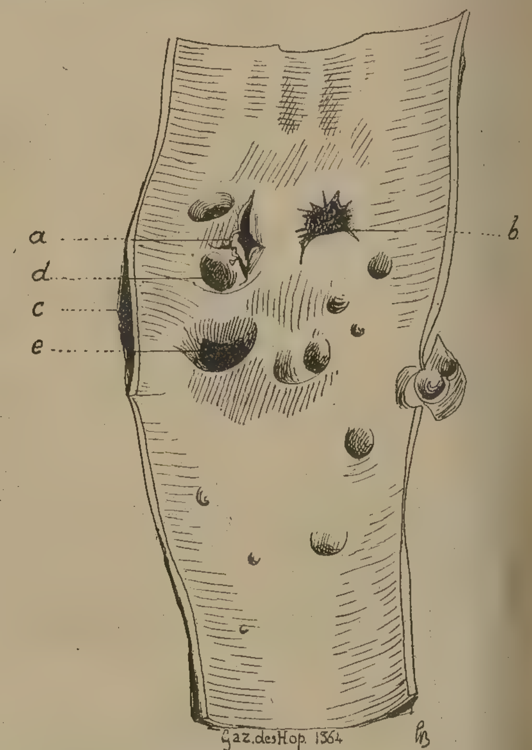


Fig. 2. — *L'aorte vue par sa face interne.* — *a.* Orifice d'entrée; *b.* Orifice de sortie; *c.* Hématome intrapariétal; *d.* Tronc cœliaque; *e.* Artère mésentérique supérieure.

Tout se passe comme si la paroi aortique était formée de tuniques offrant à la pénétration de la balle une résistance différente : les tuniques les plus externes, à l'entrée, se laissent perforer à l'emporte-pièce, les tuniques internes, résistant davantage, se dépriment, se séparent comme par décollement des tuniques externes, puis se fissurent crucialement au passage du projectile. A la sortie, le projectile abordant les tuniques internes les perfore sous forme d'un orifice étoilé qui se déprime vers l'extérieur, les tuniques externes se laissant perforer comme à l'emporte-pièce. Nous employons à dessein le terme vague de tuniques internes et externes, n'ayant pas eu les moyens de pratiquer un examen histologique de la paroi artérielle et n'ayant pu ainsi préciser dans quel plan de clivage intrapariétal s'est produit l'hématome. Il semble à première vue s'être fait sous l'adventice, mais nous ne saurions l'affirmer.

Il est possible que cette dissociation des tuniques par l'hématome soit en rapport avec leur élasticité et se présente comme un phénomène particulier à l'aorte et aux artères où prédomine le tissu élastique.

Peut-être aussi faut-il voir dans l'anatomie des parois aortiques l'explication du mécanisme de l'hémostase spontanée?

L'artère, au moment de l'intervention, ne saignait plus, et ce n'est pas là le point le moins intéressant de cette observation.

On peut, semble-t-il, expliquer facilement que l'hémorragie se soit arrêtée rapidement au niveau de l'orifice de sortie : celui-ci est postérieur, plaqué contre la colonne, et le sang épanché se trouve bien vite cloisonné sous les tissus lamelleux qui enveloppent l'artère. L'hémorragie de ce fait peut être limitée.

Il n'en est pas de même à la face antérieure de l'artère, où l'orifice s'ouvre librement dans le vestibule de l'arrière cavité des épiploons. Il existe bien en ce point une gaine de tissu lamelleux préaortique et même une gaine nerveuse importante qui enveloppe la base du tronc cœliaque, mais elles ne suffisaient pas, dans le cas particulier, à masquer l'orifice de pénétration et par conséquent elles semblaient insuffisantes à l'obturer.

Nous pensons qu'il faut faire intervenir, pour expliquer l'hémostase au niveau de l'orifice de pénétration, cette *dissociation des tuniques* et la présence de l'*hématome intrapariétal* transformant en trajet l'orifice d'entrée et favorisant ainsi la production d'un caillot.

Nous ne prétendons pas étendre aux plaies de l'aorte en général ce mécanisme de l'hémostase spontanée. Nous avons assisté là à un événement particulièrement heureux mais sans doute exceptionnel et nous-nous proposons de vérifier expérimentalement le bien fondé de cette hypothèse née après coup, à l'examen des lésions anatomiques, qui ont été du moins assez minutieusement observées pour qu'il nous ait paru intéressant d'en apporter la description.

LA NÉVRALGIE SCIATIQUE
D'ORIGINE SYPHILITIQUE

Par le Dr Gabriel BOUDET,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

La période tragique que nous venons de traverser a multiplié les travaux sur les névralgies sciatiques, la plupart des auteurs se sont attachés à décrire des signes qui permettent de dépister la simulation, lorsqu'il s'agit d'une affection ayant des symptômes surtout fonctionnels. Mais le diagnostic ferme une fois posé, la ténacité de l'affection, sa résistance aux traitements les plus variés se sont montrées trop souvent désespérantes. Il nous a paru cependant qu'un traitement basé sur l'étiologie devait permettre d'aboutir à un résultat; parmi les causes les plus fréquentes la syphilis nous est apparue comme devant être incriminée dans un grand nombre de cas; et c'est à cette recherche que nous nous sommes attachés.

Cette idée n'est pas nouvelle. Déjà Astruc en 1740, Cérillo en 1803 signalent sans commentaire l'influence de la syphilis sur la production de la sciatique. Trousseau dans ses cliniques parle des névralgies d'origine syphilitique, mais les attribue à des compressions du tronc nerveux par des gommes. Zambacco (1861), Gros et Lancereaux (1861) signalent quelques rares observations. Fournier admet des sciatiques syphilitiques d'origine diathésique. Dubois (*Th. de Paris*, 1884) recueille 20 observations déjà publiées.

La question se précise avec les travaux de Déjerine et de ses élèves sur la pathologie radiculaire et nous nous bornerons à citer les travaux de Lortat-Jacob et Sabaréanu (1905), la thèse de Berthéol (1905), la thèse de Rousselier (Paris 1907), celle de Camus (1907). Depuis, la question a été souvent reprise, et cependant il ne nous a pas paru qu'elle soit encore suffisamment connue du plus grand nombre des médecins. Aussi nous trouvant à même d'examiner un grand nombre de sciatalgiques, nous nous sommes attachés à rechercher chez eux les signes de syphilis, soit dans leurs antécédents, soit par la réaction de Wassermann.

Nous avons rejeté systématiquement toute observation où un traumatisme quelconque pouvait être incriminé, celles également où un élément psychonévrosique venait se surajouter, et nous n'avons conservé que 150 observations de sciatiques purement médicales; sur ces 150 observations la réaction de fixation du complément dans le sang s'est montrée 58 fois positive soit dans 38,66 p. 100 des cas; 12 fois le malade avouait sa syphilis, 10 fois il nous était possible de l'incriminer dans ses antécédents pathologiques personnels, cicatrices, lésions oculaires, polymortalité infantile associées à des avortements chez les femmes des malades.

Il s'agissait uniquement de soldats vus par nous au sous-centre neurologique de La Malou, et tous incriminaient l'humidité des tranchées, les fatigues de la campagne et nous croyons en effet que ce sont là des causes prédisposantes faisant éclater la crise douloureuse.

Déjà, étant au Maroc, nous avons vu, à la suite d'une colonne très dure en hiver dans la montagne, des hommes entrer dans notre service avec une crise violente de sciatique aiguë à type radiculaire paraissant nettement une sciatique a frigore; la réaction de Wassermann étant positive, nous les avons soumis au traitement mercuriel par injections de cyanure intraveineuses, ils ont pu reprendre leur service après une série de 10 injections. L'action du froid humide ne nous paraît donc pas douteuse. L'âge moyen des hommes que nous avons eu à traiter était de 36 ans.

Il s'agit presque toujours de syphilis ancienne; sur les 58 observations que nous avons retenues, dans un seul cas la syphilis avait été contractée au cours des opérations militaires, il s'agissait d'une syphilis secondaire grave avec réaction méningée. Dans la plupart des cas de syphilis avancée le chancre initial remontait à 7 ou 10 ans.

Nous nous sommes efforcé de trouver un symptôme permettant de faire par la clinique le diagnostic de sciatique syphilitique, aucun ne nous a paru certain.

Les douleurs spontanées sont aussi fréquentes, soit que la sciatique relève de la syphilis, soit qu'elle relève de toute autre cause; cependant, les douleurs nocturnes empêchant tout sommeil nous ont paru

beaucoup plus fréquentes dans le 1er groupe, 34 p. 100 au lieu de 13 p. 100, et cela n'est pas fait pour surprendre, si l'on se rappelle combien la céphalée nocturne est caractéristique de la vérole; c'est du reste un des premiers signes qui s'améliorent par le traitement et souvent le sommeil revient après quelques jours seulement de traitement mercuriel.

Nous n'avons pas remarqué non plus qu'il y ait une différence appréciable dans la recherche des points douloureux de Walleix, il faut noter cependant la plus grande fréquence d'un point douloureux à l'épine iliaque antérosupérieure.

Les douleurs portant sur un autre territoire nerveux, et particulièrement le crural, sont sensiblement plus fréquentes lorsqu'il s'agit de sciatique syphilitique, les malades se plaignent de douleurs à l'anneau inguinal, au testicule, à la verge. Il s'agit là de radiculites associées, nous les avons relevées dans 32 p. 100 des cas, alors que nous ne les trouvons que dans 11 p. 100 des cas de sciatiques d'une autre origine.

Bien que le signe de Déjerine, douleur à l'éternuement, à la toux soit fréquent dans toutes les sciatiques, il l'est sensiblement plus lorsqu'il s'agit de syphilis, nous l'avons relevé dans 46 p. 100 des cas, alors que nous ne le relevons que dans 30 p. 100 lorsque la réaction de Bordet-Wassermann s'est montrée négative.

Il en a été de même pour les troubles de la sensibilité; nous relevons 32 p. 100 de cas avec anesthésie ou hyperesthésie en bande, contre 12 p. 100 dans les autres cas; l'hyperesthésie est rare, l'anesthésie fréquente, elle porte en général sur la 4e paire lombaire, sur la 1re et la 2e sacrée, elle peut s'étendre bien que plus rare aux racines sus et sous-jacentes.

Il n'y a pas concordance absolue entre la présence du signe de Déjerine et les troubles de la sensibilité, cette concordance existait seulement dans 20 p. 100 des cas de sciatique syphilitique; mais souvent alors que l'on constatait cette anesthésie, le malade signalait qu'au début de son affection sa douleur était très vive lorsqu'il éternuait ou se mouchait.

De même il n'y a pas d'élément de diagnostic dans la recherche de la douleur par les diverses manœuvres provoquant l'élongation du nerf suivant les techniques de Lasègue, de Néri, de Bonnet. Cependant pour cette dernière manœuvre nous avons souvent remarqué que tandis que l'adduction forte de la cuisse ne provoquait pas de douleur, l'abduction en provoquait une, probablement par élongation du crural.

De même nous n'avons pas relevé de différence entre les deux groupes en ce qui concerne les troubles trophiques; signalons cependant 3 cas de zona ayant coïncidé avec le début de l'affection.

Les modifications des réflexes ne peuvent donner non plus de renseignements diagnostics. Si, comme l'a montré M. Babinski, nous avons constaté très fréquemment l'exagération du réflexe patellaire et l'abolition du réflexe achilléen, nous ne croyons pas qu'il y ait une fréquence tellement plus grande dans l'un ou l'autre groupe qu'elle doive entraîner le diagnostic. En effet, nous avons trouvé le réflexe achilléen aboli dans 42 p. 100 des cas où l'on pouvait incriminer la syphilis, contre 37,7 p. 100 dans les cas qui en étaient indemnes.

Les signes pupillaires seraient d'un plus grand secours pour affirmer la syphilis, s'ils n'étaient très rares, nous n'en avons rencontré que 4 fois; 2 fois le signe d'Argyll chez des malades qui ont évolué vers un tabes fruste, 1 fois de la paresse du réflexe lumineux, 1 fois de la mydriase. Nous n'en avons jamais rencontré chez les malades n'ayant pas un Wassermann positif; c'est donc là un signe de valeur, mais trop rare pour que l'on puisse compter sur lui.

Ainsi aucun des signes cliniques ne nous a paru devoir emporter le diagnostic de sciatique syphilitique. Certes le fait de trouver une radiculite fait beaucoup pencher de ce côté et nous souscrivons à la conclusion de Lortat-Jacob et Sabaréanu : « Toute sciatique radiculaire qui ne fait pas sa preuve, tumeur, tuberculose, intoxication, doit être tenue pour syphilitique. » (*Presse méd.*, 18 juin 1910.)

Encore est-il difficile de faire cette preuve. Léri et Scheffer rapportent 24 cas de sciatique arthritique. Pour eux, elle est presque toujours radiculaire, mais non spécifique, et serait due à la compression des racines dans les canaux rachidiens par une ostéo-arthrite rhumatismale.

Cette opinion nous paraît parfaitement juste et nous croyons qu'un certain nombre de sciatalgiques le sont consécutivement à une atteinte de lombarthrie sur laquelle Léri a attiré l'attention. Nous avons pu, en effet, sur quelques-uns de nos malades, constater par la radiographie les déformations vertébrales qu'il décrit.

Mais c'est un chapitre de plus à ajouter aux causes de radiculites et cela ne détruit pas l'importance de la syphilis.

L'examen du liquide céphalo-rachidien vient apporter un élément précieux de diagnostic si l'on constate une proportion élevée d'albumine ou de cellules, si surtout la réaction de Bordet-Wassermann est positive dans le liquide céphalo-rachidien, mais elle est souvent difficile à faire accepter au malade qui n'en voit pas l'utilité dès la première atteinte. Il faut cependant y faire appel en face des sciatiques chroniques, et elle donnera bien souvent à la fois la clef du diagnostic et du traitement. Dans les cas où nous l'avons pratiquée elle n'est venue qu'apporter la confirmation de notre diagnostic, et il nous paraît que la recherche de la réaction de fixation dans le sang suffit dans le plus grand nombre des cas.

Il nous paraît que cette recherche s'impose dès la première attaque de sciatique, car la guérison peut être très rapidement obtenue par le traitement spécifique, au lieu que, laissée à elle-même, la sciatique syphilitique a une tendance très marquée à la chronicité; que même elle peut n'être qu'une première étape d'affections beaucoup plus graves.

Prise au début la crise de sciatique spécifique peut être rapidement jugulée.

Observation I. — B..., territorial, pas d'antécédents, 4 enfants vivants. Malade depuis le 25 décembre, douleurs sourdes continuelles avec exacerbation dans le membre infé-

rieur droit, particulièrement au mollet. Exacerbation par la toux et l'éternuement; démarche difficile, scoliose gauche. Points de Walleix douloureux, signes de Lasègue et de Néri positifs, réflexes conservés, pas de troubles de la sensibilité. Réaction de Wassermann positive.

Début du traitement le 4 mars (soit 2 mois après le début), injection intraveineuse de cyanure de mercure à 2 cg. tous les 2 jours; le 10, douleur moindre; le 18, marche facile; 6 avril, sortie, le malade a reçu 10 injections; pas de douleurs, démarche facile, signe de Lasègue négatif.

Les observations semblables sont nombreuses; mais il faut remarquer qu'observant dans le centre hydrominéral de La Malou nous étions surtout bien placés pour étudier des cas chroniques ayant déjà passé par de nombreux hôpitaux, nous avons pu relever dans 88 cas les dates de début de l'affection; et nous constatons que la durée moyenne des sciatiques non syphilitiques s'est trouvée de 7 mois seulement, tandis qu'elle était de 21 mois pour des sciatiques syphilitiques; parmi ces dernières, nous avons pu observer plusieurs cas récidivant chaque année depuis longtemps, jusqu'à 15 ans dans un de nos cas. La chronicité nous paraît donc un des caractères accusés de la sciatique syphilitique.

Nous rapportons, parmi tant d'autres, l'observation suivante qui nous paraît caractéristique; nous la choisissons à dessein, car il s'agit d'un officier de l'armée active que cette infirmité a fait mettre en réforme et auquel le reproche d'exagération ne pourrait être adressé.

Obs. LXVI. — G..., capitaine d'infanterie coloniale, âgé de 43 ans, a eu deux frères morts en bas âge, sa mère a souffert de sciatique pendant une vingtaine d'années.

Le malade souffre de sa jambe droite depuis 1912, alors qu'il était aux colonies, douleurs très violentes avec sensation d'arrachement s'étendant jusqu'aux orteils; aux antécédents personnels nous relevons du paludisme et une attaque de dysenterie. Nouvelle attaque sur le front, en 1916, une deuxième atteinte le fait évacuer en février 1917, avec le diagnostic de névrite sciatique.

Nous le voyons au mois de juin 1917. Les points douloureux de Walleix sont caractérisés, il n'y a ni anesthésie en bande ni douleur à la toux. Le réflexe patellaire droit est exagéré, le réflexe achilléen normal, les signes de Lasègue, de Bonnet et de Néri sont positifs. Il se plaint parfois de *voir* double et le réflexe pupillaire à la lumière est très lent. Sur les jambes on relève de nombreuses cicatrices déprimées, lisses, blanches, qui ont été laissées par une série de furoncles non douloureux, deux cicatrices plus récentes ont un aspect cuivré, les petites plaies qui leur ont donné naissance ont évolué au front sans douleur.

Bien que le capitaine ne sache pas avoir eu la syphilis, et la réaction de Wassermann étant positive, il accepte d'être soumis au traitement mercuriel; nous lui faisons en un mois et demi 20 injections de cyanure intraveineuses. Dès la première série les douleurs diminuent, la marche devient facile et le malade apparaît guéri.

Nous avons eu depuis de ses nouvelles, récemment encore il nous écrit des colonies, où il occupe un poste administratif, que la guérison s'est continuellement maintenue; il est cependant apparu une nouvelle gomme du tibia.

Bien qu'ignorée, la syphilis a mis dans ce cas sa signature; en voici une seconde où rien ne permet de la déceler en dehors des examens de laboratoire.

Obs. LXVIII. — Le Dr R... a commencé à souffrir en septembre 1914, il a été évacué seulement en mars 1917. A cette époque on constate :

Signe de Lasègue double plus marqué à droite, réflexes patellaires normaux, réflexe achilléen aboli à gauche, diminué à droite, atrophie de la masse sacro-lombaire gauche, du mollet et de la cuisse gauche. Scoliose à sinuosité droite. Points de Walleix au complet. Crampes et tremblements fibrillaires dans les membres inférieurs, hyperesthésie de la 3e racine sacrée. Anesthésie en bande de la 1re racine sacrée.

Une ponction lombaire a montré la présence de glucose, 0g35 d'albumine, pas de forme leucocytaire, réaction de Noguchi négative.

La réaction de Wassermann dans le sang est positive. Trois séries d'injections de biiodure ont amené la sédation des douleurs, mais les signes fonctionnels persistent et la marche est très pénible.

Nous pratiquons, pendant la cure thermale, 10 injections de cyanure intraveineuses, et lorsque le malade sort après un mois de traitement, il n'y a plus ni douleur ni boiterie, la marche même prolongée est facile.

Ainsi l'ancienneté de l'affection, même s'il ne s'agit pas de radiculite, doit faire penser à la syphilis; même dans ces cas invétérés le traitement doit être institué et le pronostic reste favorable.

Mais cependant il nous faut faire des réserves et dans quelques cas l'affection s'aggrave et aboutit à un véritable tabes. Déjà Tinel dans sa thèse avait insisté sur ces radiculites qui sont la première étape du tabes. Nous en avons nous-même observé 2 cas.

Obs. XL. — J..., 34 ans, souffre de son membre inférieur gauche lorsqu'il entre à La Malou, le 15 février 1917. Il présente de la migraine avec céphalée nocturne, les signes de Lasègue et de Néri nettement positifs, le signe de la douleur par l'éternuement, de l'hyperesthésie en bande sur les 1re lombaire, 1re, 2e et 3e sacrée, les points de Walleix sont douloureux, le réflexe patellaire gauche est conservé, l'achilléen aboli; le réflexe lumineux à la lumière est conservé. La réaction de Wassermann étant positive, il est mis au traitement par injections intraveineuses de cyanure. Cependant alors que les douleurs diminuaient notablement, nous avons vu s'abolir le réflexe patellaire du même côté et se perdre le réflexe pupillaire à la lumière; cette évolution s'étant produite en 4 mois.

Obs. XXXVII. — L... est évacué le 19 août 1915 pour zona lombo-sacré gauche suivi de douleurs dans la zone du sciatique.

Dans le dossier nous trouvons la note suivante datant du 21 mars 1916 : radiculite bilatérale symétrique des racines sacrées supérieures avec association de zona lombo-sacré : abolition des réflexes achilléens, parésie du sciatique poplité externe gauche, légère leucoplasie de la bouche. Après un traitement intensif, il est retourné au front d'où il est évacué de nouveau pour tabes incipiens, le 24 novembre 1916. Il présente à ce moment de l'abolition au réflexe achilléen, le signe d'Argyll Robertson, marche difficile, la nuit douleurs fulgurantes. Ce malade a été très amélioré par des injections de cyanure intraveineuses et d'hectine en séries alternées.

Cependant cette évolution doit être relativement peu fréquente puisque sur une centaine de cas de tabes étudiés par nous en même temps dans le centre de La Malou, nous n'avons relevé que 4 fois la sciatique dans les antécédents de nos malades.

Le traitement est avant tout un traitement spécifique et le cyanure en injections intraveineuses nous paraît être le traitement de choix. L'association de l'hectine en injections intramusculaires

nous a donné de bons résultats chez ceux de nos malades qui supportaient mal le mercure, en relevant leur état général. Nous avons aussi employé largement le complexe colloïdal de soufre et mercure de Dausse et en avons obtenu des résultats très comparables à ceux que nous obtenions par le cyanure.

En résumé il nous a paru que la sciatique, quel que soit son type clinique, reconnaissait pour cause la syphilis dans 38,66 p. 100 des cas; que le plus souvent il s'agissait de sciatiques rebelles à tous les traitements et qui au contraire cédaient rapidement au traitement mercuriel. Et que ce traitement appliqué systématiquement de façon précoce chez tous ceux qui présentent une réaction de Bordet-Wassermann positive améliore considérablement le pronostic.

PRATIQUE MÉDICALE

A PROPOS DU TRAITEMENT DE LA COQUELUCHE

Par le Dr Marcel MIRIEL.

L'importante épidémie de coqueluche, qui sévit depuis 3 mois, nous a permis, par l'observation d'un nombre considérable de malades, de faire quelques remarques sur son traitement.

Bien que peu répandus, dans la clientèle du moins, il existe deux traitements de la coqueluche d'une efficacité absolument remarquable :

1. *Le Dmétys, vaccin anticoquelucheux de Poulenc.* — Une injection sous-cutanée tous les jours ou tous les 2 jours; 6 à 8 injections.

Il faut vouloir nier l'évidence pour ne pas admettre l'effet suprenant de ce traitement, tant sur le nombre des quintes que sur leur intensité.

2. *Les injections intramusculaires d'éther.* — Un cmc. avant un an; 2 cmc. après; 4 à 6 injections intramusculaires (dans la fesse) tous les 2 jours. Ce traitement est aussi remarquable que le précédent, et si son mode d'action est assez mal défini, son effet est incontestable.

Ces 2 méthodes se valent. Le Dmétys est indolore et applicable à tous les sujets. L'éther est un peu douloureux, facilement applicable chez les tout jeunes enfants, plus mal supporté chez les enfants plus âgés qui redoutent des piqûres.

A ces traitements on peut adjoindre tous les traitements symptomatiques classiques.

Toutes les spécialités agissent, du moins au début. Beaucoup ont le grave défaut d'avoir un goût désagréable. A ce point de vue la *Soderséine*, solution électrolytique de bismuth, est absolument insipide et acceptée par les plus jeunes enfants.

Ces remarques nous ont conduit au traitement schématique suivant :

A. Une série de Dmétys, 6 à 8.

B. S'il y a lieu, une série d'injections d'éther.

Concomitamment, et suivant la situation des clients :

1. Dans la classe aisée : Soderséine.

2. Chez les malheureux : teinture de drosera, xxx gouttes par jour et par an, réparties en 3 prises.

Dans les formes particulièrement graves, nous donnons cette préparation, d'un goût très agréable, bien que contenant cet excellent médicament qu'est le bromoforme, autrefois si peu maniable.

(Enfant de 2 ans.)

Bromure d'ammonium..........	0,50 cg.
Teinture d'aconit..............	XX gouttes
Eau de laurier cerise..........	XL —
Soluté bromoformé du Codex....	10 g.
Sirop de codéine...............	25 g.
Sirop de lactuarim.............	75 g.
Sirop de coquelicots.. Q. S. p.	210 cmc.

Six cuillerées à café par 24 heures.

Hygiène générale. Antisepsie pulmonaire suivant les règles classiques.

De la sorte, on ne guérit pas la coqueluche du jour au lendemain, mais :

1. Dans *les cas les moins favorables*, on transforme, en une dizaine de jours, une affection grave en une maladie bénigne.

2. Dans *les cas heureux*, on guérit radicalement la coqueluche en moins de 2 semaines.

Ces résultats nous ont paru assez remarquables pour être rapportés.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 7 mai 1920)

Réflexe oculo-pilo-moteur. — MM. J. A. Sicard et Jean Paraf étudient un réflexe non encore décrit, le réflexe d'inhibition pilo-motrice; c'est un réflexe antagoniste du réflexe érecteur pilo-moteur. On sait que le réflexe érecteur pilomoteur ou de la « chair de poule » s'obtient par exemple au niveau du membre supérieur par la friction ou l'excitation de la région cutanée intercostale avoisinante. Or il suffit de comprimer les globes oculaires pour inhiber aussitôt l'érection ansérine ou pour empêcher son apparition. Il s'agit d'un réflexe oculaire dont la voie centripète paraît être le trijumeau ophthalmique, le nœud de relai le mésocéphale, et la voie centrifuge le sympathique mésocéphalo-médullaire. Il existe donc un tonus sympathique mésocéphalique que peut actionner le sympathique médullaire et, d'autre part, des réflexes variés d'ordre compressif oculaire que l'on peut mettre en évidence, tout à côté de l'oculo-cardiaque classique.

Réaction méningée atypique et lésions cardiaques au cours d'une granulie. — MM. G. Brouardel et Fatou rapportent l'observation d'une femme de 22 ans qui présente, au cours d'un syndrome fébrile, les signes d'une méningite aiguë. Hémocultures et cultures du liquide céphalo-rachidien négatives, au 9e jour seulement la constatation de bacilles de Koch dans les préparations confirme le diagnostic de granulie. Mort au 20e jour. A l'autopsie, granulie, mais au niveau du cœur gauche deux ordres de lésions : un liséré d'endocardite végétante sur la face auriculaire de la mitrale, une granulation soulevant l'endocarde du ventricule gauche. A l'examen histologique, l'endocardite mitrale ne diffère en rien des lésions du type inflammatoire banal. Mais la coupe du ventricule gauche révèle un follicule tuberculeux typique avec caséum central. Les auteurs pensent que la différence des lésions anatomiques tient à leur mécanisme différent. En

présence d'une endocardite chez un tuberculeux, il faut, avant de se prononcer sur sa nature étiologique, joindre à la preuve positive (présence du bacille, inoculation au cobaye) une preuve négative également nécessaire ; les hémocultures en série doivent établir l'absence de tout autre germe, rien ne permettant en général à l'examen histologique de différencier l'endocardite tuberculeuse de l'endocardite inflammatoire banale chez un tuberculeux.

Preuve anatomique et expérimentale de l'identité de nature entre certaines chorées aiguës fébriles et l'encéphalite épidémique. — MM. P. Harvier et C. Levaditi, dans un cas de chorée aiguë fébrile rapidement mortel, ont constaté au niveau du mésocéphale et de la moelle les lésions caractéristiques de l'encéphalite épidémique, manchons périvasculaires, foyers discrets d'infiltration lymphocytaire et en outre une dilatation considérable des vaisseaux et des thromboses leucocytaires intravasculaires. Par inoculation au lapin des centres nerveux de cette malade, ils ont jusqu'ici réalisé quatre passages successifs ; les animaux sont morts après une période d'incubation plus longue que d'habitude. Au niveau des centres nerveux, ils ont constaté des lésions de méningo-encéphalite discrètes mais caractéristiques. Enfin la maladie expérimentale, chez le lapin inoculé avec un virus actif se caractérise dans quelques cas par l'apparition de mouvements choréiques au niveau des membres.

Sur la chimiothérapie de la tuberculose par les sulfates de terre rares. — M. L. Rénon a personnellement étudié des sels de terre rares, le chlorure d'ythium, le sulfate de lanthane, le chlorure et le sulfate de didyme et il a indiqué l'emploi possible du sulfate de néodyme. Il étudie actuellement l'action du sulfate de néodyme sur 5 malades atteints de tuberculose chronique, mais il ne peut donner encore une opinion sur la valeur du traitement qui est très bien toléré. Comme MM. Grenet et Drouin, il a constaté une leucocytose abondante avec mononucléose.

Traitement des infections tuberculeuses chroniques par les sels de terre cériques. — MM. Grenet et Drouin ont expérimenté, depuis plus d'un an, les sulfates de samarium, néodyme et proséodyme, mais surtout le néodyme dans le traitement des infections tuberculeuses chroniques. La guérison des tuberculoses locales est obtenue en un temps variant de 1 à 9 mois (rapide surtout pour les adénites, long surtout pour le lupus tuberculeux). Dans la tuberculose chronique on observe le relèvement de l'état général et l'atténuation des phénomènes locaux. Le traitement paraît agir en activant le bacille et, d'autre part, en agissant sur l'organisme (leucocytose mononucléaire constatée expérimentalement par Frouin et par les auteurs). Il est essentiel de réserver ce traitement aux formes franchement chroniques. Il paraît mal supporté dans les formes aiguës et subaiguës.

Résultats du traitement de quelques cas de tuberculose pulmonaire chronique par les sulfates de terre rares. — MM. Esnault et Brou ont obtenu des résultats qui paraissent extrêmement encourageants.

La diminution du murmure vésiculaire du poumon droit au cours de l'ictère catarrhal et de la lithiase biliaire chronique. — MM. F. Ramond, Vincent et R. Clément. Au cours de l'ictère catarrhal et de la lithiase biliaire chronique, les auteurs ont constaté que le murmure vésiculaire était nettement amoindri à la base du poumon droit soit par limitation réflexe de la course du diaphragme droit, soit par contracture également réflexe des muscles bronchiques droits. Ce symptôme est de courte durée dans l'ictère catarrhal, mais il est prolongé dans la lithiase biliaire. Il offre un certain intérêt diagnostique, car il permet de différencier la lithiase biliaire chronique à manifestations dyspeptiques de certains ulcères du pylore et du duodénum. A ce symptôme différentiel les auteurs en ajoutent un autre, mais plus inconstant ; c'est la coexistence possible de la douleur de l'appendice sans appendicite et de la douleur vésiculaire lithiasique.

Spasme pylorique continu et dilatation gastrique. — MM. F. Ramond et R. Clément. La forte dilatation gastrique avec rétention alimentaire, vomissements de stase, est presque toujours provoquée par une sténose serrée du pylore. Exceptionnellement un pylorospasme continu peut aboutir au même résultat. Chez un homme de 50 ans atteint d'ulcus de la petite courbure sans aucune connexion avec le pylore, on peut noter une dilatation gastrique très accentuée avec rétention alimentaire. A l'autopsie, le pylore était simplement hypertrophié sans lésions, par suite du spasme continu réflexe qu'avait provoqué l'ulcère de la petite courbure. Ce spasme si intense et si prolongé était vraisemblablement dû à l'irritation par l'ulcère du pneumo-gastrique droit qui suit la petite courbure et qui est le nerf moteur par excellence du sphincter pylorique.

Signes oculaires et encéphalite léthargique. — MM. Reverchon et Worms (du Val-de-Grâce).

Trois cas d'encéphalite léthargique. — M. Rieux (du Val-de-Grâce) et Mme le Dr Mascarion-Porcher.

Purpura méningococcique. — MM. Netter et Salanier.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 6 MAI 1920)

Un cas de maladie de Wilson. — M. Souques présente un homme de 26 ans atteint de tremblement avec rigidité musculaire, de dysarthrie très prononcée et d'un certain degré de dysphagie. Les réflexes tendineux et cutanés sont normaux. Il ne s'agit ni d'un syndrome de Foch, maladie congénitale, ni de Westphall-Strümpell où existent des mouvements chorio-athétosiques et où l'on voit survenir des ictus.

Maladie de Parkinson consécutive à une encéphalite léthargique. — M. Souques rapporte l'histoire d'une femme de 70 ans qui, après une fièvre léthargique continue (mars 1918) ayant duré un mois, a contracté une paralysie agitante authentique. Le tremblement, qui a débuté du côté droit, a envahi rapidement le côté gauche du corps. Actuellement, outre la rigidité, il y a un tremblement généralisé permanent.

Voici donc un cas incontestable de maladie de Parkinson d'origine infectieuse.

L'émotion qu'on pourrait invoquer n'a eu aucun rôle déterminant : elle révèle simplement un tremblement jusque-là inaperçu.

M. Sicard, à propos de la communication de M. Souques, rappelle que l'encéphalite oculo-léthargique ou myo-clonique, maladie protéiforme, se complique souvent d'attitudes parkinsoniennes. S'agit-il de parkinsonisme ou de maladie de Parkinson vraie?

Il présente tout d'abord trois malades qui ont un tremblement pseudoparkinsonien très amélioré.

Il montre un sujet qui, à la suite d'encéphalite léthargique, a été atteint d'une paralysie agitante typique.

M. Crouzon, à propos de ce dernier fait, rapporte avoir vu un cas analogue.

M. Souques pense qu'il y a deux formes de syndrome parkinsonien, l'un curable et transitoire, l'autre définitif.

M. de Massary, à propos de la discussion sur l'origine infectieuse de la maladie de Parkinson, est d'avis que quelquefois la syphilis intervient comme cause déterminante.

Forme ambulatoire d'encéphalite léthargique. — M. Sicard présente un malade qui a une forme ambulatoire d'encéphalite léthargique. Celle-ci a débuté par des secousses dans le pied droit qui ont gagné le membre supérieur. Depuis 2 mois on observe toutes les 10 secondes des secousses per-

sistantes : ce sont des contractions brèves, vives, explosives, de type électrique, étendant le membre inférieur et fléchissant le bras. La volonté n'influe que sur les secousses du membre supérieur. Les réflexes tendineux sont exagérés. Il n'y a pas de Babinski. La sensibilité est normale.

Pas de nystagmus, pas de troubles oculaires.

Ce trouble moteur rythmique et cadencé a certainement une origine pédonculo-mésocéphalique.

M. Vincent a vu un cas d'encéphalite léthargique à forme cérébelleuse chez un enfant de 7 ans où, en plus des phénomènes oculaires et de la torpeur, existaient du tremblement intentionnel, de l'asynergie, de l'adiadococinésie. La ponction lombaire révéla une forte lymphocytose qui rétrocéda rapidement.

M. Souques a observé un cas semblable.

M. Sainton rappelle que, dès 1918, en Angleterre, furent publiés sous le nom d'ataxie aiguë de nombreux faits d'encéphalite léthargique.

M. Guillain pense qu'il y aurait erreur à localiser uniquement au mésocéphale tous les mouvements rythmiques.

Il se demande, d'autre part, si on ne généralise pas un peu rapidement et si l'on ne range pas trop de syndromes nerveux dans le cadre de l'encéphalite léthargique. Aussi quelquefois les diagnostics posés sont-ils peut-être un peu douteux vu qu'on manque de tout critérium étiologique.

M. Foix ne croit pas que les mouvements rythmiques soient toujours d'origine mésocéphalique. Il en est qui peuvent avoir leur point de départ dans la moelle, à la suite de transsection par exemple. Il en est aussi de mésocéphaliques. Il en est enfin qui ont une origine corticale.

M. Souques soutient une manière de voir identique.

M. Babinski, à propos de la symptomatologie de l'encéphalite épidémique, signale qu'on peut constater l'abolition momentanée de certains réflexes.

M. Tinel, dans un cas, a vu pendant 3 jours les réflexes rotuliens et achilléens complètement abolis.

Séquelles hystéro-organiques consécutives à une commotion. — M. Babinski présente un homme commotionné en 1915. Il a eu des troubles du côté des membres inférieurs surtout à gauche, puis des troubles de la parole.

Dans les différents centres neurologiques où il est allé on l'a considéré comme atteint de troubles organiques ou psychiques.

Il marche en traînant sur le sol. Les réflexes tendineux sont exagérés à gauche, et, de ce même côté, il existe un clonus variable suivant les jours, de l'extension de l'orteil et de l'exagération des réflexes de défense. Il y a quelques troubles viscéraux.

En somme, il s'agit probablement d'une association hystéro-organique.

Paralysie radiculaire supérieure du plexus brachial au cours du tabes fruste. — MM. Henri Français et F. Clément présentent un sujet atteint de paralysie radiculaire supérieure du plexus brachial avec R. D. bien typique, offrant, d'autre part, les symptômes d'un tabes fruste avec lymphocytose du liquide céphalo-rachidien.

Ces deux syndromes ont une étiologie commune, la syphilis, et cette observation montre le rôle prépondérant que joue la méningite spécifique dans la pathogénie d'un certain nombre de paralysies amyotrophiques de cause obscure.

Arthrodèse dans un cas de déformation fixe des pieds chez un blessé de guerre atteint de lésion radiculo-médullaire par éclat d'obus. — Mme Déjerine et M. M. Regnard montrent un homme de 26 ans, blessé en septembre 1915, et atteint de lésion radiculo-médullaire très basse. Il présente une paralysie des muscles de la jambe et du pied avec conservation du quadriceps, des adducteurs, du pectiné. Le blessé ne pouvait se tenir debout à cause d'une déformation fixe des pieds en varus équin très marquée (attitude digitigrade). Une opération pratiquée au mois de janvier dernier et ayant consisté essentiellement en ténotomie du tendon d'Achille et résection partielle de l'astragale, du calcanéum, du scaphoïde, du cuboïde, a permis la réduction de cette attitude vicieuse et le maintien de cette réduction dans un appareil plâtré. A l'heure actuelle, le blessé peut se maintenir dans la station debout, et il sera possible de le rééduquer peu à peu à la marche. Il est intéressant de signaler le résultat excellent de l'intervention chirurgicale dans ce cas ; les blessures de la moelle épinière s'accompagnent d'une façon presque constante de déformations des pieds, progressives, irréductibles contre lesquelles tout traitement médical, massage, immobilisation dans des gouttières se montre en général tout à fait impuissant.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES MÉDECINS DES STATIONS HYDROMINÉRALES ET L'IMPOT SUR LE REVENU

M. Charles Bernard (Seine), député, demande à M. le ministre des Finances si les médecins habitant Paris et exerçant dans une station hydrominérale, et, d'une façon générale, les contribuables exerçant une profession libérale les obligeant à avoir plusieurs résidences peuvent, dans leur déclaration d'impôt sur le revenu et de bénéfices professionnels, déduire une somme forfaitaire de 1.000 fr. par mois à titre d'indemnité de double résidence et frais supplémentaires. (*Question du 30 mars 1920.*)

Réponse. — Les personnes exerçant une profession libérale sont admises à retrancher de leurs recettes brutes, pour déterminer leur revenu imposable, le montant effectif de toutes les dépenses directement nécessitées par l'exercice de leur profession, mais aucune disposition légale ne permet l'usage de déductions forfaitaires. (*J. O.*, 9 mai 1920.)

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mardi 18 mai. — Jury : MM. Letulle, président ; Broca, Carnot et Jeanselme. — M. Blankstein (Adolphe). Syndrome œsophagien. — M. Michel (Georges). Contribution à l'étude du traitement des fractures de la clavicule. — M. Boutelier (André). Les accidents cutanés des arsenobenzines. — M. Rouffiat (Justin). Menstruation et tuberculose. — M. Lefèvre (Gaston). Contribution à l'étude des phénomènes consécutifs aux injections intraveineuses dans le traitement de la syphilis.

Jeudi 20 mai. — Jury : MM. Gilbert, président ; Marfan, Vaquez et Tanon. — M. Designolle (André). Étude de la sécrétion lactée et de l'allaitement dans les maladies aiguës de la nourrice. — M. Soubaigné (Pierre). Contribution à l'étude des syndromes nerveux. — M. van Malleghem. Contribution à l'étude du paludisme de Macédoine.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — La Compagnie des chemins de fer P.-L.-M. a ouvert une Agence de voyages, au n° 3 de la rue Dumont-d'Urville à Alger.

Cette Agence fournit tous renseignements touristiques (stations estivales, thermales, centres de séjour et de villégiature) sur les régions desservies par le Réseau P.-L.-M. (lignes métropolitaines et algériennes), délivre les billets de toutes catégories émis par ce réseau, effectue la localisation, au départ de Marseille, de places de lits-salon, couchettes, 1re et 2e classes, enregistre les bagages pour toutes les gares du réseau P.-L.-M. Algérien, etc.

Dans la même agence, fonctionne un service de la Compagnie Internationale des Wagons-Lits pour la localisation des places de wagon-lits et tous renseignements concernant les services de cette Compagnie.

NOTES POUR L'INTERNAT

LES PLEURÉSIES PARTIELLES OU ENKYSTÉES (1)

ÉTUDE CLINIQUE. — I. **Début.** — 1. Parfois *brusque* : marqué par des frissons répétés, sensation de froid, des sueurs, fièvre élevée, 39°, point de côté parfois violent, névralgie phrénique, asthénie et courbature; la dyspnée s'installe alors.

A l'examen, on ne trouve que des signes peu nets : submatité et quelques râles muqueux traduisant un certain degré de congestion pleuro-pulmonaire. Rien n'est plus difficile à dépister qu'une pleurésie enkystée. Il est impossible à ce moment-là de préciser le diagnostic.

2. Souvent début *insidieux*, masqué par les symptômes de l'affection au cours de laquelle elle survient. Bien souvent même, l'affection reste latente jusqu'à ce qu'une vomique vienne révéler l'existence de la pleurésie.

Le début de la pleurésie interlobaire, secondaire à une pneumonie, est typique à ce point de vue-là. Tantôt la pleurésie est *parapneumonique* : une pneumonie qui évolue normalement ne se termine pas par une crise. La température, qui de 40° est tombée à 38°, remonte le soir même, la dyspnée persiste avec le point de côté; les signes physiques se modifient surtout à la base qui se dégage complètement. Mais à la partie moyenne du poumon il persiste des râles et une respiration obscure ou soufflante. A côté de la pleurésie parapneumonique, il est classique de décrire la pleurésie *métapneumonique*; les symptômes en sont les mêmes, mais il y a une phase d'apyrexie entre la date de défervescence de la pneumonie et la nouvelle ascension thermique. La température monte alors en quelques échelons rapides, les signes fonctionnels et physiques se réveillent rapidement.

Cet état fébrile dure 10 à 12 jours, et la maladie arrive alors à la période d'état dont les symptômes varient avec le siège de l'épanchement. Nous étudierons successivement les pleurésies interlobaires, diaphragmatiques et médiastines.

II. **État.** — A. PLEURÉSIE INTERLOBAIRE. — Les *signes fonctionnels* sont constitués par la toux, la dyspnée et le point de côté que nous avons vus à la période de début; ils persistent ou même s'accentuent. L'expectoration est nulle.

Les *signes généraux* sont constants : la température est irrégulière avec de grandes oscillations inégales ou bien les oscillations sont régulières avec accès fébrile vespéral, précédé de frissons et terminé par des sueurs. Le pouls est accéléré, les urines sont rares et légèrement albumineuses, le faciès s'altère rapidement, pâle, amaigri; la langue est sale, la bouche pâteuse. La recherche des *signes physiques* permet de localiser au thorax ce tableau infectieux. On peut parfois déceler une légère voussure de la région axillaire, avec, à ce niveau, diminution ou même suppression des vibrations. La percussion révèle une matité sur la ligne axillaire au niveau des 5e, 6e, 7e côtes : véritable *matité suspendue* en raquette, entre 2 zones de sonorité. Au niveau de cette zone mate l'auscultation montre une diminution du murmure vésiculaire avec respiration soufflante et râles fins à ce niveau. Il ne faut pas compter sur le souffle pleurétique, l'égophonie, la pectoriloquie aphone; les organes voisins ne sont pas déplacés.

En somme, le diagnostic se basera sur l'existence d'une zone de matité suspendue avec à ce niveau des signes de congestion pleuro-pulmonaire. Au-dessus et au-dessous, le parenchyme pulmonaire respire normalement. Ces signes de présomption seront d'ailleurs confirmés par l'examen radiologique et la ponction exploratrice.

La *radiologie* montre en effet une *ombre suspendue*, plus ou moins large et à bords flous, quand l'ampoule radiologique est au niveau de la lésion; cette ombre devient plus étroite et très nette quand on élève l'ampoule (Béclère). Ce fait tient à l'obliquité en avant et en bas de l'espace interlobaire. La *ponction exploratrice*, au besoin pratiquée sous le contrôle de l'écran radioscopique, sera faite avec une aiguille suffisamment longue et d'un calibre assez large pour que le pus puisse être aspiré. Le diagnostic précoce de la pleurésie interlobaire ne pourra être posé qu'en mettant en usage tous ces moyens d'exploration; il faut y avoir recours chaque fois qu'on en soupçonne l'existence. Bien des pleurésies purulentes interlobaires ne passeraient pas ainsi inaperçues.

Evolution. — Si la pleurésie interlobaire n'est pas reconnue à temps, elle évolue comme un abcès et tend à s'ouvrir au dehors, c'est-à-dire dans les bronches : ainsi apparaissent la vomique et les signes cavitaires.

1. *Vomique.* — La vomique survient du 15e au 40e jour de la maladie. Elle est précédée, 24 à 36 heures avant, par la fétidité de l'haleine (Dieulafoy). La vomique peut revêtir un des 3 aspects classiques : massive, fractionnée ou nummulaire.

La *vomique massive* est un peu dramatique : à la suite d'une quinte de toux violente, une dyspnée intense survient avec sensation de déchirement intérieur, et brusquement une quantité de pus plus ou moins abondante (2 à 400 g.) se produit au cours de quintes de toux. C'est du pus jaune ou verdâtre, fétide.

La *vomique fractionnée*, bien décrite par Dieulafoy, consiste en une série d'évacuations successives : le pus est rejeté en petites portions répétées qui peuvent se représenter un ou plusieurs jours.

Les *vomiques nummulaires* (Hirtz et Beaufumé) ne sont que des vomiques très fractionnées. Le pus est rejeté en très minime quantité; les symptômes fonctionnels sont très réduits, pas de douleurs, toux peu pénible. L'expectoration a pour caractère essentiel de se produire par crachats isolés à des intervalles plus ou moins longs, comme un tuberculeux qui vide sa caverne pulmonaire.

2. *Autres symptômes : signes cavitaires et hémoptysies.* — Quoi qu'il en soit de la forme de la vomique, les symptômes fonctionnels et généraux s'amendent après sa production. La température baisse momentanément. L'état général s'améliore, surtout si la température ne remonte pas.

Les signes physiques se modifient : *des signes pseudocavitaires* apparaissent : souffle caverneux, gargouillement, bronchophonie ou pectoriloquie, retentissement de la toux.

Les hémoptysies, d'après Dieulafoy, ne seraient pas rares (hémoptysies interlobaires); d'abondance variable, et dues à l'ulcération d'une artériole satellite de la bronche perforée.

La *guérison* survient en quelques semaines dans certains cas; la fièvre tombe, le malade reprend du poids; l'expectoration diminue, puis disparaît, la cavité se cicatrise. Mais bien souvent, le drainage s'effectue mal, l'infection se prolonge, surtout chez les individus fatigués, incapables de résister à une infection virulente. Le malade prend l'aspect d'un tuberculeux cavitaire, il en a le faciès, les sueurs, la fièvre, l'expectoration, les signes d'auscultation, les doigts hippocratiques. On peut croire à une pneumonie caséeuse ou à une phtisie galopante, à une dilatation bronchique. Si l'intervention chirurgicale n'est pas faite, le malade meurt cachectique.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 45, p. 719.

L'Education des enfants anormaux et arriérés. Programme des centres d'intérêt. Initiation à la lecture par la méthode visuelle. Extension de ce programme à l'enseignement des enfants normaux, par P. SÉCELLE et A. DEKOCK, institutrices à la section d'enseignement spécial de la ville de Bruxelles. Préface de M. le Dr Stephen CHAUVET. In-8, 1920, 64 figures. — Prix : 10 fr.; franco, 11 fr. — Paris, A. Maloine et fils, édit.

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 15 francs par an. Étudiants étrangers, 20 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : 6 fr. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.

Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Gobelins* 19-52

AVIS

La hausse constante du papier, de l'impression et des frais généraux nous oblige à demander temporairement à nos abonnés un relèvement des prix de l'abonnement.

Nous regrettons d'être amenés à ce relèvement que nous avons ajourné autant qu'il nous a été possible, mais il est devenu une question vitale pour notre journal.

A partir du 1er juin, les prix de l'abonnement seront donc ainsi fixés :

FRANCE. . . . . . . 1 an : 25 fr.; 6 mois : 13 fr.; 3 mois : 7 fr.
UNION POSTALE. 1 an : 30 fr.; 6 mois : 16 fr.; 3 mois : 9 fr.

Étudiants français, 20 fr. — Étudiants étrangers, 25 fr.

Toutes les années antérieures disponibles, 25 fr., port en sus.
Tous les numéros anciens et nouveaux, 30 cent., port en sus.

NOTA. — *Ces nouveaux tarifs ne seront pas applicables aux renouvellements remis à la poste avant le 1er juin 1920.*

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Séance du 18 mai. — MM. Mondor, 17; Capette, 19; Deniker, 16; Guimbellot, 19.

Classement : MM. Capette et Mondor, 126; Guimbellot, 122; Deniker, 120.

— Sont nommés chirurgiens des hôpitaux : MM. Capette et Mondor.

— CONCOURS D'OPHTALMOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Le jury est composé de MM. de Lapersonne, Terrien, Cantonnet, Poulard, Rochon-Duvigneau, Lenormant et Achard.

Epreuve écrite. — Question donnée : « Nerf pathétique. — Anatomie et physiologie. »

MM. Cerise, 29; Welter, 28; Prélat, 25; Monbrun, 24.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Epreuve supplémentaire.* — Séance du 18 mai. — Question donnée : « Artère rénale. — Séméiologie des anémies. »

MM. de Gennes et Huet, 17; Auvigne, 15; Bocage et Boulin, 16.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — *Médecine générale. — Leçon orale de 3/4 d'heure après 4 heures de préparation.* — Séance du 17 mai. — MM. Aubry : « Arthropathies blennorragiques »; — Raynaud : « Polynévrites alcooliques »; — Pujol : « Les purpuras. »

Séance du 18 mai. — MM. Laederich : « Les syndromes surrénaux »; — Caussade : « Les syndromes cérébelleux. »

— Les séances sont suspendues jusqu'au 25 mai inclus.

Chirurgie générale et voies urinaires. — Leçon orale de 3/4 d'heure après 4 heures de préparation. — Ordre de passage :

1. MM. Alamartine, Aimes, Mathieu, Chalier, Santy, Mondor, Brocq, Lardennois, Charbonnel, Lefèvre,

11. Basset, Macquet, Gérard, Küss, Ducuing, Bréchot, Lapeyre, Duboucher, Barthélemy, Lombart,

21. Murard, Constantini, Bonnet, Charvin, Moure, Hamant, Witaz, Rouhier, Leveuf, Charrier,

31. Delannoy, Uteau, Heuilly, Miginiac, Cadenat, Girode, Papin, Tourneux, Perrin, Pelissier,

41. Heitz-Boyer.

Séance du 17 mai. — MM. Alamartine : « Panaris »; — Aimes : « Torsion des kystes de l'ovaire »; — Mathieu : « Lésions traumatiques des cartilages semi-lunaires du genou. »

Séance du 18 mai. — MM. Chalier : « Hydarthrose du genou »; — Santy : « Plaies et ruptures de la rate »; — Brocq : « Formes cliniques de l'ostéomyélite aiguë. »

Séance du 19 mai. — MM. Lardennois : « Tuberculose iléocæcale »; — Charbonnel : « Diagnostic et traitement du prolapsus du rectum. »

Obstétrique. — Leçon orale de 3/4 d'heure après 4 heures de préparation. — MM. Trillat : « La grossesse ectopique après le 6e mois »; — Ecalle : « De la syphilis fœtale »; —

Adam : « Des infections urinaires pendant la gestation » ; — Vaudescal : « Du diagnostic différentiel de la gestation pendant les 4 premiers mois » ; — Bouget : « Des indications du traitement chirurgical dans les infections puerpérales. »

Notes : MM. Lévy, 27 ; Levant et Metzger, 26 ; Lemeland, 25 ; Ecalle, 23 ; Vaudescal, 24 ; Paquet, 22 ; Paucot et Bouget, 23 ; Rhenter, 28 ; Trillat, 29 ; Adam, 21 ; Job, 24.

Paris : MM. Lévy, 28 + 27 = 55 ; Metzger, 28 + 26 = 54 ; Levant, 24 + 26 = 50 ; Lemeland, 24 + 25 = 49.

Lille : MM. Paucot, 27 + 23 = 50, Paquet, 22 + 22 = 44.

Lyon : MM. Trillat, 29 + 29 = 58 ; Rhenter, 24 + 28 = 52.

Nancy : MM. Job, 25 + 24 = 49 ; Adam, 21 + 21 = 42.

Anatomie et histologie. — Leçon orale d'une heure après 4 heures de préparation. — Histologie : MM. Lacoste, 18 ; Faure, 17 ; Lacassagne, 15 ; Romieu, 14 ; Watrin, 8 ; Mawas, 7.

Epreuve pratique. — Anatomie : MM. Mutel, 25 ; Hovelacque et Jeanneney, 22 ; Vallois, 18 ; Mouchet, 15 ; Villemin, 14.

Sont nommés : MM. Hovelacque, 75 : Vallois, 70.

Histologie : MM. Lacassagne, 17 ; Lacoste, 16 ; Faure, 15 ; Romieu, 14 ; Watrin et Mawas, 13.

Le résultat des épreuves ayant été jugé insuffisant par le jury, celui-ci a décidé de ne pas donner de liste d'admission.

Médecine légale. — Jury : MM. Balthazard, Martin, Lépine, Cruchet, Villaret, Rathery, Perrens.

Exposé de titres. — MM. Duvoir, 23 ; Molin de Teyssieu, 15 ; Lande, 25.

Leçon orale de 3/4 d'heure après 4 heures de préparation. — MM. Duvoir : « Crimes sadiques » ; note : 20. — Molin de Teyssieu : « Spasmes et rigidité cadavérique » ; note : 18. — Lande : « Les caractères des orifices d'entrée et de sortie par les projectiles de revolver » ; note : 25.

Epreuve d'admission. — MM. Duvoir, 30 ; Lande, 28.

Sont nommés : MM. Duvoir et Lande.

Physique et chimie médicales. — Leçon orale de 3/4 d'heure après 4 heures de préparation. — Physique. — M. Lamy : « Strabisme. »

Chimie. — MM. Moog : « Etude chimique de la dégradation des acides aminés des protéiques par les microorganismes et par les tissus animaux » ; — Florence : « Etude chimique et biologique de la guanidine et des composés contenant ce groupement » ; — Bernard : « Etude chimique et biologique de l'indol et de ses dérivés » ; — Blanchetière : « Etude chimique et biologique des acides aminés cycliques dérivés des matières protéiques (à l'exclusion du tryptophane). »

Physique. — Notes : MM. Mazérès et Pech, 13 ; Strohl, 23 ; Routier, 14 ; Guilleminot, 23 ; Cottenot et Lamy, 22.

Chimie. — Notes : MM. Fontès, 24 ; Mestrezat, 33 ; Polonowski, 27 ; Moog, 23 ; Florence, 27 ; Blanchetière, 29.

Epreuve d'admission. — MM. Pech, 20 ; Strohl, 26 ; Guilleminot, 25 ; Cottenot, 12 ; Lamy, 18.

Physiologie et médecine expérimentale. — Jury : MM. Abelous, Roger, Poichet, J. Camus, Tournade, Ambard, Doyon.

Exposé de titres. — Physiologie : MM. Soula, 28 ; Sarvonat, 27 ; Giraud, 21 ; Mathieu, 22.

CONCOURS DE MÉDECIN DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — Le jury est composé de MM. de Pradel, Dufournier, Serre, Batisse et Sabot.

Ordre de lecture : MM. Leroy, Marx, Gaymard, Astruc, Cartier, Hiblot, Vincant, Boureille, Picard, Mlle Seriot, MM. Lemarignier, Roubleff, Touchard, Besançon, Méry, Maître, Perrin, Broustail, Mlle Boudeille, MM. Balizeaux, Féret, Guerrier, Thieux, Menusier, Chapelain, Savatier, Hufnagel.

Composition écrite. — 1° « Conduite à tenir pendant l'accouchement en cas de présentation de la face. » — 2° « Complications pulmonaires de la grippe sans le traitement. »

1re séance : MM. Leroy, 7 + 10 = 17 ; Marx, 10 + 15 = 25 ; Gaymard, 12 + 18 = 30 ; Astruc, 6 + 16 = 22.

2e séance : MM. Cartier, 10 + 15 = 25 ; Hiblot, 10 + 12 = 22 ; Vincant, 8 + 11 = 19 ; Boureille, 10 + 14 = 24.

3e séance : M. Picard, 13 + 18 = 31 ; Mlle Seriot, 11 + 11 = 22 ; MM. Lemarignier, 12 + 15 = 27 ; Touchard, 13 + 16 = 29.

4e séance : MM. Besançon, 12 + 14 = 26 ; Méry, 10 + 13 = 23 ; Maître, 13 + 14 = 27 ; Mlle Boudeille, 11 + 12 = 23.

LA LIGUE CONTRE LA MORTALITÉ INFANTILE tiendra, à la Faculté de médecine, le dimanche et le lundi de la Pentecôte, 23 et 24 mai, une conférence nationale sur « les moyens les plus efficaces pour combattre la mortalité des nourrissons ».

Programme. — Dimanche 23 mai, à 9 heures, séance d'ouverture. Allocution de M. Paul Strauss, président.

Discussion sur la 1re question : *Encouragement à l'allaitement maternel.* — 1° « L'allaitement maternel dans les maternités. » Rapporteur : M. le Dr Bosc, médecin chef de l'hospice de Tours. 2° « Les primes d'allaitement. » Rapporteur : M. Turquan, chef de division honoraire au ministère de l'Intérieur. 3° « Le rôle des consultations de nourrissons. » Rapporteur : M. Marois, directeur de l'Assistance publique de S.-et-O. 4° « Le groupement des consultations de nourrissons autour d'un centre. » Rapporteur : M. le Dr Chatin, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon.

Deuxième séance : Dimanche à 2 h. 1/2. Continuation de la discussion sur la 1re question.

Troisième séance : Lundi à 9 heures, discussion sur la 2e question : *Placement des nourrissons que les mères ne peuvent garder.* 1° « Placement chez une nourrice isolée. » Rapporteur : M. le Dr J. Renault, conseiller technique au ministère de l'Hygiène publique. 2° « Centres d'élevage. » Rapporteur : M. le Dr Méry, professeur agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux. 3° « Pouponnières. » Rapporteur : M. le Dr Wallich, professeur agrégé à la Faculté.

Quatrième séance : Lundi à 2 h. 1/2, continuation de la discussion sur la 2e question.

Vœux émis sur les deux questions. Projet d'un 2e Congrès national en 1921.

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES JOURNALISTES MÉDICAUX FRANÇAIS (18, rue du Lunain, Paris, 14e). — L'Association des journalistes médicaux a tenu, samedi 15 mai, son assemblée générale trimestrielle à la Faculté de médecine.

Sur une question de M. Laumonier, elle émet l'avis que ses adhérents doivent refuser la collaboration que leur demandent quelques journaux médicaux allemands.

Elle adopte ensuite le vœu suivant, qui sera envoyé au président du groupe médical parlementaire et au président de la commission du Codex :

« L'Association professionnelle des journalistes médicaux français, réunie en assemblée générale le 15 mai 1920, constate avec un très vif regret que certains produits pharmaceutiques inscrits dans le supplément du Codex y sont désignés exclusivement, en dehors de leur appellation chimique, sous le nom que leur ont donné les Allemands, même lorsqu'ils sont dus à des initiatives françaises. Elle considère qu'il serait au moins légitime que les synonymes français fussent mentionnés sur la même ligne et dans les mêmes caractères que les noms allemands. »

L'assemblée nomme membre titulaire, M. Courtois-Suffit. Elle le délègue, conjointement avec MM. H. Bouquet et Le Sourd, au prochain Congrès de la Fédération des Associations de journalistes.

L'assemblée vote ensuite, à l'unanimité, l'affiliation de l'Association à la Confédération des travailleurs intellectuels et donne mandat à son bureau de la faire inscrire dans la section de presse. Elle nomme délégué à la C. T. I., son secrétaire général, M. H. Bouquet, et délégué suppléant M. Le Sourd.

Le secrétaire général annonce qu'il tient à la disposition des membres de l'Association la liste des journaux scientifiques de Pologne et de Tchéco-Slovaquie et le répertoire officiel des médecins du Canada.


THIGÉNOL "ROCHE"
Inodore, non caustique, non toxique, soluble eau, alcool, glycérine.
OVULES "ROCHE" AU THIGÉNOL dosés à 30%
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie PARIS
EN GYNÉCOLOGIE
Décongestionnant intensif
Désodorisant
Analgésique
EN DERMATOLOGIE
Topique kératoplastique
Réducteur faible
Antiprurigineux
RÉSULTATS RAPIDES
Echantillon et Littérature
PRODUITS F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, Place des Vosges. PARIS.


Elixir de
VIRGINIE NYRDAHL
(HAMAMELIS ET CAPSICUM)
Souverain contre :
VARICES
HÉMORROÏDES
Varicocèles, Phlébite
Accidents critiques
de la Puberté et de la Ménopause
(Congestions et Hémorragies)
EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES
Échantillon gratuit : Produits NYRDAHL
20, r. de La Rochefoucauld
PARIS

REVUE GÉNÉRALE

ÉTUDE SUR L'OVOGÉNÈSE[1]

Par le Dr Ch. BOURRET,
Ancien chef de clinique obstétricale à la Faculté de Lyon.

C. Période de maturation, période de réduction nucléaire. — L'ovocyte, avant d'être arrivé à son développement définitif qui le rend susceptible d'être fécondé, doit encore passer par une série de transformations qui constituent, dans leur ensemble, les *phénomènes de maturation*.

Pour pénétrer ces actes intimes, il faut observer des ovules transparents ; ceux des mammifères rempliraient ces conditions, mais comme, dans ce cas, la fécondation est interne, il est difficile de la réaliser expérimentalement, et de suivre les modifications ovulaires qui la précèdent ou l'accompagnent. Les œufs des batraciens sont peu volumineux, à fécondation externe, mais chargés de pigment noir et par suite non transparents. Les œufs des échinodermes, par contre (oursin, étoile de mer), réalisent toutes les conditions voulues ; ils sont à fécondation externe, c'est-à-dire qu'il est facile de placer dans un verre de montre garni d'eau de mer, à la fois des œufs et des spermatozoïdes ; les œufs sont petits et transparents, les spermatozoïdes, au contraire, relativement gros ; il sera donc aisé de suivre, ce qui va se passer. Aussi les processus de la maturation et de la fécondation furent-ils tous découverts, tout d'un coup, le jour où l'on eut l'idée de les observer sur les œufs d'échinodermes. C'est ce que firent, vers 1875, Foll, Hertwig et Selenka ; ils observèrent presque simultanément, l'un à Villefranche, le second à Messine, le troisième enfin au Mexique, et arrivèrent tous les trois sensiblement aux mêmes conclusions. Plus tard van Beneden, puis Boveri trouvèrent dans l'ovule de l'ascaris un matériel d'observation extrêmement précieux et leurs constatations s'ajoutèrent aux précédentes pour confirmer la plupart des notions concernant la maturation de l'ovule.

Ces phénomènes tels qu'ils nous sont connus actuellement peuvent se résumer de la façon suivante :

I. Modifications cytoplasmiques. — Contrairement à ce que nous avons observé au cours de la période d'accroissement, elles sont ici relativement peu importantes comparées à celles qui ont pour siège le noyau. On note seulement la rétraction du vitellus, accompagnée de mouvements divers qui déforment sa surface. En outre au cours de ces modifications le vitellus exprime de sa propre substance, par une sorte de dialyse, un liquide qui s'épanche au-dessous de la zone transparente et constitue le liquide périvitellin.

Que deviennent les organites du cytoplasme, les mitochondries au cours des modifications que nous allons suivre dans cette période de maturation de l'ovule ? Il semble que, la plupart du temps, elles restent dispersées dans le cytoplasme comme à la phase de repos de la cellule ; dans d'autres cas, on les a vus se disposer circulairement autour des chromosomes au moment de la métaphase sous forme de bâtonnets et se diviser, comme eux, en deux groupes à l'anaphase. Cette question est du reste encore à l'étude et appelle de nouvelles recherches.

II. Modifications nucléaires. — Les phénomènes les plus caractéristiques de la maturation ovulaire se passent, avons-nous dit, dans la vésicule germinative et aboutissent essentiellement au phénomène connu depuis Ch. Robin sous le nom d'*émission des globules polaires*.

Ces phénomènes sont particulièrement faciles à suivre et à interpréter dans l'ovocyte de l'ascaris. Dans cette cellule sur le point de se diviser, on voit la substance du noyau se disposer d'abord en un filament chromatinien épais ; celui-ci se fragmente ensuite en bâtonnets courts qui portent le nom de chromosomes ; ceux-ci se groupent par quatre, constituant ce que l'on a appelé les *groupes quaternes* ou *tétrades*. On compte un seul groupe quaterne, c'est-à-dire 4 bâtonnets seulement dans la variété d'ascaris univalens, deux groupes, c'est-à-dire, 8 bâtonnets dans la variété bivalens ; nous prendrons comme exemple l'étude des divisions de maturation dans ce dernier type.

Les phénomènes nucléaires de la maturation vont se succéder suivant un certain nombre de phases qui sont successivement : la *prophase*, la *métaphase*, l'*anaphase* et la *télophase*.

1. *La prophase*. — A cette période on voit d'abord la vésicule germinative se porter vers la périphérie de l'œuf, puis sa substance donner naissance à un filament chromatinien désigné sous le nom de *spirème*. Celui-ci se résout rapidement en un certain nombre de bâtonnets ou de grains chromatiques très nets qui portent le nom de *chromosomes*. Ceux-ci sont au nombre de 8 dans l'œuf de l'ascaris bivalens.

En même temps, on voit dans le cytoplasma les deux corpuscules centraux, que nous connaissons déjà, s'écarter l'un de l'autre, tout en restant réunis par une substance qui semble s'étirer en forme de fuseau : ainsi se constitue ce que l'on a appelé le *fuseau central*, ou premier *fuseau de maturation*, ou encore *fuseau de direction*.

2. *La métaphase*. — Le fuseau de direction augmente de volume pendant que les chromosomes recourbés en forme d'U se placent au niveau de l'équateur du fuseau qu'ils semblent accrocher par leur partie recourbée, leurs extrémités libres étant tournées vers l'extérieur. Cette période porte aussi le nom de période de l'*aster chromatique* parce que la figure qui caractérise ce stade a un aspect étoilé lorsqu'on la voit d'en haut, ou encore de période de la couronne équatoriale parce que les chromosomes sont disposés à la périphérie du fuseau et en respectent le centre, formant ainsi une sorte de couronne.

3. *L'anaphase*. — Les huit grains chromatiniens se disposent en deux rangées de quatre ou en quatre

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 45, p. 709.

dyades, chaque dyade étant formée de deux grains superposés. Dans chaque dyade les bâtonnets qui la constituent s'écartent l'un de l'autre et se dirigent respectivement vers l'un des deux pôles du fuseau : il en résulte la formation de l'image dite *dyaster* parce que, à ce moment, il y a dans la cellule deux figures chromatiques étoilées opposées l'une à l'autre.

4. *La télophase.* — Le groupe le plus externe se rapproche progressivement de la face interne de la membrane cellulaire qui se soulève bientôt en une saillie plus ou moins accentuée. Les quatre chromosomes de la dyade externe et la moitié du fuseau s'engagent dans cette saillie protoplasmique et se séparent bientôt de l'œuf, constituant le 1er globule solaire.

Cette première division est immédiatement suivie d'une deuxième : le corpuscule polaire interne se dédouble, puis ces corpuscules filles s'écartent l'un de l'autre, et il se forme entre eux un deuxième fuseau dont la direction est encore perpendiculaire à la membrane vitelline; les chromosomes restés dans l'ovocyte se rangent à son équateur. Ce fuseau se rapproche de la membrane vitelline et il se forme un deuxième globule polaire à la suite d'un processus analogue à celui qui a donné naissance au premier. Cette deuxième division donne ainsi naissance à deux cellules filles : l'œuf mûr et le second globule polaire. Les chromosomes qui restent dans l'œuf mûr reforment alors un noyau de repos qui est le pronucléus femelle ; ce noyau de l'œuf mûr diffère de la tache germinative parce qu'il ne renferme plus de nucléole ni de membrane nucléaire.

Quelle est la signification des globules polaires? Plusieurs hypothèses ont d'abord été émises à ce sujet. Balfour, Sedgwick, Minot, van Beneden ont exprimé l'idée que l'œuf non mûr, comme toute autre cellule quelconque, est originellement hermaphrodite, et que, grâce à la formation des globules polaires, il se débarrasse des éléments mâles de son noyau, éléments qui lui seront ensuite restitués par la fécondation. Balfour pensait que, s'il ne se formait pas de cellules polaires, la parthénogénèse devrait être le processus normal de développement. Giard a émis l'hypothèse que les cellules polaires seraient des cellules rudimentaires n'ayant plus qu'une signification atavique. Weissmann ne voit dans leur formation qu'un phénomène préparatoire destiné à amener une réduction de moitié du plasma germinatif contenu dans la vésicule germinative. L'opinion actuellement admise considère les globules polaires comme des œufs abortifs. Elle a été défendue par Mark-Bütschli, Boveri, Hertwig et la plupart des auteurs contemporains. Pour ces auteurs ce sont des équivalents morphologiques de l'œuf au point de vue seulement de leur teneur en chromatine, car la quantité de protoplasma qu'ils renferment est pour ainsi dire insignifiante et l'œuf mûr conserve tout le vitellus formatif et nutritif nécessaire à l'activité ultérieure et à la nutrition du germe fécondé. Ils représentent des éléments non viables qui ne tardent pas à dégénérer et à disparaître. Parfois on peut voir le premier globule polaire se diviser en deux globules filles, mais son activité en reste là. Les globules polaires paraissent donc normalement incapables de fécondation et de développement, simplement parce qu'ils possèdent une quantité insuffisante de vitellus. Une preuve évidente de ce fait a été fournie par Francotte. Cet auteur, étudiant la maturation de l'œuf chez les polyclades, a constaté que la moitié des œufs produisait une première cellule polaire de dimensions exceptionnelles pouvant atteindre, dans certains cas, le diamètre de l'œuf lui-même. Or, en suivant le développement ultérieur de ces cellules polaires gigantesques, il les a vu produire une seconde cellule polaire de grosseur normale et a vu l'œuf lui-même donner un élément semblable; enfin, il a pu constater que la première cellule polaire était fécondée par un spermatozoïde tout comme l'œuf mûr lui-même.

Quoi qu'il en soit, par suite de l'émission successive des deux globules polaires la vésicule germinative a, en définitive, rejeté les 3/4 de sa chromatine, d'abord la moitié, puis la moitié de la moitié restante; le fait est du reste facile à contrôler sur l'œuf de l'ascaris, puisque, dans ce cas, on peut compter les grains de chromatine; il y en a d'abord 8, puis 4 après l'émission du premier globule polaire, puis il n'en reste définitivement que 2 dans l'œuf, les 6 autres ayant passé dans les globules polaires.

Le pronucléus femelle de l'œuf mûr d'ascaris sera donc composé seulement de deux grains de chromatine. Or, pendant la formation des globules, le pronucléus mâle dérivant de la tête du spermatozoïde est apparu dans l'œuf; sa chromatine se dispose aussi sous la forme de deux grains de même volume que ceux du pronucléus femelle, et lorsque pronucléus mâle et femelle se rapprochent et s'accolent le noyau résultant (noyau de l'œuf fécondé) se trouve composé de 4 grains dont 2 de chromatine mâle et 2 de chromatine femelle. Les chromatines mâle et femelle sont donc en quantité équivalente dans la constitution du nouveau noyau; on comprend donc que la vésicule germinative ayant subi des actes de réduction, le noyau mâle (tête du spermatozoïde) a dû en subir aussi; c'est ce qui se produit régulièrement au cours de la spermatogénèse dont les stades d'évolution se superposent exactement à ceux de l'ovogénèse.

Mais, il y a plus : après la pénétration du spermatozoïde et l'expulsion des globules polaires le noyau de l'œuf fécondé va subir toutes les transformations d'un noyau en division. Nous voyons, en effet, que dans la masse commune du noyau de l'œuf fécondé de l'ascaris quatre grains restent visibles et distincts, deux de chromatine mâle et deux de chromatine femelle. Ces chromosomes se divisent longitudinalement, comme au début de toute karyokinèse, et il y en a dès lors quatre d'origine paternelle et quatre d'origine maternelle. Au moment où l'œuf se divise en deux cellules le noyau de chacune d'elles se reconstitue aux dépens de deux chromosomes paternels et de deux chromosomes maternels. C'est dire que les noyaux des deux premières cellules de l'embryon (et par suite celles de tous les tissus ultérieurs qui en dérivent) sont, quant

à leur chromatine, de nature mixte; ils ont reçu en quantités égales, sous forme de chromosomes, de la substance chromatique d'origine paternelle et d'origine maternelle.

Inversement, tandis que dans une division cellulaire ordinaire telle, comme nous venons de le voir, que la division de l'œuf fécondé chez l'ascaris, chaque moitié de la cellule qui se divise contient, comme nous l'avons vu, quatre segments nucléaires filles, l'œuf mûr, de même que la spermatide provenant de la double division de maturation, ne renferme que deux segments nucléaires. Le noyau ovulaire et le noyau spermatique ne contiennent, par conséquent, que la moitié de la masse de chromatine et la moitié du nombre des segments nucléaires que renferme un noyau normal dans chaque espèce. Le processus de division qui s'accomplit lors de la maturation des produits sexuels, processus unique en son genre, peut donc bien être désigné sous le nom de « division de réduction », cette réduction étant, comme nous le verrons, un acte préparatoire à la fécondation par laquelle le nombre normal des chromosomes se trouve rétabli.

Telles sont, à l'heure actuelle, nos principales connaissances concernant les phénomènes de maturation de l'ovule; malgré l'importance des résultats acquis dans cette étude, il est certain qu'un assez grand nombre de problèmes restent encore à élucider : l'un des plus discutés est certainement celui de la formation de ces « tétrades » si spéciales que l'on observe dès le début de la maturation.

Cette question a reçu à l'heure actuelle deux solutions différentes. D'après Brauer, qui a étudié l'ascaris, à la fin de la période d'accroissement il se forme aux dépens de la charpente nucléaire de l'ovocyte un nombre de filaments égal au nombre des tétrades qui existent plus tard; donc deux chez ascaris bivalens, une seule chez ascaris univalens. Chaque filament nucléaire fournit une tétrade à la suite d'une *double division* longitudinale. Les produits de cette double scission longitudinale restent partiellement unis entre eux par de la linine, se raccourcissent beaucoup et progressivement s'épaississent et prennent à peu près la forme de bâtonnets recourbés. Rückert, par ses recherches sur la maturation de l'œuf du cyclops, est arrivé à une interprétation essentiellement différente. Chez ce crustacé comme chez l'ascaris, pendant la période de maturation de l'œuf, la substance chromatique se dispose d'abord en filaments isolés dont le nombre correspond à celui des huit tétrades futures. Mais, contrairement aux données fournies par Brauer pour l'ascaris, chacun de ces filaments ne subit qu'une *seule scission* longitudinale. Il en résulte que, chez les cyclops, on constate pendant une période assez longue la présence de huit filaments doubles, longs et grêles, qui se raccourcissent progressivement dans la suite en s'épaississant et se transforment en de petits bâtonnets. Ces bâtonnets subissent ensuite, en leur milieu, une *division transversale*. « Cette dernière division, d'après Ruckert, serait destinée à suppléer à une division transversale du peloton continu qui ne s'est pas effectuée lors de la segmentation de ce peloton; si elle ne se produisait pas, le nombre des segments nucléaires serait de moitié trop petit; on peut donc la considérer comme une *segmentation tardive* du peloton chromatique. Il en résulte que chacun des « segments doubles » qui existaient jusqu'à ce moment serait à son tour divisé, par cette segmentation tardive, en deux segments simples, c'est-à-dire en chromosomes ordinaires; toutefois, cette division n'est d'abord qu'incomplète, attendu qu'au début les deux segments simples sont encore unis par de la linine. A la suite de leur scission longitudinale ces segments doubles deviennent quadruples. » En résumé, dans l'opinion de Rückert, chaque tétrade est le produit d'une scission longitudinale de deux chromosomes ou segments nucléaires placés bout à bout. Lors de la première division du fuseau de direction, les segments filles provenant de la scission longitudinale se séparent et se portent vers les deux pôles du fuseau. Lors de la seconde division, au contraire, ce sont les produits de la segmentation transversale qui se séparent l'un de l'autre. De nouvelles recherches sont encore nécessaires pour trancher la question de savoir laquelle de ces deux manières de voir est la vraie.

Si maintenant nous voulons déterminer la signification des phénomènes de la maturation qui, ne l'oublions pas, sont les mêmes dans chaque produit sexuel, il nous est facile de voir à quoi aboutissent les divisions de réduction nucléaire qui les caractérisent. La formation des deux globules polaires aux dépens de l'*œuf non mûr* et les deux divisions successives, sans phase de repos intermédiaire, des *spermatomères* empêchent, de la façon la plus simple, le doublement, au moment de la fécondation, de la masse de chromatine et du nombre de segments nucléaires normal pour l'espèce animale en question. Grâce au processus de la maturation, les masses de substance chromatique nucléaire mâle et femelle, ainsi que le nombre des segments nucléaires dont chacune d'elles provient, se trouvent réduits à la moitié de ce qu'ils sont dans un noyau normal. C'est seulement par la fécondation, qui consiste en le fusionnement des deux noyaux, que la masse totale de substance chromatique nucléaire et le nombre total des segments d'un noyau normal se trouvent reconstitués.

La maturation des produits sexuels a donc, à tout point de vue, le caractère d'un processus préparatoire à l'acte de la fécondation.

On peut aussi maintenant s'expliquer d'une façon très simple le fait observé par Weissmann et Blochmann, à savoir que, habituellement, les œufs parthénogénétiques ne forment qu'une seule cellule polaire. La formation de la seconde, par laquelle s'effectue la réduction, ne se produit pas parce que, dans la parthénogénèse, une réduction, qui nécessite une fécondation consécutive, n'a aucune raison d'être.

Ajoutons, enfin, pour terminer, qu'on a tenté d'étendre la théorie de la fécondation à une théorie de l'hérédité. Certains faits importants semblent autoriser à conclure que les substances fécondantes sont en même temps les détenteurs des caractères héréditaires. Les substances nucléaires femelles transmettraient au descendant les caractères hérédi-

taires de la mère, comme les substances nucléaires mâles lui transmettent les caractères héréditaires du père. Si l'on admet ces deux théories il en découle que le noyau, décrit longtemps comme un organe constant mais énigmatique de la cellule, joue un rôle prépondérant dans la vie de celle-ci. Il semble être dans la cellule l'organe propre de la fécondation et de l'hérédité.

Il nous faut pourtant signaler que cette théorie de l'hérédité est loin d'être admise par beaucoup de biologistes qui font observer qu'elle n'est basée que sur une série d'hypothèses à la base desquelles manque une preuve décisive. Ces hypothèses sont inspirées par une conception matérielle des plus discutables des phénomènes de l'hérédité. Il est bien évident que la chromatine n'a une valeur spéciale que de par notre technique; grâce à ses réactions vis-à-vis des matières colorantes actuellement employées, nous pouvons la distinguer; il ne semble pas véritablement que cela soit une raison suffisante pour lui attribuer dans la cellule une dignité supérieure et pour négliger ce qui ne se colore pas (Caullery).

BIBLIOGRAPHIE

BALFOUR. On the phenomena accompanying the maturation and impregnation of the ovum, *Quaterly Journ. of micr. sc.*, 1878, vol. XVIII, nouvelle série.

BAMBEKE (VAN). Recherches sur l'embryologie des batraciens, *Bull. de l'Acad. royale de Belgique*, 1876, 2e série.

BENEDEN (VAN) et JULIN (Ch.). Observations sur la maturation, la fécondation et la segmentation de l'œuf des chéiroptères, *Arch. de biol.*, t. I.

BENEDEN (VAN). La maturation de l'œuf, la fécondation des mammifères, in *Bull. de l'Acad. royale de Belgique,* 1875, 2e série, n° 12; — Contribution à l'histoire de la vésicule germinative, *Bull. de l'Acad. royale de Belgique*, 1876; — Recherches sur la maturation de l'œuf, la fécondation et la division cellulaire, *Arch. de biol.*, Paris 1883.

BENEDEN (VAN) et NEYT. *Nouvelles recherches sur la fécondation et la division mitosique chez l'ascaris*, Leipzig 1887.

BOVERI. Ueber die Befruchtung der Eier von ascaris, *Gesell. f. Morphol. u. Physiol. z. Münch.*, 3 mai 1887.

BULLIARD et CHAMPY. *Abrégé d'histologie,* Masson, 1914.

CARNOY. *La Cytodiérèse de l'œuf, la vésicule germinative et les globules polaires de l'ascaris*, 1886, et *La Cellule*, 1887, t. III.

CAULLERY. *Les Problèmes de la sexualité*, bibliothèque de philosophie scientifique, Paris 1913.

DELAGE. *Traité de biologie générale.*

FOL. Sur le commencement de l'hénogénie, *Arch. des sc. phys. et nat.*, Genève 1877; — Recherches sur la fécondation et le commencement de l'hénogénie, *Arch. des sc. phys. et nat.*, 1879.

FRANCOTTE. La maturation de l'œuf, la fécondation et la segmentation chez les polyclades, *Mém. de l'Acad. royale des sc. de Belgique*, 1897.

GUIGNARD. Recherches sur la structure et la division du noyau cellulaire, *Ann. des sc. nat.*, 1884; — Nouvelles études sur la fécondation, *Ann. des sc. nat.*, 1891.

HENNEGUY. *La Cellule,* Paris 1896; — Le corps de Balbiani dans l'œuf des vertébrés, *Journ. d'anat. et de physiol.*, 1893.

HERTWIG. *Traité d'embryologie de l'homme et des vertébrés*, 3e édition française traduite par Julin (de Liége).

JULIN (Ch.). Ovogénèse, spermatogénèse et fécondation chez styelopsis grossularia, *Bull. scient. de France et de Belgique*, 1892; — Le corps vitallin de Balbiani, *Bull. scient. de France et de Belgique*, 1892.

M. DUVAL. *Précis d'histologie*, Paris 1897; — *Atlas d'embryologie*, Paris 1889.

PRENANT, BOUIN et MAILLARD. *Traité d'histologie.*

PRENANT. Les mitochondries et l'ergastoplasma, *Journ. de l'anat. et de la physiol.*, 1910; — La base cellulaire de l'hérédité, *Sciencia*, 1912; — *Traité d'embryologie.*

RENAUT. *Traité d'histologie pratique.*

SABATTIER. *Contribution à l'étude des globules polaires et des éléments éliminés de l'œuf*, Montpellier 1884.

SELENKA. *Befruchtung des Eies von Tonopneustes variegatus*, Leipzig 1878.

SOBOTTA. Die Befruchtung und Furchung des Eies der Maus, *Arch. f. mikr. Anat.*, 1895.

VAN DER STRICHT. Maturation et fécondation de l'œuf d'amphioxus, *Arch. de biol.*, 1896.

TAFANI. I primi momenti dello sviluppo dei mammiferi, *Pubbl. del Istituto di studi superiori in Firenze*, 1889.

WEISSMANN. *Ueber die Vererbung*, Iéna 1889; — *Die Continuität des Keimplasma als Grundlage einer Theorie der Vererbung*, Iéna 1885; — *Amphimixis oder die Vermischung der Individuen*, Iéna 1891.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 10 MAI 1920)

Action des microbes de la flore des eaux d'égout épurées par le procédé des « boues activées » sur les hydrates de carbone. — MM. Paul COURMONT et A. ROCHAIX. Les microbes de la flore des eaux d'égout épurées par le procédé des boues activées possèdent sur les hydrates de carbone une action fermentative variable suivant chaque espèce, mais certaine, montrant que la destruction des substances ternaires au cours du processus d'épuration peut être produite par action microbienne.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 18 MAI 1920)

Les Instituts d'hygiène. — M. DELORME pense que la communication, sur ce sujet, de M. Hayem devrait servir de point de départ à une ample discussion. Il faudrait aussi étudier l'organisation des instituts médicaux. Selon M. Delorme, ces instituts médicaux devraient constituer des centres autonomes sans rattachement étroit aux Facultés de médecine. La tâche principale des professeurs de Faculté devrait être l'enseignement de la jeunesse médicale. Si l'on y ajoute les services d'hôpital, les exigences de la clientèle, les occupations diverses aux Sociétés savantes ou ailleurs, on reconnaîtra qu'il faut une foi scientifique bien ardente, une nature exceptionnelle pour répondre à ces multiples charges.

En 1911, M. Hayem a soutenu la même opinion. M. Delorme soumet à l'Académie ces courtes réflexions qui, bien qu'en discordance avec certaines directions, sont inspirées par le même esprit : l'intérêt de la science et du pays.

Demandes ou autorisations de fabriquer des sérums. — M. MARTIN fait, sur ce sujet, un rapport dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

Sur une affection précancéreuse récemment décrite. — M. DARIER fait une communication sur une affection cutanée précancéreuse, la dermatose de Betten.

L'encéphalite léthargique. — M. Léon BERNARD, en son nom et au nom de M. Jules RENAULT, fait connaître les résul-

tats de l'enquête épidémiologique du ministère de l'Hygiène sur l'encéphalite léthargique; en voici le résumé : 464 cas; les enfants sont atteints deux fois moins que les adultes, les personnes âgées le sont très rarement. Sur les cas signalés, la mortalité est grande, 30 p. 100.

Nulle part l'épidémie n'a été intense. Les cas sont tellement isolés les uns des autres dans les villes et dans les campagnes que la plupart des médecins se refusent à admettre l'idée de contagion; les autres se demandent si la propagation de la maladie ne se fait pas comme celle de la méningite cérébro-spinale, par l'intermédiaire des porteurs sains de virus, et les convalescents. En tout cas, la contagion directe n'a jamais été observée.

Les rapports sont unanimes pour écarter toute espèce de relation entre la poliomyélite et l'encéphalite léthargique. Par contre, dans les 9/10 des cas, les médecins signalent la simultanéité des cas de grippe et des cas d'encéphalite et insistent sur la possibilité de rapports très étroits entre ces deux maladies.

Il est enfin intéressant de noter la décroissance actuelle de l'épidémie : 70 cas en janvier, 206 en février, 144 en mars, 44 en avril.

M. J.-A. Sicard montre combien l'encéphalite épidémique est protéiforme dans sa symptomatologie clinique et surtout dans ses modalités de début.

L'insomnie rebelle; les algies d'une acuité extrême; les secousses musculaires; les myoclonies de types divers, diaphragmatique, faciale ou autres, la paraplégie; le délire aigu, en dehors de tout signe classique oculo-léthargique, peuvent marquer le premier stade de la maladie.

Ainsi l'encéphalite épidémique, qui serait mieux dénommée « névraxite épidémique », à cause de son polymorphisme, peut se cacher à ses débuts sous les masques les plus trompeurs, favorisant des erreurs diagnostiques difficilement évitables à cette phase initiale.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(séance du 14 mai 1920)

Traitement des adénites bacillaires. — M. H. Dufour préconise comme traitement des adénites bacillaires l'ingestion par voie buccale de teinture d'iode prise dans du lait à la dose de CXX gouttes par jour que l'on atteint progressivement. C'est pour lui, jusqu'à nouvel ordre, le traitement de choix auquel on doit associer si possible, mais non nécessairement, la radiothérapie. S'il y a des suppurations, celles-ci doivent être évacuées par de petites ponctions au bistouri scarificateur, de façon à ne laisser que des cicatrices imperceptibles. Depuis plusieurs années, il a traité des adénites cervicales chez une quinzaine de malades et il présente deux sujets guéris depuis 1 et 3 ans sans que l'on puisse se douter de la déformation cervicale énorme existant au début du traitement.

Traitement de la tuberculose pulmonaire. — M. H. Dufour présente trois malades tuberculeux pulmonaires pouvant être considérés comme guéris, puisqu'ils ne toussent pour ainsi dire plus et n'expectorent plus de bacilles. L'une de ces malades est guérie depuis plus de 2 ans d'une forme congestive avec hémoptysies par le pneumothorax artificiel. Les deux autres, un homme et une femme, atteints de forme de tuberculose pulmonaire sans grande fièvre, mais avec ramollissement des sommets et expectoration très bacillifère ont reçu l'un 52, l'autre 80 piqûres intraveineuses d'un composé contenant de l'iode, du benzoate de soude et du méthylformine. Il résulte de l'expérience de l'auteur qui l'a employé chez une cinquantaine de malades présentant toutes les formes de la tuberculose pulmonaire qu'il ne détermine pas d'accidents hémoptoïques, mais qu'il faut le réserver aux malades fébricitants. L'expectoration diminue puis disparaît avec le temps. Il s'est toujours agi de malades traités antérieurement par d'autres méthodes.

Le traitement des ictères par le goutte à goutte sucré, urotropiné. — M. P.-E. Weil rapporte les résultats que lui a donné l'administration quotidienne d'un goutte à goutte composé d'un litre d'eau bouillie, additionné de sucre, 45 g., et d'urotropine, 1g50, dans 30 cas d'ictère. Dans les ictères catarrhaux bénins (19 cas) et les ictères toxiques néosalvarsaniqués (3 cas) en un temps très court (2 à 4 jours), les urines montent à 3 litres et persistent à ce taux. Les symptômes d'intoxication biliaire cessent (céphalée, sensations de fatigue et de courbature, prurit, fièvre), l'appétit revient. Les selles se recolorent rapidement et diminuent de volume; la jaunisse disparaît. En 8 jours le malade guérit et reprend plusieurs kilos. Le seul symptôme qui persiste plus longtemps est la bradycardie. Dans les ictères lithiasiques on obtient souvent mêmes résultats, que l'ictère soit récent ou déjà ancien. Grâce à ce traitement, l'auteur a pu empêcher plusieurs fois l'opération chirurgicale décidée. Mais quand il y a obstruction du cholédoque par un calcul, ou fièvre bilio-septique, ou abcès aréolaires du foie, la jaunisse persiste sans diurèse durable. Dans les ictères des cirrhoses et des néoplasmes hépatiques ou biliaires la diurèse peut être nulle ou intermittente sans disparition de la jaunisse. Outre son importance thérapeutique, la méthode possède une valeur diagnostique pour reconnaître une cirrhose latente du foie.

Fistule broncho-cutanée. — MM. Achard et Leblanc présentent un malade blessé à Floursies, en septembre 1916, d'une balle qui traversa la poitrine et détermina une suppuration hépatique et pleurale avec fistule biliaire. La fistule se ferma; puis 5 mois après la blessure, une pleurésie purulente se reproduisit nécessitant une pleurotomie qui fut faite en arrière et guérit en 3 mois. Un an après la blessure, récidive de pleurésie qui s'ouvrit spontanément au niveau de la cicatrice opératoire et guérit en 2 mois. Pendant 2 ans aucun incident. Puis en novembre 1919, reprise du point de côté, toux, fièvre et production d'une vomique. Après une amélioration, en mars 1920, reprise de fièvre et ouverture spontanée d'une collection purulente au niveau de l'ancienne cicatrice de thoracotomie. Depuis on observe un balancement remarquable entre les quantités de pus évacuées par la fistule et par l'expectoration et la fièvre apparaît toutes les fois que l'évacuation diminue d'abondance. Il est probable qu'il y a cloisonnement pleural et qu'il ne subsiste plus guère de poche pleurale, mais qu'il y a un trajet broncho-cutané anfractueux qui se draine mal par les bronches et insuffisamment aussi par la fistule cutanée; celle-ci se prête très mal à la dilatation. Il paraît nécessaire d'intervenir plus largement.

Encéphalite léthargique à forme prolongée. Troubles de l'équilibre. — MM. Achard et Leblanc présentent un malade atteint depuis près de 5 mois. Les symptômes dominants ont été la somnolence et l'agitation délirante qui s'entremêlaient. En fait de symptômes accessoires, on ne relève que de légères myoclonies, des troubles oculaires légers et passagers, un peu de tremblement et des troubles de l'équilibre. Le tremblement et un peu d'adiadococinésie s'ajoutent à ce syndrome cérébelleux qui reste incomplet et fragmentaire. Malgré la longue durée de la maladie, les accidents nerveux n'ont pas été aussi variés qu'on les voit souvent dans des formes beaucoup plus courtes. Il est remarquable qu'on n'ait jamais constaté de troubles des réflexes tendineux. Pourtant la marche de la maladie n'a pas été uniforme, elle a ondulé avec des alternatives dans la somnolence; on n'a trouvé aucun rapport entre l'évacuation morbide et la fièvre, ni la lymphocytose rachidienne. Par contre, on a remarqué plusieurs fois que la somnolence reprenait quand le pouls baissait (48-42) et que la pression artérielle diminuait

(10 mm.-6 mm.), à noter l'échec thérapeutique de 3 essais de sérothérapie avec le plasma de malades qui paraissaient convalescents.

Un nouveau cas de localisation facio-masticatrice du syndrome excitomoteur tardif de l'encéphalite épidémique. — M. P. MARIE et Mlle G. LÉVY montrent un malade qui présente des mouvements involontaires localisés au niveau de la face, en particulier au niveau des masticateurs. Ces mouvements sont survenus 2 mois après un épisode primitif d'encéphalite épidémique à forme fruste sans localisation motrice ou sensitive prémonitoire. Ce nouveau cas confirme l'existence d'une forme localisée du syndrome excitomoteur tardif de l'encéphalite sur laquelle les auteurs ont attiré l'attention récemment.

Note sur un cas d'encéphalite léthargique avec coexistence de somnolence, paralysies partielles oculaires, mouvements choréo-athétosiques, secousses myocloniques, catatonie et troubles délirants (forme mixte à symptômes intriqués). — MM. H. BOURGES et M. MARCANDIER (hôpital maritime de Brest).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 5 MAI 1920)

Traitement des arthrites suppurées par la méthode de Willems. — M. HARTMANN rapporte deux nouveaux cas à l'appui de cette méthode. Il s'agit, dans le premier, d'un homme de 28 ans atteint d'une arthrite blennorragique qui s'aggrave, la température atteignant 39°. Le genou est globuleux, chaud, empâté, œdématié; on fait une ponction au bistouri, on retire un liquide louche contenant des gonocoques; on fait de la mobilisation passive et active. Guérison rapide, avec conservation des mouvements.

Le second cas a trait à une femme de 21 ans atteinte de blennorragie; elle se plaint d'une douleur dans le pied; ponction, liquide avec gonocoques, mouvements actifs et passifs, guérison très rapide. Elle pouvait marcher 4 jours après.

M. DESCOMPS, pour atténuer, dans ces cas, les douleurs résultant de la mobilisation, a obtenu de très bons résultats de l'emploi, même préalable, de la médication solaire ou, à défaut de soleil, du chauffage lumineux.

Plaies thoraco-abdominales. — M. WIART analyse 3 observations adressées par M. Roux-Berger :

Dans le premier cas, il s'agissait d'une plaie de la rate par projectile de guerre. M. Roux-Berger ouvre la cavité pleurale, trouve une petite déchirure du poumon qu'il suture, incise le diaphragme, constate un orifice sur la rate, cherche le projectile, constaté à la radioscopie, ne le trouve pas, ferme l'orifice de la rate, suture le diaphragme et ferme l'incision thoracique. Le blessé a très bien guéri, tout en gardant son projectile.

Dans le second cas, il s'agit d'une plaie du foie par balle de revolver; résection de la 6e côte, ouverture de la plèvre, petite plaie du foie et plaie de la face postérieure du diaphragme du côté gauche; c'est là qu'on trouve la balle; suture de la plaie hépatique et de la plaie diaphragmatique, fermeture du diaphragme et de la plèvre, guérison.

Le troisième cas se rapporte à une plaie de l'estomac par coup de couteau. Par la plaie fait hernie un segment d'épiploon. M. Roux-Berger incise la plèvre, suture une petite plaie du poumon, sectionne le diaphragme, trouve une plaie de l'estomac qu'il ferme, guérison.

M. Wiart fait observer que, dans ces trois cas, M. Roux-Berger est passé par la voie transpleurale. Il n'a pas toujours eu un jour suffisant et, dans un de ces trois cas, il a dû agrandir l'ouverture par une résection du bord cartilagineux du thorax, c'est une manœuvre qui rend inutile la résection costale.

M. BAUMGARTNER dans des cas analogues a toujours eu recours à la voie transpleurale et s'en est bien trouvé.

Colpectomie totale pour grands prolapsus utérins. — M. SAVARIAUD analyse un travail de M. Desmarest relatif au traitement des grands prolapsus utérins. M. Desmarest commence par inciser de chaque côté la muqueuse vaginale dont il ne laisse que deux bandes, puis il pratique l'hystérectomie vaginale avec suture et il termine par une suture des muscles releveurs. M. Desmarest a eu recours à ce procédé sur 10 malades, avec 10 succès.

M. Savariaud se demande s'il est bien utile de recourir à l'hystérectomie vaginale. Il lui semble bien que la colpectomie totale devrait suffire. On peut conserver, dans ces cas, un corps utérin d'ailleurs toujours plus ou moins atrophié. La suture des releveurs ne semble pas non plus indispensable. Pour M. Savariaud l'opération de choix est la colpectomie combinée avec une colpopérinéorraphie.

Lésion complexe de l'annulaire. — M. LENORMANT fait un rapport sur une observation adressée par M. Moure. Il s'agit d'une femme de 39 ans présentant des accidents donnant l'apparence de gommes sur la partie inférieure de l'avant-bras droit; il se fit une collection purulente qui fut ouverte; il resta une gomme tuméfiée et ulcérée. Trois mois après, sur l'annulaire, apparaît un gonflement ressemblant à un spina ventosa; peu de temps après, cette femme présenta une raucité de la voix; sur un des arythénoïdes existait une gomme syphilitique. Quant au pseudo-spina ventosa, ce qui le différenciait du vrai spina ventosa tuberculeux, c'était, d'une part, l'absence de douleurs, et, d'autre part, la conservation des mouvements; d'ailleurs à la radiographie, on ne trouvait pas les caractères des lésions bacillaires; il existait un ganglion épithrocléen. Quoi qu'il en soit, on conclut à des manifestations syphilitiques et on institua un traitement antisyphilitique qui amena une assez rapide amélioration.

Tumeur de la région frontale, accidents cérébraux. — Autre rapport de M. LENORMANT sur l'observation suivante, communiquée par M. Favreul (de Nantes). Un homme portait depuis assez longtemps une tumeur frontale suppurée. Après un coup violent sur le front, il fut pris de vertiges, de vomissements, de céphalée, d'obnubilation. Les accidents s'accentuant, M. Favreul trépana; il y avait une fracture du frontal avec infection. Il agrandit le trait de fracture, sous lequel il trouva une collection purulente et un corps étranger qui n'était autre que le bout d'une lame de couteau, bout mesurant encore 6 cm. Le corps étranger fut enlevé, la plaie soigneusement nettoyée. Survint après une hernie cérébrale en voie de sphacèle; M. Favreul reséqua cette portion de cerveau sphacélée et sutura. Après l'opération, le malade, pour la première fois, présenta de l'épilepsie jacksonienne; puis survint un état de stupeur, de la paralysie du bras droit, des troubles de la parole. Enfin l'état finit par s'améliorer.

Duret rapporte 19 observations de plaies craniennes par coup de couteau. Ces lames tronquées sont parfois tolérées. Un blessé en garda une pendant 18 ans sans présenter de troubles appréciables, c'est à l'autopsie qu'on la découvrit.

M. Lenormant fait remarquer que, dans le cas rapporté par M. Favreul, il est survenu des accidents graves après l'intervention. Les indications du traitement opératoire sont, dans ces cas, souvent fort difficiles. Ne vaudrait-il pas mieux, en pareil cas, se contenter de faire de bons pansements et abandonner la résection de la hernie cérébrale traumatique?

M. DE MARTEL rapproche de ce fait celui d'un homme qui avait une balle dans le cerveau qu'il toléra pendant assez longtemps. Cet homme fit une chute sur la tête, survint un abcès cérébral qui, malgré la trépanation, entraîna la mort.

M. SAVARIAUD se demande si, dans ces cas, le traumatisme ne joue pas plutôt un rôle révélateur qu'un rôle producteur de l'abcès cérébral.

M. ALGLAVE dit que deux points sont en discussion, la tolérance du cerveau pour certains corps étrangers et le traitement des hernies cérébrales. Un blessé a gardé une balle dans la région temporale droite ; il n'eut qu'un peu d'hémiplégie passagère. Onze mois après, éclatèrent des accidents nerveux symptomatiques d'un abcès cérébral autour du corps étranger. M. Alglave trépana et enleva la balle, il resta une hernie cérébrale et la mort survint 4 ou 5 semaines après. Dans un autre cas, superposable au précédent, la hernie cérébrale consécutive a disparu spontanément.

M. SEBILEAU pour les accidents cérébraux consécutifs aux lésions auriculaires recommande de faire d'abord une ponction exploratrice à travers la dure-mère et, s'il y a du pus, de chercher à l'évacuer par de très petites incisions sur la dure-mère. Il y a grand intérêt à ne pas aller plus loin. On met un petit drain qu'on enlève à chaque pansement et on fait chaque fois un lavage à très petite pression. On peut ainsi éviter les hernies cérébrales.

Contusion cérébrale chez un enfant. — M. MOUCHET fait un rapport sur une observation de M. Pellissier. Un enfant d'un an fait une chute sur la tête, se remet à jouer puis dort 20 minutes ; il se réveille en présentant des convulsions, de la stupeur ; le pouls est à 132, la respiration ralentie, déviation conjuguée, hémiplégie, convulsions à gauche. La ponction lombaire donne un liquide transparent, normal. Malgré l'état assez grave de l'enfant, on estime qu'il n'y a pas lieu d'intervenir et qu'il vaut mieux attendre. En effet l'état s'améliore, l'hémiplégie disparaît et l'enfant marche vers la guérison. Il s'agissait ici d'une contusion cérébrale sans fracture.

Traitement des pseudarthroses. — M. LAMBRET apporte 36 cas de pseudarthroses du radius, du cubitus, de l'humérus, du tibia, du fémur qu'il a traités avec succès par les greffes, en particulier par la greffe de Delagénière.

(SÉANCE DU 12 MAI 1920)

Arthrite sèche, fixation de la rotule sur le fémur. — M. LECÈNE fait un premier rapport sur une observation adressée par M. Villette (de Dunkerque) : il s'agit d'une malade atteinte d'arthrite sèche du genou ; sur la rotule s'était formé une sorte de crochet osseux qui s'accrocha au fémur et bloqua l'articulation dans l'extension. Opération : décrochage, grattage et curettage de l'articulation. Guérison. M. Lecène regrette que l'auteur, au cours de l'arthrotomie, n'ait pas enlevé le crochet osseux rotulien.

Plaie perforante de l'abdomen par coup de couteau. — Second rapport de M. LECÈNE sur un cas, adressé par M. Villar (de Bordeaux), de perforation intestinale par coup de couteau ; il y a avait une hernie du grêle qui a été réduite ; mais M. Villar ayant agrandi la ponction faite par le couteau trouva une anse intraabdominale perforée, la sutura et referma. Guérison. Dans ces opérations, M. Villar se sert de champs opératoires chauffés par une lampe électrique de mille bougies.

Occlusion intestinale par diverticule de Mœckel enflammé. — M. VEAU rapporte une observation, de M. Leston (de Dijon), d'occlusion intestinale par diverticule de Mœckel, avec péritonite localisée. Opération, guérison. A propos de ce fait, M. Veau rappelle les diverses causes d'occlusion, dans ces cas, mécaniques ou pathologiques.

Traitement des perforations d'ulcères gastriques, pyloro-duodénales ou duodénales. — Suit un important rapport de M. DUVAL, à propos de deux observations de M. Basset, sur cette question que ni M. Basset, ni M. Duval, ni ses collègues de la Société ne sont arrivés à résoudre : quand on opère d'urgence un de ces ulcères, venant de se perforer, faut-il toujours ajouter à la suture de l'ulcère une gastro-entérostomie immédiate? Comme Hippocrate et Gallien, les uns disent oui, les autres non. Il y a autant de statistiques américaines ou autres en faveur de l'une ou l'autre des deux conduites.

Dans ces deux cas qu'il présente, M. Basset avait fait la suture de l'ulcère sans y ajouter la gastro-entérostomie. Le premier cas a très bien guéri. Dans le second cas, il s'est fait consécutivement de la rétention et M. Basset dut faire une gastro-entérostomie secondaire. Le malade mourut de pneumonie. M. Duval fait observer avec raison que dans ces cas d'opérations d'extrême urgence il n'est pas possible de faire des examens préalables de l'estomac et d'être fixé en quoi que ce soit sur son fonctionnement. On a affaire, en outre, à des malades graves, chez lesquels il faut aller vite et réduire au minimum l'intervention. Enfin, s'il survient du rétrécissement, on peut recourir ultérieurement à une gastro-entérostomie secondaire.

Ce sont là des arguments, contre la gastro-entérostomie immédiate. Mais, par contre, M. Duval nous fournit des statistiques en grand nombre et il y en a autant pour que contre la gastro-entérostomie immédiate. Il en est de cette question comme de beaucoup d'autres : question d'espèces ; il s'agit de malades et non de maladies.

On pourrait donc admettre deux catégories de malades, ceux dont l'état grave nécessite une intervention très rapide et, dans ces cas, peu de gastro-entérostomie immédiate, ceux enfin dont l'état moins grave autorise cette gastro-entérostomie immédiate qui a bien ses avantages au point de vue de l'avenir de ces malades. Quoi qu'il en soit, M. Duval ne conclut pas.

Une discussion s'engage dans laquelle MM. Souligoux, Robineau, Proust, Lapointe, Baudet, Hartmann, Lecène, prennent successivement la parole pour plaider tantôt le pour, tantôt le contre.

Traitement des tumeurs vésicales par les courants de haute fréquence. — M. HEITZ-BOYER fait une importante communication sur ce sujet. Grâce à un appareil portatif et pratique, M. Heitz-Boyer a pu soigner un grand nombre de malades par ce procédé et en a obtenu de bons résultats.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 24 AVRIL 1920)

Echinococcose cérébrale métastatique expérimentale. — M. F. DÉVÉ a obtenu, chez le lapin, un kyste hydatique du cerveau par injection intracarotidienne de sable échinococcique. L'animal présente, dans la dernière semaine, des symptômes de tumeur cérébrale, cette expérience reproduit les faits d'échinococcose cérébrale métastatique consécutifs à la rupture latente d'un kyste hydatique du cœur gauche, et observés en pathologie humaine.

Développement de la tente du cervelet. — M. CLERMONT.

Action de l'alcool benzylique sur les toxines et sur la tuberculine. — M. J. JACOBSON. 1° Des doses mortelles de toxines diphtérique et tétanique, mélangées in vitro avec l'alcool benzylique et injectées à des cobayes neufs, ne provoquent pas la mort.

2° La réaction fébrile provoquée chez les cobayes tuberculeux par la tuberculine mélangée avec l'alcool benzylique ne dépasse pas 0°2 à 0°6.

3° La dose mortelle de la tuberculine brute mélangée avec l'alcool benzylique et injectée à des cobayes tuberculeux depuis 5-6 semaines ne provoque pas de symptômes généraux et n'entraîne pas la mort.

— Communication faite à la Société de biologie de Lyon (19 avril) :

I. Agglutination des bacilles diphtériques ; II. Les types de bacilles diphtériques déterminés par l'agglutination et l'absorption des agglutinines. — M. Paul DURAND décrit

dans une première note la préparation de sérums agglutinants pour le bacille diphtérique, ainsi que la technique des épreuves d'agglutination et d'absorption des agglutinines.

Il indique ensuite qu'en se basant sur les résultats de ces deux épreuves, dont la seconde plus compliquée est aussi plus précise et plus constante que la première, il a pu constater parmi les bacilles diphtériques l'existence de 5 types très nettement tranchés au point de vue sérologique et d'un reliquat formé de bacilles atypiques.

Il n'y a pas de rapports sérologiques entre bacilles diphtériques et bacilles pseudodiphtériques.

(SÉANCE DU 1er MAI 1920)

Modifications de l'équilibre azoté du sérum sanguin au cours de l'ictère catarrhal. — MM. BRODIN et J. ODDO ont dosé l'urée et l'azote total non protéique du sang chez 10 sujets atteints d'ictère catarrhal sans azotémie. Chez tous ils ont constaté un abaissement du rapport azotique $\frac{\text{urée}}{\text{azote total}}$ d'autant plus marqué que l'affection paraissait plus sérieuse.

Ils rapprochent cet abaissement du rapport azotémique de celui que l'on observe chez les animaux en état de jeûne et en concluent que, par suite d'un certain degré d'insuffisance hépatique, l'organisme est incapable d'utiliser les aliments ingérés, d'où l'amaigrissement observé parallèlement. Ce trouble du métabolisme azoté est un argument de plus en faveur de la thèse qui fait de l'ictère catarrhal, non pas un simple trouble de l'élimination biliaire, mais une lésion frappant directement la cellule hépatique.

Microcolorimètre et néphélimètre. Un nouvel instrument. — MM. A. BAUDOUIN et Henri BÉNARD présentent un instrument qu'ils ont fait construire en vue de recherches de chimie clinique par les microméthodes.

Cet appareil peut d'abord être utilisé comme colorimètre : les godets ont une contenance de 1 cmc. pour une hauteur de 2 mm.

Il peut être facilement transformé en néphélimètre (ultraphotomètre) en remplaçant les plongeurs et les godets par un dispositif spécial d'éclairage latéral à fond noir.

On peut également substituer à l'oculaire un petit spectroscope à vision directe qui permet de se servir de l'appareil comme spectroscope comparateur.

Caractères biologiques et chimiques du liquide duodénal dans les ictères. — M. H. MAUBAN. Si l'on excepte les cas où l'ictère est produit par un cancer de la tête du pancréas, il semble que dans l'ictère en général le suc duodénal extrait par tubage direct ressemble beaucoup au liquide duodénal normal. Il est un peu moins abondant et moins riche en pigments et acides biliaires, mais il est exceptionnel que la sécrétion biliaire y soit totalement supprimée. Les ferments pancréatiques y sont par contre nettement plus actifs qu'à l'état normal, soit à cause d'une moindre dilution du suc pancréatique dans un liquide biliaire raréfié, soit plus vraisemblablement par un phénomène réactionnel de suppléance.

(SÉANCE DU 8 MAI 1920)

Le dosage de l'acide urique dans le sang. — MM. A. CHAUFFARD, P. BRODIN, A. GRIGAUT ont dosé l'acide urique dans le sang par un procédé colorimétrique basé sur la réaction bleue que donnent l'acide urique et les purines avec le réactif phosphotungstique de Folin et Denis.

Les dosages ont été faits le matin à jeun et uniquement sur le plasma et le sérum ; la teneur des hématies en acide urique étant beaucoup plus élevée que celle du sérum.

A l'état normal, le taux d'acide urique semble osciller entre 4 et 5 centigrammes par litre de sérum.

A l'état pathologique, les auteurs l'ont trouvé normal ou, le plus souvent, abaissé dans les infections, la goutte et le rhumatisme articulaire aigu ; augmenté, au contraire, dans les néphrites et chez les artérioscléreux hypertensifs.

Rapport de la Commission nommée par la Société de biologie dans sa séance du 8 février 1919, composée de MM. H. BIERRY, E. MARCHOUX, L. MARTIN et P. PORTIER. — A la suite d'un échange de vues sur la question des microbes symbiotes, la Société nous a invités « à entreprendre des recherches en commun sur le point suivant : le testicule et ses annexes renferment-ils à l'état normal des micro-organismes? »

Des expériences d'ensemencement faites à l'Institut Pasteur dans le laboratoire de L. Martin, et qui ont porté sur les testicules de coqs et de cobayes, il résulte que :

1° Le transport de morceaux d'organes d'un animal dans des milieux de culture est toujours difficile à réaliser avec une asepsie constante, c'est une des opérations les plus délicates de la bactériologie.

2° On n'obtient généralement pas de cultures en partant d'organes sains quand, pour ensemencer les milieux, on se sert de pulpe de testicules recueillie au moyen d'un tube effilé de Pasteur.

3° On peut rencontrer, dans des conditions et des proportions qui, pour être fixées, exigeraient un nombre considérable d'expériences, des microbes dans les testicules, quand on opère avec des organes entiers ou des fragments volumineux. La présence de ces microbes dans les testicules n'est pas un fait constant ; il est impossible dès lors d'affirmer leur existence à l'état normal.

Recherches expérimentales sur l'encéphalite épidémique (*troisième note*). — MM. C. LEVADITI et P. HARVIER montrent que le virus de l'encéphalite n'est pas inoculable au lapin par la voie périnéale, veineuse et trachéale, que l'inoculation par le nez ne donne de résultats positifs qu'après scarification de la muqueuse nasale ; que chez l'animal atteint d'encéphalite, le sang, la moelle osseuse, le poumon, le foie, la rate, le rein, les glandes salivaires ne renferment pas le virus de la maladie ; que le singe, injecté par voie sous-cutanée avec le virus de l'encéphalite, contracte la poliomyélite comme un animal de même espèce, non préparé ; enfin que, dans certains cas, le virus de l'encéphalite humaine est doué d'un pouvoir pathogène atténué pour le lapin.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 16 AVRIL 1920)

Contusion thoraco-abdominale (éclatement du foie, masque ecchymotique). — MM. CATHALA et VINON.

Cancer du testicule. Présentation de pièces. — M. DELORD.

Suites éloignées d'une ovariotomie simple pour cancer de l'ovaire chez une fillette de 8 ans et demi. (Pas de récidive après 7 ans.) — MM. ETIENNE et AIMES.

Un cas de chorée aiguë au cours de l'épidémie actuelle d'encéphalite léthargique. — MM. EUZIÈRE et MARGAROT. Une jeune fille fait une chorée aiguë, intense, généralisée avec fièvre à 40° pendant 3 jours. Les mouvements se calment ensuite et sont remplacés pendant quelques heures par des secousses myocloniques localisées. Pas de léthargie, pas de paralysies oculaires nettes quoique la malade ait accusé une diplopie fugace. Au début rash scarlatiniforme pendant toute la durée des phénomènes aigus, douleurs intenses dans le bras droit. Une première ponction lombaire montre

une dissociation albumino-cytologique par hypercytose; une seconde un liquide normal. Les auteurs pensent être en présence d'une forme choréique de l'encéphalite actuelle à classer à côté des formes léthargique, parkinsonienne et myoclonique.

(SÉANCE DU 23 AVRIL 1920)

Luxation traumatique de la hanche et fracture du sourcil cotyloïdien. — MM. VINON et CATHALA.

Traumatismes craniens et signe d'Argyl. — MM. J. EUZIÈRE et J. MARGAROT. 1° Une commotion nerveuse grave, une fracture du crane, n'intéressant pas l'orbite, peuvent donner lieu à un signe d'Argyl bilatéral en général incomplet et éphémère.

2° Une lésion de l'orbite peut entraîner l'abolition du réflexe lumineux du côté blessé.

Dans ce dernier cas il est logique de supposer une lésion du ganglion ciliaire. Dans le premier il s'agit vraisemblablement le plus souvent d'une altération siégeant dans le voisinage de l'aqueduc de Sylvius.

Syndrome de la calotte protubérantielle, région paramédiane. Astéréognosie très marquée avec intégrité sensitive presque complète. — Mlle SENTIS et M. LEENHARDT.

Un cas de fibrome de l'ovaire. — MM. P. DELMAS et J. COHEN. Chez une multipare de 36 ans le toucher vaginal montre que d'abondantes ménorragies, survenues il y a 6 mois, relèvent d'un polype intracervical. Seul, l'examen bimanuel permet de découvrir à droite de l'utérus une tumeur dure et très mobile, jusqu'alors insoupçonnée.

Après hystérectomie vaginale pratiquée sous rachianalgésie rachidienne cocaïnique, cette masse latérale, du volume d'un œuf de poule, est reconnue à la coupe pour un fibrome de l'ovaire.

Les auteurs soulignent la latence de cette affection même dans le cas de torsion de pédicule, ce qui semble dû à leur faible volume. Les ménorragies observées dans ce cas leur paraissent plutôt relever d'une endométrite concomitante, secondaire elle-même au polype intracervical.

Encéphalite léthargique avec myoclonie. — MM. RIMBAUD et SAPPEY.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES PRIMES DE DÉMOBILISATION DES ÉLÈVES DE L'ÉCOLE DE LYON

M. de Magallon, député, demande à M. le ministre de la Guerre : 1° en vertu de quel texte législatif ou de quelle circulaire on peut priver du bénéfice des primes mensuelles de présence au front les élèves de l'Ecole du Service de santé militaire de Lyon, promotion 1914, qui comptent 5 années de 1re ligne; 2° quel texte, ajoutant à cette injustice, peut priver ces jeunes gens, tous sous-aides-majors actuellement, du bénéfice des nouvelles soldes, accordées en août 1919, aux adjudants-chefs au grade desquels ils sont assimilés et s'il ne paraît pas urgent de remédier à un tel état de choses, si préjudiciable et injustifié, à l'égard d'anciens combattants qui se consacrent au service de l'État. (*Question du 23 mars 1920.*)

Réponse. — 1° L'indemnité de démobilisation n'est due, en exécution de l'article premier de la loi du 22 mars 1919, qu'aux militaires qui auraient été maintenus sous les drapeaux en raison de la guerre. L'article premier de l'instruction du 27 mars précise que l'indemnité fixe n'est pas due, en particulier, aux militaires engagés volontaires avant le 2 août 1914 dont le contrat n'est pas arrivé à expiration à la date du 24 octobre 1919. En conséquence, les élèves de l'Ecole du Service de santé militaire de Lyon qui sont astreints à contracter, avant leur entrée à cette Ecole, un engagement spécial de 6 années, ne peuvent prétendre à l'indemnité fixe ni aux primes mensuelles de démobilisation pendant la durée de leur engagement. 2° Les sous-aides-majors ont droit à la même solde que les adjudants-chefs (décret du 18 janv. 1917, art. 2). Le décret du 25 août 1919 a attribué à ces derniers un relèvement de solde, sous forme de supplément temporaire de haute paye, mais seulement quand ils servent au delà de la durée légale en vertu d'un contrat. Les sous-aides-majors ont droit au même avantage quand ils servent dans les mêmes conditions. (*J. O.*, 30 avril 1920.)

LIVRES NOUVEAUX

Santé, comment se bien porter [d'après l'enseignement théosophique] (1), par le Dr A. AUVARD, accoucheur honoraire des hôpitaux de Paris.

M. Auvard, qui fut un bon maître et un excellent accoucheur, est devenu théosophe, de quoi on ne saurait le blâmer, puisque c'est sans doute pour sa plus grande satisfaction. Dans le but de faire connaître les idées de la théosophie, il a créé une bibliothèque *évoluiste*, et le présent volume porte le n° 14 de la série. Il est consacré à expliquer comment la doctrine théosophique nous aide à maintenir et même à rétablir notre santé.

J. LAUMONIER.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mercredi 26 mai. — Jury : MM. Roger, président; Hartmann, Legueu et Gosset. — M. DE ANDRADE (Jorge). Contribution à l'étude de l'ostéopsathyrose. — M. PAGÈS (Louis). Contribution clinique à l'étude du réflexe cutané abdominal comme moyen de diagnostic de l'appendicite. — M. BERTAUX (André). Contribution à l'étude de l'absence congénitale du tibia. — M. LE VOYER (Jean). Etude du traitement des fractures de la cuisse. — M. JARRIGE (François). Contribution à l'étude du traitement de la rétraction ischémique des muscles des doigts.

Jeudi 27 mai. — Jury : MM. Lejars, président; Carnot, Duval et Jeanselme. — M. LOUPIE (André). Diagnostic radiologique des épanchements sanguins. — M. SUSINI (Paul). Quelques considérations sur la syphilis des indigènes d'Algérie. — M. QUÉNU (Jean). Les hernies diaphragmatiques. — M. DEVAL (Joseph). Des abcès éberthiens. — M. BRÉVILLE (René). Le néosalvarsan (son action, etc.).

(1) In-12, broché. — Prix : 4 fr. 50. — Paris, Maloine et fils.

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 15 francs par an.
Étudiants étrangers, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 6 fr. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'OPHTALMOLOGISTE DES HÔPITAUX. — *Epreuve écrite.* — Séance du 19 mai. — MM. Bollack, 25 ; Bourdie, 27.

Epreuve clinique. — Séance du 20 mai. — MM. Bourdie, 15 ; Cerise, 18 ; Monbrun, 16 ; Welter, 18.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

1° *Internes titulaires.* — 1. MM. Huet, de Gennes, Bocage, Boulin, Auvigne, Cochez, Marquézy, Pierre, Chastang, Hirschberg,

11. Guillouet, Nora, Plichet, Gaume, Ruppe, Prieur, Gambillard, Lemariée, Mlle Labeaume, MM. Boulanger-Pilet,

21. Ravina, Dubois (Henri), Blamoutier, Gaillard, Aurousseau, Duval, Fouet, Joannon, Walter, Aubin,

31. Arbeit, Peignaux, Kermorgant, Cornet, Malgat, Lagrange, Bertrand (Louis), Surun, Laplane, Girard,

41. Meyer, Fruchaud, Hartmann, Lauzier, Humbert, Ecot, Delahaye, Doubrère, Ill, Rivalier,

51. Morice (André), Gayet, Dubois (René), Mlle Thivolet, M. Hartglass, Mme Michaux, MM. Joanny, Minvielle (Martin), Récamier, Barbier (Georges),

61. Marie, Bardon, Paturet, Clément (Robert), Winter, Grenier, Azoulay, Reinhold, Thalheimer, de Massary,

71. Perrochaud.

2° *Internes provisoires.* — MM. 1. Deroche, Godard (H.), Lanos, Lelong, Marchal, Hermet, Weismann, Walser, Aris, Richon,

11. Jousseaume, Weill (René), Broca, Vesselle, Dauptain, Delmas, Théodoresco, Leroux (Maurice), Isch-Wall, Larget,

21. Bartel, Valière-Vialeix, Chevallier (Henri), Le Chaux, Denoyelle, de Brun du Bois-Noir (Roger), Gervais, Desnoyers, Dujarier, Le Rasle,

31. Basch, Cordey, Bourdier, Tisné, Boyau, Marceron, Grellety-Bosviel, Béthoux, Vigneron, Aumont,

41. Ferrier (Louis), Monniot, Engelhard, Génin, Bazert, Tierny, Bernard (Etienne), Derville, Terris, Wallon (Emile),

51. Lebée, Florand, Rousseau (Pierre), Cerné, Solente, Debray, Laurent (Pierre), Guérin, Viollet, Lautman,

61. Lestocquoy, Phelippes de la Marnierre, Périsson, Niel, Lefèvre (Bernard), Veil (Prosper), Bayle, Chalet, Andral, Charon,

71. Ducuing, Huas, Boisnier, Laurent (Marcel), Metzger, Mérot, Bonnot, Potez, Froment, Ménard.

HOPITAUX DE PROVINCE. — MARSEILLE. — Le 26 juillet s'ouvrira un concours pour une place de chirurgien adjoint à la Maternité des hôpitaux de Marseille.

— MONTPELLIER. — Le concours de l'internat en pharmacie s'est terminé par la nomination de MM. Serre, Mangaladassou, Grès, internes titulaires ; M. Bousquet, interne provisoire.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — *Chirurgie générale et voies urinaires. — Leçon orale de 3/4 d'heure après 4 heures de préparation.* — Séance du 20 mai. — MM. Lefèvre : « Luxations pathologiques de la hanche (non congénitales) » ; — Basset : « Invagination intestinale aiguë » ; — Mocquot : « Diagnostic et traitement des cholécystites aiguës. »

Séance du 21 mai. — MM. Gérard : « Phlegmons aigus sus-hyoïdiens » ; — Ducuing : « Diagnostic et traitement des ulcères simples de l'estomac. »

Séance du 22 mai. — MM. Küss : « Formes anatomiques et cliniques de l'épithélioma de la langue; leur traitement » ; — Lapeyre : « Volvulus du côlon pelvien » ; — Duboucher : « Mal de Pott sous-occipital. »

Obstétrique. — Epreuve clinique. — MM. Lévy-Solal et Metzger, 26 ; Levant et Paucot, 28 ; Paquet, 27 ; Lemeland, 25 ; Job, 24 ; Adam et Rheuter, 26 ; Trillat, 27.

Résultat définitif. — Paris : MM. Lévy-Solal, 81 ; Metzger, 80 ; Levant, 78 ; Lemeland, 74.

Lille : MM. Paucot, 78 ; Paquet, 71.

Lyon : MM. Trillat, 85 ; Rhenter, 78.

Nancy : MM. Job, 73 ; Adam, 68.

Sont nommés : Paris, MM. Lévy-Solal et Metzger ; Lille, M. Paucot ; Lyon, M. Trillat ; Nancy, M. Job.

Ophtalmologie. — Jury : MM. de Lapersonne, Chavanaz, Frenkel, Broca, Dupérié, Truc, Rohmer.

Exposé de titres. — MM. Chéry, 13 ; Jeandelise, 25.

Physique et chimie médicales. — Epreuve d'admission. — Chimie : MM. Fontès, 23 ; Polonowski, 24 ; Florence, 23 ; Blanchetière, 24 ; Mestrezat, 17 ; Moog, 27.

Sont nommés : Physique : MM. Guilleminot, Strohl, Pech.

Chimie : MM. Blanchetière, Moog, Polonowski, Florence, Mestrezat.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Sont promus à la 1re classe, MM. les prof. Desgrez et Delbet ; est promu à la 2e classe, M. le prof. Brumpt.

CONCOURS DE MÉDECIN DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — *Composition écrite.* — 1° « Conduite à tenir pendant l'accouchement en cas de présentation de la face. » — 2° « Complications pulmonaires de la grippe sans le traitement. »

5e séance : MM. Balizeaux, 13 + 13 = 26 ; Feret, 11 + 16 = 27 ; Guerrier, 14 + 19 = 33 ; Thieux, 10 + 13 = 23.

INAUGURATION DU MONUMENT D'EMILE REYMOND. — En l'absence du Président de la République, victime d'un accident qui n'aura heureusement pas de suites sérieuses, M. Steeg, ministre de l'Intérieur, a procédé lundi à Montbrison à l'inauguration du monument élevé à la mémoire des soldats morts pour la patrie et en particulier à la mémoire du Dr Emile Reymond, chirurgien de la maison départementale de Nanterre, sénateur de la Loire, pilote aviateur, mort pour la France en 1914.

Après le général de Lacroix, le maire de Montbrison, le prof. Hartmann et le sénateur Jenouvrier, M. Steeg prit la parole à son tour pour lire le discours de M. Deschanel, qui a tracé un beau portrait de notre regretté confrère et a rappelé en termes émouvants sa fin héroïque.

Blessé à mort au cours d'une reconnaissance aérienne, Reymond tomba entre les lignes françaises et ennemies. Dégagé par une patrouille, agonisant, il rassembla ses dernières forces pour « rendre compte » de sa mission, et il s'éteignit.

Nous saluons très bas la mémoire de ce grand Français.

Alfred PAMARD

(D'AVIGNON)

A l'ombre du Palais des Papes, dans le vieil hôtel familial de la place de la Mirande, vient de s'éteindre, à l'âge de 83 ans, le Dr Alfred Pamard, ancien interne des hôpitaux de Paris, associé national de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur.

Alfred Pamard appartenait à cette belle dynastie des Pamard, lignée de chirurgiens, peut-être unique dans notre histoire, qui, depuis 1697, date à laquelle Pierre « Pamar », chirurgien et médecin, vint s'installer à Avignon, a fourni dans cette ville tant de savants distingués ou illustres.

Ce furent successivement :

Nicolas-Dominique Pamard (1702-1783), consul d'Avignon, doyen du collège de chirurgie; Pierre-François-Bénézet Pamard (1728-1793), consul d'Avignon, correspondant de l'Académie royale de chirurgie, anatomiste et oculiste, créateur de l'anatomie plastique et inventeur du *trèfle* ou *pique* de Pamard pour l'opération de la cataracte; Jean-Baptiste-Antoine-Bénézet Pamard (1763-1827), oculiste et chirurgien, membre correspondant de l'Académie royale de médecine; Paul-Antoine-Marie Pamard (1802-1872), député et maire d'Avignon, chirurgien de l'hôpital d'Avignon, père d'Alfred Pamard qui disparaît aujourd'hui.

Comme son père et son grand-père, Alfred Pamard avait fait ses études à Paris. Interne des hôpitaux en 1858 dans la promotion de Duplay, de Ferrand, de Valéry Meunier et de Proust, il retourna, suivant la tradition familiale, s'installer « en Avignon » ; il y occupait déjà une place importante, lorsque survint la guerre de 1870.

Pamard partit alors à la tête de la 4e ambulance de la Croix-Rouge et subit avec elle les vicissitudes de la campagne.

Fait prisonnier une première fois à la bataille de Beaumont, il ramena sa formation par la Belgique. Attaché à l'armée de la Loire, il fut fait encore prisonnier. Cette fois il fut rapatrié par la Suisse et termina la campagne en soignant les blessés de Bourbaki.

La carrière de Pamard se poursuivit ensuite brillante et heureuse. Il fut de ceux qui contribuèrent le plus au développement de ces beaux centres chirurgicaux de province qui font tant d'honneur à la chirurgie française.

Membre associé de l'Académie de médecine, membre de nombreuses Sociétés savantes, Pamard allait fréquemment dans les réunions médicales et dans les congrès apporter le mot juste sous une forme brillante et souvent humoristique qui savait toujours fixer l'attention.

Dévoué à toutes les œuvres d'assistance médicale, Pamard jouissait d'une véritable popularité et nous nous souvenons tous des acclamations qui accueillaient jadis, au banquet de l'internat, ses toasts pleins d'humour.

Les jeunes gens qui l'aimaient ne s'y trompaient pas. Sous un masque romain, au regard ironique derrière son immuable monocle, Pamard cachait une très grande bonté que beaucoup de confrères ont été à même d'éprouver.

Nous prions son fils, le Dr Paul Pamard, qui continue si dignement la tradition chirurgicale de sa famille, de bien vouloir trouver ici l'expression de notre très affectueuse et profonde sympathie.

F. L. S.

SOMMAIRE DES ARTICLES ANALYSÉS

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

MÉDECINE GÉNÉRALE

Sous la direction de M. L. BABONNEIX

MÉDECIN DES HÔPITAUX DE PARIS

APPAREIL DIGESTIF

A. **Estomac. — Cancer latent de l'estomac avec volumineuse métastase pulmonaire simulant une pleurésie interlobaire.** (Ch. Duret et E. David. *Lyon méd.*, fév. 1919, n° 2.) — Il est toujours intéressant de reconnaître une métastase cancéreuse dont le point de départ passe plus ou moins inaperçu; le cas particulier, quoique exceptionnel, l'est d'autant plus que la métastase reconnue n'avait cliniquement aucun caractère de tumeur maligne.

Il s'agissait d'un soldat de 44 ans, cultivateur, qui, soigné d'abord sur le front pour pleurésie sèche et amaigrissement, fut hospitalisé à Lyon. Son aspect était assez angoissant, la respiration haletante, le pouls petit avec quelques intermittences. En outre, ce qui frappait c'étaient la fièvre oscillant entre 39°2 et 38° et le résultat de l'examen clinique décelant, au niveau du 3e espace intercostal, un syndrome de pleurésie enkystée (matité précordiale de la largeur de la main avec souffle doux et voilé dans la même zone). L'idée de pleurésie enkystée siégeant au niveau de la scissure interlobaire du poumon gauche étant la première qui vint à l'esprit, on fit plusieurs ponctions exploratrices qui furent négatives.

La mort survint peu de temps après. L'autopsie permit de constater une tumeur volumineuse ayant le volume d'une tête d'enfant, siégeant sur les 2 lobes; histologiquement on y reconnut les caractères d'un épithélioma alvéolaire avec de nombreux points présentant l'aspect colloïde, épithélioma qui provenait d'une petite tumeur stomacale ne s'étant révélée cliniquement par aucun signe (épithélioma alvéolaire développé dans la sous-muqueuse avec quelques zones de dégénérescence colloïde). D'autres noyaux du même type existaient dans le foie.

P. PRUVOST.

Faux cancers de l'estomac. (G. Lion. *Arch. des mal. de l'app. dig. et de la nutrition*, mars 1919, n° 2.) — Il existe des tumeurs bénignes de l'estomac qu'on prend pour des cancers, non seulement après l'exploration clinique, mais encore au moment de l'exploration chirurgicale, tellement les caractères rappellent ceux des tumeurs malignes. A part l'examen histologique d'un ganglion prélevé au moment de l'opération qui pourrait permettre de lever les doutes, examen recommandé par M. Ricard dans les cas suspects, c'est l'étude de l'évolution de la maladie qui, jusqu'à un certain point, rendra possible le diagnostic rétrospectif de faux cancers.

En effet, après une gastro-entérostomie faite en cas de tumeur sténosante du pylore, on rencontre assez fréquemment une survie assez longue atteignant de 4 à 18 ans. Mais alors qu'on peut affirmer que des malades gastro-entérostomisés pour cancer avéré du pylore peuvent survivre 3, 4 et 5 ans après l'opération, passé ce terme de 5 ans « la preuve de la nature cancéreuse de la maladie n'a jamais été faite, et il est probable que, plus on s'éloigne de l'époque de l'intervention, plus le diagnostic de néoplasme devient révocable ».

Ces cas de faux cancers paraissent assez fréquents : trois affections sont susceptibles de simuler de pareilles tumeurs malignes : l'ulcère, la syphilis et la tuberculose.

L'ulcère, qui se différencie cliniquement assez bien du cancer chez un grand nombre de malades, est très malaisé à diagnostiquer par le chirurgien qui a sous les yeux les lésions (ulcère calleux avec ganglions). M. Lion insiste sur la valeur de l'examen chimique (absence d'HCl dans le cancer, avec hyperacidité marquée parfois), valeur qu'il appuie sur une statistique de 200 examens pratiqués dans des cas de cancer dont le diagnostic a été établi avec certitude.

Plus souvent peut-être que l'ulcère, la syphilis de l'estomac simule le cancer de l'estomac, affectant la forme de la sténose, de la tumeur cancéreuse ou évoluant simultanément avec le cancer sur le même organe. L'examen histologique d'un fragment et l'efficacité du traitement spécifique (traitement d'épreuve) sont les deux moyens d'éviter la confusion, le traitement n'amenant qu'une amélioration passagère s'il s'agit d'association cancéro-syphilitique.

Quant à la tuberculose stomacale, elle peut se présenter, soit sous forme de sténose tuberculeuse du pylore, soit sous forme de sténose tuberculeuse ganglionnaire.

« Au point de vue pratique, une conclusion se dégage des faits précédents : la longue survie dans certains cas de cancers avérés et la possibilité d'erreurs de diagnostic presque inévitables viennent, après les effets palliatifs que l'on sait pouvoir en attendre, légitimer la pratique de la gastro-entérostomie dans les cancers du pylore non extirpables. »

P. PRUVOST.

B. **Intestins. — Colites aiguës dysentériformes estivo-automnales.** (Gaston Durand. *L'Hôpital*, nov. 1919 (A), n° 10.) — Actuellement la dysenterie ne doit plus être envisagée comme autrefois; il n'existe pas seulement une dysenterie bacillaire et une dysenterie amibienne, mais des états dysentériques; car à côté des agents d'infection ou d'infestation de l'organisme les mieux et les plus anciennement connus (bacilles de Flexner, de Shiga, de His, etc., amœba histolytica), d'autres bacilles paradysentériques ou d'autres parasites (flagellés, infusoires), plus récemment étudiés, sont capables de provoquer un syndrome dysentérique fréquemment rencontré pendant la guerre. Aussi doit-on tenir pour suspecte maintenant toute entérite aiguë dont les signes, si atténués soient-ils, évoquent l'idée de dysenterie, même quand il ne semble pas ressortir des circonstances étiologiques de la maladie qu'il peut s'agir d'une dysenterie proprement dite. Ce sont là des accidents désignés avant la guerre sous le nom de colites aiguës dysentériformes, d'allure généralement bénigne, le plus souvent curables par des moyens thérapeutiques assez simples, mais reconnus déjà comme l'origine possible d'entérites chroniques parfois graves.

Cliniquement il s'agit d'accidents apparaissant sous forme de cas isolés, tout au moins pour lesquels la question d'épidémicité ne paraît pas se poser. Surtout fréquents dans la saison chaude, mais également au début de l'automne, ils surviennent après des changements de régime, à l'occasion d'une nourriture plus abondante et souvent épicée, après l'ingestion de boissons glacées, d'eaux parfois contaminées, de pâtés de gibier (Mathieu). Débutant rarement sous forme d'indigestion aiguë, ils se présentent d'abord avec quelques coliques et selles diarrhéiques, suivies quelques jours après des évacuations typiques de la colite dysentériforme (glaires « en crachats », rosés, puis sanglants avec constipation); les autres éléments du syndrome sont les mêmes que la dysenterie, mais leur intensité est bien moindre, fait qui doit être retenu (5 à 10 évacuations par 24 heures, douleurs moins violentes, fièvre légère, etc.). Les antécédents intestinaux ont une grande importance et doivent être précisés : les accidents antérieurs qui peuvent éveiller l'idée d'une première crise de dysenterie vraie ont une réelle valeur; MM. Carles et Frous-


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
εστ

sard ont signalé, en effet, des reviviscences de dysenteries amibiennes plusieurs années après la crise initiale. Pareillement on tiendra compte des contacts que le malade peut avoir eus avec des dysentériques. De toutes façons la certitude du diagnostic ne peut être tirée que des examens de laboratoire (recherche des parasites vivants ou des kystes, séro-diagnostic).

Quant aux indications thérapeutiques, elles peuvent être résumées ainsi. Dans les formes les plus simples : repos au lit, applications chaudes, diète hydrique, lavage quotidien avec un litre de sérum chaud administré lentement et à basse pression ; il s'agit pour ainsi dire d'une épreuve thérapeutique, l'amélioration des signes fonctionnels devant survenir en 2 à 3 jours. Quand il s'agit d'accidents plus intenses : kho-sam, chlorhydrate d'émétine, grands lavages intestinaux ou lavements astringents, diététique alimentaire plus sévère. Enfin, si les accidents sont d'emblée intenses, on traitera le malade comme un dysentérique franc (sérothérapie à dose massive et précoce), avant tout diagnostic de laboratoire, car ces formes graves sont exceptionnellement étrangères aux agents spécifiques des dysenteries bacillaires.

P. PRUVOST.

Les rectocolites graves (rectocolites hémorragiques et rectocolites purulentes. (E. ANTOINE. *Th. de Paris*, 1919, 166 pages.) — Sous ce nom l'auteur range toutes les inflammations graves du gros intestin *autres que les dysentériques.*

La plupart de ces cas sont d'origine toxique ou toxiinfectieuse. L'irritation ou l'infection du gros intestin se traduit par des réactions tout à fait analogues à celles des autres viscères. L'organe s'enflamme : d'où douleurs, hémorragies, suppuration, ulcération. En se plaçant au point de vue clinique pur on peut distinguer :

1° Des rectocolites hémorragiques ;

2° Des rectocolites purulentes ;

3° Des rectocolites hémorragico-purulentes.

Suivant la dose et la virulence de l'agent pathogène, on observe une quelconque de ces formes. Cependant il existe au point de vue pathogénique :

a. Des rectocolites toxiques, soit autotoxiques (goutte, diabète, urémie, obésité, etc.), soit hétérotoxiques (mercure, arsenic, baryum, colchicum, bismuth, émétique, etc.);

b. Des rectocolites toxiinfectieuses par toxines microbiennes ;

c. Des rectocolites parasitaires soit par protozoaires (spirochètes : arcomonas, lamblia, trichomonas, infusoires : balantidium coli ; trématodes : bilharzia), soit par vers (ascaris, trichocéphale, ankylostome, tænia, bothriocéphale) ; soit enfin par champignons ;

d. Des rectocolites infectieuses [salmonelloses (Bensaude et Antoine)] ; infections diverses ; syphilis ; tuberculose.

Cliniquement, le début des rectocolites graves est aigu dans un quart des cas, parfois subaigu et progressif, quelquefois latent. La période d'état est surtout caractérisée par les modifications des selles : celles-ci sont d'autant plus liquides et diarrhéiques que la lésion est plus élevée (liquides, pâteuses et moulées). Bientôt surviennent des hémorragies intestinales plus ou moins fréquentes, plus ou moins abondantes et constituées de sang rouge vif ou foncé, pur ou dilué. D'autres fois on constate des évacuations purulentes ou hémorragico-purulentes. Les phénomènes douloureux varient. Il en est de même des symptômes généraux. La palpation de l'intestin est parfois douloureuse.

Le toucher rectal, qui fournit peu de renseignements, ne doit être que le premier temps d'une proctosigmoïdoscopie. Elle montre tantôt des lésions congestives, tantôt un suintement sanguin, tantôt des érosions ou des ulcérations. A la radioscopie la portion d'intestin malade ne garde pas le repas opaque et l'expulse rapidement. Nous ne suivrons pas l'auteur dans son étude très complète de l'évolution, des complications, dans son exposé des formes cliniques et de l'anatomie pathologique. Le diagnostic est longuement passé en revue.

Le traitement est désespérant à cause des rechutes et des récidives, parce que, là encore, on ne connaît pas de médication pathogénique. On peut espérer un jour pouvoir traiter ces rectocolites par la sérothérapie et la vaccinothérapie comme les dysenteries bacillaires. Si le traitement médical symptomatique échoue, si le malade s'affaiblit et se cachectise, on n'hésitera pas à recourir au chirurgien qui par constitution d'un anus contre nature ou par appendicostomie mettra le segment intestinal malade au repos en dérivant le cours des matières.

F. LÉVY.

C. **Foie et voies biliaires. — L'ictère des arsenobenzols.** (CHABROL et KHOURY. *Paris Médical*, 13 déc. 1919, p. 467-473.) — Coïncidence troublante : les ictères de la syphilis sont devenus plus fréquents depuis l'emploi thérapeutique des composés arsenicaux. Chabrol et Khoury proposent de les appeler *ictères syphilothérapeutiques.*

Si c'est à la période secondaire qu'on observe le plus grand nombre des ictères de la syphilis, c'est aussi à cette période que l'on rencontre les ictères des arsenobenzols. L'ictère est ou léger et acholurique avec urobilinurie, ou foncé et cholurique, mais souvent dissocié et sans élimination de sels biliaires. Cette jaunisse survient au début ou à la fin du traitement et indépendante de la dose du médicament. A côté de ces ictères médicamenteux, il en est qui apparaissent assez longtemps après le traitement. Il semble que l'arsenobenzol enrayant momentanément les accidents secondaires prépare leur retour au niveau du foie sous forme d'une hépatorécidive. Ils surviennent surtout chez les femmes. La continuation du traitement spécifique semble dans ces cas donner de bons résultats.

Ictère médicamenteux et ictère syphilitique peuvent très rarement devenir ictères graves mortels. Dans les vieilles syphilis, la jaunisse est relativement rare : elle est symptomatique de l'hépatite scléreuse ou sclérogommeuse. L'ictère médicamenteux l'est moins puisque les auteurs en signalent 5 cas.

Quoi qu'il en soit les ictères toxiques arsenicaux des syphilitiques semblent bien exister. Sont-ils dus à une altération particulière de l'arsenobenzol, produit instable, rendant défectueuses une série d'ampoules? Ressortissent-ils à une faute de technique opératoire dans la dissolution ou le mode d'injection du médicament?

On peut au reste fort bien admettre des ictères mixtes à la fois syphilitiques et arsenicaux, l'hépatorécidive apparaissant d'autant mieux que le foie a subi l'action nocive du médicament (Hudelo).

Il faut enfin ne pas oublier la prédisposition hépatique soit du fait de l'alcoolisme ou de la tuberculose, soit du fait de la lithiase dans l'apparition des ictères arseno-spécifiques.

F. LÉVY.

Les ictères graves primitifs (ictère grave spirochétien, ictère grave par atrophie jaune aiguë du foie). (GARNIER et REILLY. *Presse méd.*, 1er nov. 1919, p. 641-644.) — A côté des ictères bénins, il en est d'autres qui s'accompagnent de phénomènes morbides sérieux (troubles nerveux, hémorragies) et se terminent par la mort. Ce sont les *ictères graves.*

On admit d'abord, avec Rokitansky, l'équation : ictère grave = atrophie jaune aiguë du foie. Mais comme cet état macroscopique du foie n'était pas constant, que le microscope montrait des altérations histologiques du tissu hépatique, l'ictère grave représenta le syndrome de l'insuffisance hépatique (Rendu).

L'observation de Widal et Abrami, 1908, où, dans un cas d'ictère grave mortel, le foie était non seulement hypertrophié, mais en réaction cellulaire hyperplasique, où les reins se montrèrent normaux, a suscité un grand intérêt mais resta sans explication pathogénique nette. La notion étiologique

récente des spirochétoses ictéro-hémorragiques permet d'expliquer l'étrangeté de cas analogues.

L'ictère grave spirochétien est actuellement très connu. Il débute, comme tous les cas de spirochétose, par des phénomènes généraux qui, au bout de 3 à 8 jours, se compliquent d'ictère. La température tombe alors brusquement à 37°, le pouls reste rapide, les urines se suppriment presque complètement. Avec une rate normale ou peu développée, le foie est légèrement hypertrophié et la vésicule douloureuse. Bientôt l'ictère s'intensifie, accompagné d'une forte cholémie et d'une azotémie élevée. Des troubles urémiques se manifestent. La mort survient dans le coma 3 à 7 jours après le début de l'ictère. Anatomiquement le foie est hypertrophié et toujours le microscope décèle une réaction cellulaire hyperplasique rappelant l'aspect des cellules cancéreuses. A ces lésions fondamentales, s'ajoutent des lésions variables : nécrose des éléments hépatiques, tantôt discrète, tantôt massive avec dislocation des travées cellulaires. La nécrose graisseuse est exceptionnelle. Les canalicules biliaires sont sains.

Les altérations rénales n'offrent rien de particulier.

Si on rapproche ces constatations anatomiques de l'observation clinique, on arrive à conclure que les fonctions biligénique, uropoiétique du foie sont exagérées. Le spirochète en détruisant les substances protéiques, en particulier les globules rouges, provoque un hyperfonctionnement hépatique avec inhibition rénale.

Au contraire de cet ictère grave avec hépatomégalie, l'ictère grave avec atrophie jaune aiguë du foie n'est jamais spirochétosique. L'ictère y est toujours léger, ne s'accentue jamais, disparaît même aux approches de la mort. Le sujet passe rapidement dans un demi-coma associé à une vive agitation motrice. Les hémorragies sont fréquentes et s'accompagnent de troubles de la coagulation, mais avec formule sanguine normale. Cœur et poumons restent intacts. La diurèse n'est jamais diminuée. A l'autopsie, le foie flétri est transformé en une masse jaune safran uniforme, dans laquelle le microscope révèle une nécrose graisseuse massive et une prolifération conjonctive avec néoformation canaliculaire. On n'observe pas de dislocation du squelette fibro-élastique qui est au contraire épaissi. On voit une surcharge ferrique au lieu de la surcharge de pigment biliaire du foie spirochétosique.

En résumé, l'ictère grave spirochétosique avec gros foie traduit un syndrome d'hyperhépatie, l'ictère grave avec atrophie jaune aiguë du foie est au contraire une manifestation d'insuffisance hépatique. Il y a donc 2 maladies distinctes réunies abusivement sous le même vocable d'ictère grave.

F. LÉVY.

Sur les coliques hépatiques et sur leur masque gastrique. (SOCA. *Anales de la Facultad de Medicina*, 1919, p. 32-60.) — L'auteur insiste sur la facilité avec laquelle la colique hépatique revêt le masque de la plupart des dyspepsies, et, particulièrement, des dyspepsies nervomotrices, qu'elles soient hypopeptiques ou hyperpeptiques, celles-ci comprenant l'ulcère du pylore et du duodénum. « Les formes de colique hépatique revêtant le masque de l'ulcère simple sont si extraordinairement fréquentes que le problème diagnostique se présente à nous, non pas, chaque semaine, mais chaque jour, et que, chaque jour, nous commettons, en pareil cas, de graves erreurs. »

Dans la forme hypopeptique, deux moyens seulement d'arriver au diagnostic : 1° l'inefficacité de la thérapeutique gastrique ; 2° l'examen de tout l'abdomen présentant un syndrome gastrique, selon les sages préceptes de M. Chauffard. A tenir compte, également, des antécédents hépatiques du malade. Pour la forme hyperpeptique, l'erreur est presque fatale, puisqu'il n'est pas jusqu'à l'hématémèse qui ne puisse se voir dans la colique hépatique. Elle ne peut être évitée que par un examen complet, mettant en œuvre toutes les ressources de la clinique et du laboratoire.

L. BABONNEIX.

Bardane et coliques hépatiques. (SAVINI. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, n° 8, 1918, p. 444-447.) — Il est, en Roumanie, une croyance populaire qui attribue à la bardane une certaine efficacité dans le traitement des affections hépatiques. Partant de cette notion, l'auteur a eu l'idée d'essayer le médicament dans la colique hépatique, en utilisant exclusivement l'extrait fluide des racines (4 à 6 cuillerées à café par jour). Ses expériences, qui ont porté sur 7 cas, lui ont montré que, dans ces cas, la racine de bardane possède une action diurétique assez nette, relève l'appétit et, surtout, fait disparaître les crises. Elle fait aussi diminuer l'ictère et le volume du foie. Cette action est due, sans doute, au glucoside qu'elle contient, la lappice.

L. BABONNEIX.

Cf. — La forme œsophagienne du cancer de l'estomac. (L. BOUCHUT. *Journ. de méd. de Lyon*, 5 avril 1920.)

Myome stomacal, gastrectomie partielle. (BOUQUET. *Arch. mal. app. dig.*, n° 7, 1920, p. 425.)

Cancer de l'angle duodéno-jéjunal. (CADE et DEVIC. *Arch. mal. app. dig.*, n° 7, 1920, p. 419.)

Ictères au cours de la syphilis. (CASTAIGNE. *Journ. méd. franç.*, fév. 1920.)

Sarcome de l'intestin grêle. Double résection intestinale. Guérison opératoire. Récidive 3 mois après. Mort. (CHARRIER. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 avril 1920.)

Troubles oculaires d'origine dentaire. (L. DOR. *Journ. de méd. de Lyon*, 20 avril 1920.)

Appendicites et syndrome pseudo-appendiculaire. (HEUYER et LEVEUF. *Arch. mal. app. dig.*, n° 7, 1920, p. 385.)

Constipation chez les soldats. (Marcel LABBÉ. *Clinical medicine*, déc. 1919, p. 823.)

Insuffisance hépatique. (LOEPER. *Progrès méd.*, 8 mai 1920.)

Sténoses du pylore, diagnostic et indications opératoires. (Ch. DE LUNA. *Marseille méd.*, n° 6, 15 mars 1920.)

Ulcère géant de l'estomac. (MATHIEU et MOUTIER. *Arch. mal. app. dig.*, t. X, n° 5, oct. 1919.)

Survies prolongées après la gastro-entérostomie pour sténose cancéreuse du pylore. (MELAMET. *Thèse de Paris*, 1911.)

Soulagement des symptômes digestifs désolants dans la « maladie cardio-rénale ». (NILES. *The Journ. of the Am. med. Assoc.*, 27 déc. 1919.)

Diarrhées chroniques réflexes d'origine hémorroïdaire. (Joseph PONCEL. *Marseille méd.*, n° 1, 1er janv. 1920.)

Catarrhe gastrique muqueux. (PRON. *Arch. mal. app. dig.*, t. X, n° 4, juillet 1919.)

Contribution à l'étude des altérations de la muqueuse du rectum, à la suite de la narcose par éthérisation intrarectale. (SAVIGNAC et VIDAL. *Arch. mal. app. dig.*, n° 7, 1920, p. 428.)

Le rôle du foie dans le mécanisme des relations fonctionnelles existant entre les divers segments du tube digestif. (SÉRÉGÉ. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 11, 18 et 25 avril 1920.)

Incontinences pyloriques. (B. UDAONDO, J. CAVULLA et GONALOUS. *Arch. mal. app. dig.*, n° 7, 1920, p. 410.)

APPAREIL RESPIRATOIRE

Genèse des séquelles pleurales des plaies pénétrantes de poitrine. (A. COURCOUX. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 nov. 1919, t. XL.) — Les séquelles pleurales de cette origine sont fréquentes, mais ne sont pas immuables, elles régressent peu à peu ; or, c'est en essayant de comprendre pourquoi elles évoluent lentement ou rapidement, pourquoi elles persistent, qu'on arrivera dans certains cas à tirer de cette étude des indications thérapeutiques utiles.

Il est à retenir que la lésion directe, primitive, de la plèvre provoquée par l'agent vulnérant n'est rien par elle-même, la vraie lésion est constituée par la mise en jeu des différentes réactions secondaires de la plèvre. Au cours de la guerre on a pu remarquer que de larges déchirures ou sections de la

plèvre se cicatrisaient sans séquelles lorsqu'on pratiquait très tôt une suture primitive de celle-ci. Lorsqu'aucune intervention n'a eu lieu, la plèvre peut réagir (exsudation avec fausses membranes et organisation consécutive en membranes fibrino-conjonctives), soit parce qu'elle a été infectée et qu'elle le demeure par l'inclusion persistante des éléments étrangers (débris vestimentaires, projectiles, etc.) qui ont apporté les germes infectieux au moment du traumatisme et qu'on n'a pas extraits, soit parce qu'elle est irritée aseptiquement par l'existence d'un caillot (hémothorax non évacué) dans les parties déclives du thorax.

Il en résulte que pour éviter de pareilles séquelles pleurales, ou pour les faire disparaître dans la mesure du possible, on se conformera aux principes suivants : 1° éviter ou supprimer toute cause d'infection ou de réinfection par un drainage précoce et suffisant, par l'exérèse des éléments qui entretiennent la suppuration (corps étranger, ostéite costale, etc.); 2° éviter et supprimer toute cause d'irritation aseptique de la plèvre, c'est-à-dire évacuer un hémothorax traumatique dans les 8 ou 10 premiers jours avant la constitution du caillot, ou si celui-ci est formé l'enlever par le procédé dit de la ponction agrandie.

P. PRUVOST.

Broncho-pneumonie avec bacilles de Lœffler dans les crachats. (MICHEL et ASTIER. *Marseille méd.*, n° 21, 1er nov. 1919.) — Dans l'observation rapportée par les auteurs, il s'agit d'une broncho-pneumonie due à une association polymicrobienne dans laquelle le bacille de Lœffler était prédominant.

Les caractères spéciaux étaient les suivants :

1° Absence de fausses membranes, aucun débris pseudo-membraneux n'ayant été trouvé dans les produits d'expectoration, se présentant sous la forme d'un liquide homogène, gommeux ;

2° Intensité de la douleur, celle-ci ayant persisté durant toute la période d'état, s'exaspérant même jusqu'au moment de la défervescence (12e jour), puis s'étant alors calmée brusquement ;

3° Caractère traînant de la résolution, l'apyrexie complète ayant été lente à s'établir, les signes physiques longs à disparaître. Le traitement par l'autovaccination a paru activer la disparition de ceux-ci.

P. PRUVOST.

Spirochétose broncho-pulmonaire de Castellani. Sa confusion possible avec la tuberculose. (A. CORVETTA. *Revista de higiene y de tuberculosis*, 28 fév. 1919, p. 26-29.) — L'auteur a observé un cas de spirochétose chronique au cours duquel une poussée aiguë obligea le malade à venir consulter les médecins. Il s'agit d'un homme de 25 ans, sergent de ville à Lima, et, comme tel, exposé aux intempéries. Le mal débuta subitement, chez lui, par un frisson intense suivi d'hyperthermie; puis survint une toux quinteuse, accompagnée d'expectoration d'abord séro-muqueuse, puis séro-sanguinolente. A l'examen, les seules constatations étaient, en plus des signes fonctionnels très restreints que nous venons d'indiquer, quelques signes physiques également peu marqués : râles sibilants disséminés dans le poumon droit, et augmentés de nombre par la toux. Dans l'expectoration, on ne trouvait ni bacille de Koch, ni œufs de Paragonimus, mais de nombreux spirochètes présentant tous les caractères du germe décrit par Castellani. L'amélioration produite par un simple traitement symptomatique fut telle que le patient voulut s'en aller, avant que l'on ait pu essayer le traitement classique, et bien que les crachats continssent encore quelques spirochètes. En somme, spirochétose chronique, laquelle, sous l'influence du froid, passa à la phase aiguë, à la bronchite hémoptoïque de Violle. A ce sujet, l'auteur rappelle les caractéristiques principales de la maladie, et la ressemblance que, dans ses formes aiguës, elle peut affecter avec la tuberculose pulmonaire.

L. BABONNEIX.

Spirochétose bronchique (Castellani). Etude clinique de dix cas. Succès thérapeutique par les injections intramusculaires d'iode. (NAJIB FARAH. *Presse méd.*, 17 déc. 1919, p. 774-775.) — On sait qu'il s'agit d'une bronchite dont l'agent pathogène est le spirochœta bronchialis de Castellani (1905). Ce parasite prend bien les colorants basiques d'aniline mais est réfractaire au Gram. Long de 5 à 15 μ, il est très abondant dans les préparations. Il n'a pu être cultivé. Au point de vue clinique, l'affection est chronique et aiguë. Elle est prise pour une tuberculose, surtout lorsqu'il y a des hémoptysies.

Les voies d'infections sont mal connues. Violle a soutenu que, comme le pneumocoque, le spirochète de Castellani existe souvent à l'état normal, en petite quantité, dans la bouche des individus sains. Il pénètre dans le système bronchopulmonaire à l'occasion d'un léger affaiblissement de la résistance organique.

En tout cas l'affection n'est pas très contagieuse.

Farah a obtenu des succès thérapeutiques constants par les injections intramusculaires d'iode. Il utilisait le lipiodol : d'abord 5 à 10 injections quotidiennes de 2 cmc., puis 10 à 20 piqûres tous les 2 ou 3 jours. La bouche et la gorge étaient badigeonnées avec un collutoire iodo-ioduré. Les bons résultats ont été constants et il n'y a pas eu de récidives.

F. LÉVY

Cf. — Suc pulmonaire et pleurésies purulentes. (J. CARLES et BOISSERIE-LACROIX. *Progrès méd.*, 8 mai 1920.)

Synchronisme des mouvements respiratoires dans la pneumonie. (COLEMAN. *The Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 27 déc. 1919.)

Prophylaxie et traitement des pleurésies tuberculeuses. (V. CORDIER. *Journ. de méd. de Lyon*, 20 mars 1920.)

Pleurésie purulente médiastino-diaphragmatique antérieure gauche, empyème de nécessité dans la grande cavité pleurale. Mort subite. (DUBOURG. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 25 avril 1920.)

Renseignements fournis par la radioscopie dans le diagnostic de la tuberculose pleuro-pulmonaire. (A. DUMAS et CORONE. *Lyon méd.*, n° 2, 25 janv. 1920.)

Méthode pour la détermination clinique de la tension partielle du CO^2 alvéolaire. (CARRASO FORMIGUERA. *El Siglo medico*, n° 3420, 28 juin 1919, p. 515-516.)

Empyème thoracique. (FORT. *Amer. Journ. of surg.*, nov 1919.)

Plaies de la plèvre et du poumon. (GRÉGOIRE et COURCOUX. Paris, Masson [collect. Horizon], 1919.)

Désensibilisation dans l'asthme bronchique. (HUTCHINSON. *The Charlotte medical Journal*, mars 1920.)

Spirillose pleurale au cours d'un hémothorax traumatique. (E. LANCEREAUX. *Presse méd.*, 1er oct. 1919, p. 556-557.)

Reliquat des épanchements pleuraux. (PÉHU et DUGUET. *Journ. méd. franç.*, juillet 1919.)

Sopra sei casi di pleurite essudativa curati colla pneumotoracentesi. (Ernesto RICCIOLI. *Rivista critica di clinica medica*, n° 46, 15 nov. 1919, n° 47, 22 nov. 1919.)

Séquelles pulmonaires et médiastinales des plaies et traumatismes thoraciques et des intoxications par les gaz asphyxiants. (SERGENT et PRUVOST. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 nov. 1919.)

Signes physiques collatéraux de la pneumonie centrale. (G. SOFRE. *Riforma medica*, n° 1, 3 janv. 1920.)

APPAREIL CIRCULATOIRE

Remarques cliniques sur les angines de poitrine. (C. LIAN. *Journ. de méd. et de chir. pratiques*, 25 mai 1919.) — L'auteur s'élève contre la distinction classique des angines de poitrine. En fait « il est impossible de donner un critère anatomique, ni même pathogénique, pour caractériser une angine vraie des fausses angines ». La clinique elle-même ne donne pas des renseignements plus précis sur

cette question. Sans doute, il existe 2 types cliniques assez opposés, mais on ne peut y faire rentrer toutes les angines de poitrine; il en est en effet qui, pour une même cause, ne revêtent pas toujours le même aspect. Enfin « parmi les symptômes des crises angineuses, il n'y a pas un signe caractéristique permettant de distinguer à coup sûr les accès angineux dits vrais des accès dits faux ». En particulier le pronostic lui-même ne permet pas de différencier ces 2 types : on disait bien que l'angine fausse était celle dont on ne mourait pas, l'angine vraie celle qui se terminait brusquement par la mort : en réalité les restrictions à cette règle se trouvent facilement; la fausse angine se distingue de la vraie, non pas parce qu'elle n'est jamais mortelle, mais parce que la mort y est rare.

Ce qu'il faut dire, c'est « qu'il n'y a pas une vraie et des fausses angines de poitrine, mais des angines de poitrine dont les caractères cliniques et le pronostic varient selon la maladie causale. L'angine de poitrine n'est qu'un syndrome comme l'asystolie. »

Correspond à ce syndrome toute douleur paroxystique siégeant dans tout ou partie de la région précordiale, irradiant dans le membre supérieur gauche et s'accompagnant d'une sensation d'angoisse, de mort imminente. L'intégrité des fonctions respiratoires permet d'écarter les accès dyspnéiques. Mais on doit retenir que les crises nocturnes de pseudo-asthme chez les cardio-rénaux sont assez souvent accompagnées d'un accès angineux. Par contre, bien que ce ne soit pas classique, on doit rattacher à ce syndrome les accès douloureux à caractère angineux survenant dans la péricardite aiguë et dans l'aortite aiguë. « Seules les douleurs constantes à la fois précordiales et brachiales gauches ne font pas partie de l'angine de poitrine qui est un syndrome paroxystique. »

Il est plus délicat de bien classer les formes frustes d'angine de poitrine, lorsque le syndrome angineux est réduit par exemple à un seul symptôme : on doit alors tenir compte des circonstances étiologiques, rechercher si le malade n'a pas présenté de crises plus typiques. Lian insiste sur la fréquence avec laquelle se produit chez les hypertendus, pendant la marche, les efforts, l'ascension d'un escalier, une vive douleur de l'épaule gauche ou de la partie moyenne du bras gauche, douleur que le malade attribue à tort à du rhumatisme; en outre cette douleur paroxystique de l'épaule peut, à force de se répéter, amener un endolorissement permanent.

L'angine de poitrine à forme pseudogastralgique décrite par Huchard appartient-elle vraiment au syndrome en question? En réalité lorsqu'un sujet présente des accès douloureux purement épigastriques, ce n'est pas le diagnostic d'angor pectoris, mais celui d'angor abdominalis qui est à discuter; l'angor abdominale coexiste d'ailleurs fréquemment avec l'angor thoracique.

Reste la question du diagnostic étiologique et du pronostic. « La clef du diagnostic et du pronostic est dans la recherche de l'aortique chronique, de l'artériosclérose, de la néphrite urémigène, de l'hypertension artérielle. En effet lorsque ces affections existent elles sont le plus souvent à l'origine de l'angor et le pronostic est grave. En outre leur existence seule est un facteur de gravité. En dehors des cas précités, le pronostic est moins grave, mais reste sérieux dans les angors liés à une insuffisance aortique rhumatismale (maladie de Corrigan), aux accidents du cœur forcé, à une péricardite aiguë ou à une aortite aiguë. Il implique seulement quelques réserves dans l'angor tabagique, car quelques cas de mort rarissimes y ont été signalés. Dans les angors d'origine digestive (aérophagie, colites) ou nerveuse (hystérie) il est bénin; cependant pratiquement il mérite quelques réserves prudentes pour parer à une erreur toujours possible de diagnostic étiologique. »

P. PRUVOST.

Cf. — Comment se comporte la tension artérielle dans la phase ultime de l'artériosclérose, (AMBLARD, *Bull, méd.*, n° 8, 11 fév. 1920.)

Hyperthermie fébrile. Pathogénie et traitement. (BANUS. *El Siglo medico*, n° 3422, 12 juil. 1919, p. 553-556.)

Arythmie sinusale. (BOSCO. *Revista del Circulo Medico Argentino*, fév.-mars 1919, p. 216.)

Les arythmies. Le pouls alternant. (BOSCO. *Revista del Circulo Medico Argentino*, janv. 1919, p. 143.)

Dosage du sucre dans le sang. (GALAN. *Revista del Circulo Medico Argentino*, n° 215, juil. 1919.)

Cœur. Etudes de dynamique cardiaque. (GARCIA. *El Siglo medico*, n° 3422, 12 juil. 1919, p. 556-559.

Cœur. Etudes de dynamique cardiaque. (BANUELOS GARCIA. *El Siglo medico*, n° 3423, 19 juil. 1919, p. 577-579.)

Etudes sur la dynamique cardiaque. (BANUELOS GARCIA. *El Siglo Medico*, n° 3424, 26 juil. 1919, p. 538-601.)

Réactions biologiques du sang. (GUYOT. *Gaz. hebdom. des Sc. méd. de Bordeaux*, 2 mai 1920.)

Angine de poitrine et syphilis. (JOSUÉ. *Paris méd.*, 5 juillet 1919.)

Angines de poitrine. Remarques cliniques. (LIAN. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 25 mai 1919.)

Diagnostic étiologique et pronostic des angines de poitrine. (LIAN. *Id.*, 10 juil. 1919.)

Myocardite à éosinophiles dans la diphtérie. (NUZUM. *The Journal of the Amer. med. soc.*, déc. 1919.)

Nouvelle méthode de transfusion du sang. (PARIETTI. *Anales de la Facultad de Medicina*, t. IV, f. 5-6, 1919.)

Diagnostic par l'oscillométrie des acro-œdèmes provoqués. (ROUSSY, BOISSEAU et d'ŒLSNITZ. *Archiv. méd. chir. de province*, n° 4, avril 1920.)

Méthodes de transfusion sanguine. (SABATE. *Revista del Circulo Medico Argentino*, avril 1919, p. 449.)

Hypertension. (VAQUEZ. *Anales de la Facultad de Medicina*, Montevideo, t. IV, f. 7-8, 1919.)

APPAREIL URINAIRE

Insuffisance rénale et troubles gastro-intestinaux. (Ch. MATTEI. *Marseille méd.*, 1er et 15 nov. 1919, nos 21 et 22.) — L'auteur fait remarquer que, parmi les malades d'un service de diarrhéiques dans un hôpital d'armée, il y avait une notable proportion d'hommes (20 p. 100 dans son service) dont les symptômes intestinaux étaient secondaires et dont l'insuffisance rénale, au contraire, était l'élément principal.

Il pense que chez un individu, dont les reins sont altérés par des tares plus ou moins anciennes et soumis à un surmenage intensif (fatigue musculaire, insomnie, écarts alimentaires), une infection générale ou une infection intestinale le plus souvent peuvent déclancher des troubles d'insuffisance rénale. Le fonctionnement du rein déjà insuffisant est réduit du fait du surmenage et de l'infection, du fait de la déperdition aqueuse par la surface intestinale (lorsqu'il y a diarrhée), ce qui diminue l'excrétion rénale; la rétention azotée est accrue ainsi que tous les éléments toxiques d'origine organique ou microbienne. La besogne du rein dépasse ses forces et alors se déclanche l'insuffisance totale, cause primordiale des phénomènes toxiques accentuant la diarrhée et les vomissements qui deviennent des moyens de suppléance d'ailleurs incomplets.

Ce syndrome gastro-intestinal en apparence est variable suivant les cas. L'insuffisance rénale complète apparaît d'emblée chez certains malades; le plus souvent elle se constitue progressivement en passant par plusieurs stades que termine la crise grave (albuminurie discrète, petite crise d'insuffisance rénale avec urémie légère, etc.).

Ces faits sont importants à connaître, non seulement pour le diagnostic et le pronostic, mais aussi en ce qui concerne le traitement. C'est ainsi que, dans les cas aigus, il faut d'abord ouvrir le rein en respectant la diarrhée que la débâcle rénale atténuera vite.

Dans les cas chroniques traînants, on ajoutera aux indica-

tions thérapeutiques tirées de l'état gastro-intestinal et hépatique des indications inspirées par l'état rénal.

On proscrira donc ce qui peut fermer les reins (opium ou ses dérivés); on conseillera au contraire les diurétiques, le régime hypoazoté et hypochloruré. Chez les amibiens, on veillera particulièrement à l'emploi de l'émétine qui s'accumule déjà chez le sujet normal.

P. PRUVOST.

Le phlegmon périnéphrétique primitif. (A. BERGERET. *Presse méd.*, 4 oct. 1919, p. 563-564.) — Développé dans la loge périrénale, il apparaît en dehors de toute lésion cliniquement appréciable du rein chez un individu en bonne santé apparente. En réalité, c'est une localisation métastatique d'un foyer infectieux primitif, soit médical (angines, infections broncho-pulmonaires, gastro-entérites), soit chirurgical (parfois lésions cutanées : furoncles, anthrax, panaris; plaies infectées, etc.).

L'infection s'opère par voie sanguine, après étape rénale intermédiaire.

Le diagnostic précoce est difficile.

Il faut néanmoins signaler quelques symptômes importants, tels la contracture de la paroi en dehors de la masse sacro-lombaire, la douleur exquise à la pression profonde dans l'angle costo-vertébral.

L'examen des urines n'est pas sans valeur et la constatation d'une bactériurie unilatérale, le déficit fonctionnel d'un des reins aident à établir rapidement le diagnostic.

F. LÉVY.

Diagnostic de la tuberculose rénale. Recherche du bacille de Koch dans les urines. (R. DE BUTLER D'ORMOND. *Journ. des prat.*, 1er nov. 1919, p. 694-965.) — Contrairement à l'opinion classique, Ollivier a démontré que le bacille de Koch se rencontre dans les urines chez plus de 90 p. 100 des malades, si l'on emploie la méthode d'Ellermann et Erlandsen également utilisable pour les crachats.

La voici dans ses détails.

L'urine est centrifugée 20 minutes. Le culot est dilué dans 5-6 cmc. d'une solution de carbonate de soude à 1/400. Après 24 heures de séjour à l'étuve à 37° on centrifuge à nouveau 20 minutes. Le culot est dilué dans 5-6 cmc. de soude caustique à 1/400. On porte au bain-marie et on fait bouillir 5 minutes. On centrifuge une troisième fois. Il ne doit rester aucun culot adhérant au fond du tube. On vide le liquide et on racle le fond avec une pipette qui ramène une goutte de liquide. Celle-ci est déposée sur une lame sans être étalée. On sèche. On fixe à l'alcool-éther. On lave. On colore 10 minutes au Ziehl à chaleur douce. On passe 2 secondes à l'alcool picriqué, puis 10 minutes à l'alcool chlorhydrique. Lavage à l'eau, puis séjour d'une minute dans l'alcool picriqué. Laver et sécher. Sur la lame, tous les éléments cellulaires et bactériens sont détruits; il ne reste plus que le bacille de Koch ainsi mis facilement en évidence.

F. LÉVY.

Cf. — Néphrite suppurée bilatérale après une pneumonie. Décapsulation bilatérale. Guérison. (CIULIANI. *Lyon méd.*, 25 avril 1920.)

Le rein pelvien comme source possible d'infection sanguine. (MAGOUN. *The Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 10 janv. 1920.)

GÉNÉRALITÉS

Quelques considérations sur les ferments. (H. ROGER. *Presse méd.*, 6 déc. 1919, p. 741-743.) — Un ferment est un catalyseur provoquant le développement d'un acte chimique.

On n'est pas fixé sur leur constitution chimique. On a cru qu'ils rentraient dans le groupe soit des albumines, soit des hydrates de carbone ou des lipoïdes, parce qu'unis par absorption à des corps de cette nature, ils perdent leur personnalité chimique pour emprunter celle du corps auquel ils sont absorbés.

D'origine cellulaire, les ferments sont les uns déversés au dehors, les autres confinés dans l'élément qui leur a donné naissance et d'où ils sortent par action attractive de la substance fermentescible à travers la membrane cellulaire.

Toute une série de substances activent ou inhibent dans l'organisme l'action des ferments. Celle-ci a parfois besoin d'une association pour s'exercer. Ainsi la bile est zymosthénique pour l'amylase pancréatique. L'auteur termine par quelques données sur les ferments protéolytiques et les ferments oxydo-réducteurs.

F. LÉVY.

Les arthrites purulentes aiguës aseptiques. (APERT et CAMBASSÉDÈS. *Presse méd.*, 26 nov. 1919, p. 713-714.) — De même qu'il existe des méningites puriformes aseptiques (Widal), des pleurésies puriformes aseptiques, il y a des arthrites purulentes aseptiques. Les auteurs en réunissent 3 cas, le 1er de Debard et Bretus, les 2 autres personnels.

Ces arthrites ne sont douloureuses que par la distension de l'articulation. Elles évoluent d'ordinaire sans fièvre. La ponction de l'articulation montre un liquide qui se coagule en masse, contient des polynucléaires à noyaux intacts, bien colorés, ne renferme pas de microbes décelables par l'examen microscopique extemporanée ou la culture.

Le pronostic de ces arthrites aseptiques est excellent. La guérison est rapide.

F. LÉVY.

Le sérum sérique antihémorragique. (DUFOUR et G. HELLO. *Presse méd.*, 1er oct. 1919, p. 553-554.) — Il s'agit d'un nouveau sérum antihémorragique hypercoagulant.

Les moyens habituels sont infidèles et peuvent même retarder la coagulation, au lieu de l'accélérer. On sait que l'injection d'une albumine étrangère dans le sang modifie la coagulation : tantôt elle la diminue, tantôt elle l'accroît.

En 1914, Dufour et Crow avaient publié une observation où des accidents anaphylactiques à la suite d'injections de sérum pour hémorragies avaient déterminé une hypercoagulabilité du sang et l'hémostase consécutive.

Avant ces auteurs, Widal, Abrami et Brissaud avaient déjà signalé l'hypercoagulabilité sanguine comme réaction anaphylactique.

Comme l'anaphylaxie demande quelques jours pour s'établir, il est peu pratique de la produire activement pour essayer d'arrêter les hémorragies. Il est nécessaire d'avoir recours à l'anaphylaxie passive. Il suffit d'injecter au malade qui saigne une petite quantité de sérum d'un sujet déjà anaphylactisé.

Dufour et L. Hello se servent du lapin comme animal producteur du sérum anaphylactique. Après plusieurs injections intraveineuses de très faibles doses de sérum de cheval, le lapin est saigné 21 jours après la première injection et son sérum recueilli aseptiquement.

Les auteurs publient 16 observations de malades traités par leur sérum et déclarent avoir obtenu des résultats supérieurs à ceux fournis par les procédés ordinaires.

F. LÉVY.

Cf. — L'auto-intoxication est-elle un mythe? [Editorial.] (*Clinical Medicine*, déc. 1919, p. 813.)

Un nouveau cas de syndrome de Fröhlich. (A. C. ALVAREZ. *El Siglo Medico*, 30 août 1919.)

Maladie d'Addison. (BALEN. *Medical Council*, fév. 1920, p. 117.)

Le facteur rénal dans la glycosurie et dans le diabète. (E. BONILLA. *El Siglo Medico*, 15 oct. 1919.)

Index « empathique » et personnalité. (*Medical Record*, 24 janv. 1920.)

Dyscrasies. Indications causales de la crase. (J. CALLEJA. *El Siglo Medico*, n° 3414, 17 mai, p. 395-397.)

Les calories mesurent-elles la valeur des aliments? (CHAPIN. *The Journ. of the Amer. Med. Assoc.* 27 déc. 1919.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 15 francs par an. Étudiants étrangers, 20 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 6 fr. — 6 mois : 11 fr. — 1 an : 20 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 22 mai. — MM. Prélat et Bollak, 17.

Liste des candidats admissibles : MM. Cerise, 47; Velter, 46; Bollak, Bourdie et Prélat, 42.

— Concours de l'externat. — *Epreuve supplémentaire.* — Séance du 21 mai. — Question donnée : « Symptômes, diagnostic et complications des calculs du cholédoque. »

MM. Peron, 20; Chalot, 16 1/2; Ibos, 18 1/2; Mlle Harmelin, 19; MM. Ferey, 17; Kourilsky, 18; Lambling, 17 1/2; Mollaret, 19 1/2.

— Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

1. MM. Peron, Mollaret, Mlle Harmelin, MM. Ibos, Kourilsky, Lambling, Ferey, Chalot, Villot (Jean), Thévenard,

11. Pérard, Mme Vve Guetschel, MM. Martin (Jacques), Renault, Mlles Lassalle, Steinmetz, MM. Biancani (Elio), Coudert (Emile), Mlle Petot, MM. Wallich,

21. Castéran, Gallot, Kaplan, Baruk, Mlle Waynbaum, MM. Magdelaine, Leydet, Mlles Mauclaire, Vilter, Mme Cabouat,

31. MM. Dereux, Gautier (Jean), Aubry, Mlle Hallion, MM. Holodenko, Laval, Mlle Odier, MM. Vibert, Blondel, Mlle Baud,

41. Mlle Boutigny, MM. Flahaut, L'Ecuyer de Villers, Luton, Michel-Béchet, Vanbockstael, Mlle Sazerac de Forge, MM. Lapeyre, Patel, Legrain,

51. Blondin, Flipo, Mme Dreyfus-Sée, M. Pichat, Mme Bertrand-Fontaine, MM. Bodin, Denoy, Roëser, Blum, Mlle Bœgner,

61. MM. Dubois (Paul), Jullien, Leboucher, Machebœuf, Agnès, Mlle Linossier, MM. Lieutaud, Delthil, Descomps, Boltansky,

71. Cachera, Mlle Laurent, MM. Lefèvre (Georges-Théophile), Lefèvre (Georges), Lion, Puech, Mlle Rodet, M. Theillier, Mlle Cros, MM. Dufieux,

81. Fumery, Jean, Mlle Lavedan, MM. Lavialle, Pavie, Benda, Besson, Lenormand, Michaux (Léon), Debray,

91. Mlle Lachousky, MM. Thurel, Corneau, Ghouïla-Houri, Morlaas, Chapuis, Thizy, Migault, Caffort, Mlle Denis,

101. MM. Mâle, Krivine, Biancani (Hugo), Darquier, Kéraudren, Mlle Sayag, MM. Lafaix, Salathé, Therin (Jean), Bonan,

111. Hamburger, Guérin, Leroy (Roger), Fontaine, Mlle Desgrez, MM. Jardet, Lamy, Ledoux, Truchard, Parat,

121. Bardy, Bouillié, Boussange, Mounier, Boyer, Brocherion, Lemière, Samsœn, Mlle Baudry, MM. Charreau,

131. Langlois, Mlle de Sèze, MM. Canouet, Lévy (Pierre), Waitz, Lazare, Farant (Jean), Vendel, Grognot, Barbaro,

141. Ehrenberg, Petit (Roger), Ribière, Mlle Ivanichevitch, MM. Hennart, Camus, Djordjevitch, Mlle Guyot, MM. Popovitch (Borislaw), Thibault (Raymond),

151. Azerad, Limouzin-Lamothe, Turrillot, Dublineau, Hamonic, Laymond, Nadal, Nida, Barbellion, Lehmann,

161. Mme Poissonnier, Mlles Rogier, Frontard, MM. Jaubert, Prat-Flottes, Dufour, Laurain, Mlle Ostwalt, MM. Amiot, Carette (Camille),

171. Couton, Delafontaine, Dumas, Duncombe, Langue, Laversin, Mallein-Gérin, Meurisse, Mlles Mortier, Nicolle,

181. Rekis, MM. Reudon, Sicard, Tournilhac, Arrivot, Mlle Grunbaum, MM. Garnier, Jaïs, Martin (Henri), Troncin,

191. Delaveuve, du Fayet de la Tour, Mlle Henry, MM. Tissier, Giberton, Lacassie, Lob, Lacaisse, Bardol, Armand,

201. Tariel, Bonnemaison, Gence, Fuizi, Popovitch (Milan), Pruvost, Souty, Lévy (Marcel), Schrameck, Soullier,

211. Abonneau, Blondin, Diriks, Gauillard, Lefebvre (René), Marco, Marmasse, Mlle Nitard, MM. Schœngrun (Emile), Tsin,

221. Vasseur, Willemin (Louis), Quignon, Salavert, Uzan, Mlles Aubriot, Mircouche, MM. Rebuffel, Gley, Mlle Rondinesco,

231. MM. Lafont (Ernest), Delimal, Mlle Kœchlin, MM. Grognard, Lavau, Marq, Marzouk, Mayer, Moret, Mlle Papin,

241. MM. Potelune, Restoux, Rigal, Terrin (Pierre), Froyez, Mlle Decaux, MM. Hervé, Pichard, Salvan, Compin,

251. Denis, Lacapère, Mlle Lecoq, MM. Macé, Moissy,

Roussel (André), Toulouse, Mlle Vasseur, MM. Emerit, Bazelis,

261. Chartier, Chatellier, Geray, Hautefeuille, Jendon, Mlle Lacroix, M. Larivière, Mme Meyer-May, MM. Naveau, Seguin,

271. Mlle Tisserand, MM. Damon, Baldy, Chabrun, Girard, Hennetier, Lévy (Gabriel), Mer, Mlle Vignaux, MM. Ackermann,

281. Chabrut, Gauthier (Paul), Mlle Maybluh, M. Moraux, Mlle Simon, M. Rosier, Mlle Hugueny, MM. Evrain, Henriot, Carvaillo,

291. Mlles Halperson, Frey, MM. Parfoury, Voukassovitch, Guéneau de Mussy, Hyvert, Mlle Richard, MM. Carpentier, Casaubon, Crocy,

301. Navarre, Talot de Margival, Arviset, Chemilleau, Keller, Pagès, Mlle Remy, M. Yotte, Mlles Crémieu, Gagey,

311. MM. Guyot, Bonnichon, d'Auxion, Fabre (André), Filliol, Hurez, Méry, Schœngrun (André), Dana, Diamantberger,

321. Lichtenberger, Mme Bouchaud, MM. Choquet, Arthaud, Retel, Azam, Chérouvrier, Mlle Joltrois, MM. Kalmanovitch, Lataix,

331. Minon, Moussou, Paris, Perrève, Cornet, Lavieille, Magnol, Thirion, Blanche, Brunet,

341. Gallet (Jean), Fabre (Pierre), Fouché, Riera, Mlle Bonhomme, MM. Leyritz, Roussel (Maxime), Mlle Leblond, MM. Razimbaud, Bac,

351. Christol, Peynet, Thoral, Duprey (Gaston), Gruntescu, Mme Soufiland, MM. Topart, Baudet, Broujaniski, Bruder,

361. Mlle Fradiss, MM. Guitton, Lucq, Mme Macrez, Mlle Maugé, MM. Richard, Willemin (Eugène), Bertrand, Bourdillon, Chantier,

371. Joffroy, Lévy (Robert), Mlle Schulmann.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — *Physiologie et médecine expérimentale.* — Exposé de titres. — Médecine expérimentale : MM. Garnier, 28; Richet, 27; Bernard, 25.

Leçon orale de 3/4 d'heure après 4 heures de préparation. — Physiologie : MM. Soula, 28; Sarvonat, 30; Giraud, 19; Mathieu, 18.

Médecine expérimentale : MM. Richet, 27; Garnier, 26; Bénard, 28.

CONCOURS DE MÉDECIN DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — *Composition écrite.* — 1° « Conduite à tenir pendant l'accouchement en cas de présentation de la face. » — 2° « Complications pulmonaires de la grippe sans le traitement. »

6e séance : MM. Chapelain, 8 + 13 = 21 ; Savatier, 11 + 13 = 24 ; Hufnagel, 12 + 17 = 29; Broustail, 7 + 13 = 20.

CRÉATION DES FACULTÉS DE PHARMACIE. — Par décret présidentiel en date du 14 mai 1920, les écoles supérieures de pharmacie, dont le siège social est à Paris, Montpellier, Nancy et Strasbourg, prennent le nom de facultés de pharmacie. (*J. O.*, 22 mai 1920.)

UNIVERSITÉ DE GENÈVE. — Le Conseil d'État de Genève a nommé M. le Dr Maurice Roch professeur ordinaire de clinique médicale à l'Université de Genève, en remplacement du prof. L. Bard, démissionnaire.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 2 juin. — Jury : MM. Letulle, président ; Sebileau, Cunéo et Loeper. — M. BOUDEAU (Jean). Contribution à l'étude des angines aiguës chez l'adulte. — M. BURILÉANO (Octave). L'utilisation du sucre dans l'alimentation des nourrissons. — M. BERNARD (Ferdinand). Contribution à l'étude du drainage filiforme. — M. MONS (E). L'héliothérapie.

Jury : MM. Bernard, président ; Labbé (M.), Lereboullet et Guillain. — M. BONNET (Henri). Grippe et tuberculose (épidémie 1918-1919). — M. THOUVENET (André). Le sérodiagnostic des affections gonococciques. — M. LANGLOIS (Siméon). L'érithrodermie avec lymphadénie.

Jeudi 3 juin. — Jury : MM. Bar, président; Teissier, Bezançon et Carnot. — M. ROBERTI (Jean). Les vomissements paroxystiques chez les enfants. — M. BIGOT (William). Sur un cas de diarrhée chronique. — M. DIEHL (Louis). Du pronostic de l'accouchement chez les cyphotiques. — M. AVININ (Jean). Contribution à l'étude du pansement à la pommade au collargol.

Frantz GLÉNARD

La mort de notre confrère, Frantz Glénard, est une perte pour la science. Son œuvre est de celles qui restent et survivent à leurs auteurs. Elle est marquée au coin d'un sens clinique avisé et elle a eu une portée pratique considérable.

Glénard, encore tout jeune, a eu le grand mérite d'importer en France la méthode de Brand pour le traitement de la fièvre typhoïde. L'histoire vaut d'être contée. En 1870, Glénard s'engagea comme simple soldat. Fait prisonnier et interné à Stettin il trouva moyen, étant étudiant en médecine, de se faire attacher, comme infirmier, au service de Brand qui venait d'instituer le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids. Déjà bon observateur, il fut frappé des résultats obtenus, prit des notes, recueillit des observations, se mit bien exactement au courant de la méthode, encore très peu appliquée en Allemagne, et, rentré à Lyon, où il faisait ses études, publia des brochures, fit des communications qui devinrent, en particulier à la Société médicale des hôpitaux, le point de départ de discussions longues et passionnées. Glénard eut beaucoup de peine à convaincre nos confrères de Paris et à obtenir que la méthode de Brand fût expérimentée dans nos hôpitaux. A force de frapper fort, il finit par enfoncer le clou. En apôtre plein de foi il arriva à gagner sa cause et bientôt tous les chefs de service, tous les praticiens adoptèrent ce mode de traitement qui, sans conteste, constitua un progrès très réel.

Mais ce ne fut pas là le seul mérite de notre regretté collègue. Qui ne connaît aujourd'hui la sangle de Glénard? Qui ne connaît ses travaux sur l'entéroptose qu'il a détachée du cadre nosologique des dyspepsies, dont il a fait une entité morbide particulière et dont il a si heureusement fixé le traitement par l'invention de sa ceinture qui a rendu service à tant de pauvres nerveuses ptosées.

Son service de l'hôpital thermal de Vichy, la nombreuse clientèle de dyspeptiques, d'hépatiques, de névropathes qu'il eut à soigner dans cette station, furent pour lui un champ d'études inépuisable. De là ses travaux, aujourd'hui classiques, sur l'entéroptose, l'hépatisme, sur les relations qui relient ces deux états pathologiques, sur les maladies de la nutrition, sur les indications et contre-indications de la cure alcaline, etc.

Ce simple exposé, si court soit-il, suffit, pensons-nous, pour montrer la valeur de l'œuvre scientifique, clinique et thérapeutique de Frantz Glénard. Peut-être cette œuvre n'a-t-elle pas été toujours appréciée à sa juste valeur.

Glénard était un savant modeste et indépendant, très simple de manières, très affable pour ses confrères. Il a pu, pendant de longues années, pratiquer cette médecine des eaux avec une autorité, une conscience et un désintéressement qui lui font honneur. D'un caractère droit et loyal, d'une probité scientifique et professionnelle inattaquable, il ne connut pas ces luttes intestines qui, dans certaines stations, sont profondément regrettables. Partout et toujours, à Vichy comme à Paris et ailleurs, il fut honoré comme il le méritait.

Nous adressons à son fils, le Dr Roger Glénard, qui continue à Vichy la tradition paternelle, l'assurance de notre vive sympathie.

A. BROCHIN.

REVUE GÉNÉRALE

LES VOIES D'ABORD DE L'ARTICULATION DU GENOU

Par le Dr BOPPE,
Interne des hôpitaux de Paris,
Aide d'anatomie des hôpitaux.

La fréquence extrême et la haute gravité des plaies ostéo-articulaires du genou au cours de cette guerre ont montré bien vite aux chirurgiens la nécessité de pratiquer de larges arthrotomies d'exploration, permettant d'y « voir clair » dans un genou, de dépister toutes les lésions osseuses souvent multiples et complexes, d'enlever les projectiles profonds, peu accessibles, cachés dans l'échancrure intercondylienne par exemple.

Les techniques se sont donc multipliées; des voies d'abord, décrites il y a bien longtemps par Ollier, ont été exhumées de l'oubli et remises en honneur; on en a proposé de nouvelles. Ces larges arthrotomies se sont montrées fort bénignes et la vieille notion de la mauvaise défense des articulations contre les risques d'infection opératoire a vécu. De plus, l'observation en série des résultats fonctionnels à longue échéance permit de juger la valeur de chaque méthode opératoire et d'effectuer un triage parmi les interventions proposées. Telle incision parfaite pour l'exploration complète de l'article dut être abandonnée, car trop mutilante ou nécessitant une immobilisation postopératoire trop prolongée, elle exposait, soit à la laxité articulaire, soit à une ankylose totale ou partielle enlevant ainsi à l'opéré presque tous les bénéfices de l'intervention conservatrice primitive.

Les chirurgiens ont alors pu reprendre avec plus de profits l'étude commencée avant la guerre des lésions chroniques du genou d'origine traumatique appelées encore « séquelles des entorses du genou », entorses si fréquemment observées au cours des hostilités. A la classique incision pararotulienne par laquelle on enlevait jusqu'à ces dernières années un corps étranger articulaire ou un ménisque, ils ont substitué ces arthrotomies larges que leur pratique de guerre leur avait montrées inoffensives ou bénignes au point de vue fonctionnel; ils ont ainsi pu observer et traiter rationnellement les lésions des ligaments croisés, des cornes postérieures des ménisques, lésions que l'arthrotomie latérale ne pouvait mettre en évidence.

Nous allons passer en revue ces différentes voies d'abord, leur technique, leurs avantages, leurs indications.

Nous les diviserons schématiquement en quatre groupes :

1° *Incisions pararotuliennes*;
2° *Incisions transligamenteuses*;
3° *Incisions transrotuliennes*;
4° *Incisions transtubérositaires.*

Nous laisserons de côté la voie d'abord postérieure poplitée, étroite et peu commode en raison de sa profondeur; c'est donc une voie d'exception. Cependant, pour certains projectiles entrés par la face postérieure et que la radio montre enclavés au niveau des coques condyliennes, il peut être indiqué, s'aidant du miroir frontal, de suivre le trajet de proche en proche, ce qui permet de remédier chemin faisant aux lésions vasculaires ou nerveuses qui compliquent souvent ces blessures du creux poplité.

1° Incisions longitudinales pararotuliennes. — La courte incision classique pararotulienne unilatérale est trop connue pour que nous y insistions. Longue de 4 à 5 cm., elle passe à un travers de doigt en dehors ou en dedans de la rotule et se termine au niveau de la pointe de cet os. Elle sectionne seulement en travers les ailerons rotuliens que l'on reconstituera facilement par une suture exacte, permet une mobilisation postopératoire immédiate; mais elle a le défaut capital d'exposer très incomplètement l'article.

En écartant très fortement les lèvres de la plaie, soulevant la rotule sur un écarteur, s'aidant de la mise en flexion du genou, on arrive à explorer la partie antérieure de la face cutanée du condyle correspondant, un peu la trochlée et le grand cul-de-sac; mais les lèvres de la plaie sont très fortement bridées en haut et en bas, et l'échancrure intercondylienne, l'étage ménisco-tibial, le condyle opposé naturellement restent absolument inaccessibles. Cependant, d'une part, dans certains cas de plaies unilatérales du genou avec projectile localisé dans un condyle, d'autre part dans certains cas de corps étranger articulaire facilement refoulable dans un cul-de-sac latéral cette incision est suffisante. En tous cas rien n'empêche de la prolonger, soit en haut, soit en bas, soit dans les deux sens comme nous allons l'étudier maintenant.

Si l'on incise plus bas jusqu'au niveau des insertions tibiales de la capsule, on expose mieux l'étage tibial. Il est avantageux alors de pratiquer l'incision dite de « Barker » très employée par les chirurgiens américains. L'incision verticale s'arrondit en bas, devient transversale, atteignant le bord du tendon rotulien. On coupe ainsi en travers la capsule, près de son insertion tibiale jusqu'au tendon rotulien que l'on peut même entailler quelque peu.

En prolongeant de même l'incision vers le haut et surtout en l'inclinant vers la ligne médiane, encadrant ainsi la rotule, on expose le cul-de-sac supérieur et l'espace intercondylien. Cette incision, décrite dans le *Manuel de médecine opératoire* de Farabeuf sous le nom d'incision de Langenbeck, a été étudiée de nouveau par Petit qui la décrit en ces termes : « L'incision est longue, verticale, paramédiane. Elle commence très haut au-dessus du cul-de-sac sous-tricipital et descend jusqu'au bord supérieur de la rotule. Là elle contourne cet os à un bon centimètre de distance, soit en dehors, soit en dedans, selon le siège de la blessure ou les indications de la radiographie, puis elle descend, longeant le bord correspondant du ligament jusqu'à son insertion sur le tibia. L'incision est profonde, sectionnant muscle et trousseaux fibreux, ouvrant la synoviale d'un bout à l'autre. Ceci fait, le chirurgien prend le bord libre de la rotule avec le davier de

Farabeuf en ayant soin que les dents ne mordent pas la surface cartilagineuse. Il relève comme un couvercle le lambeau musculo-rotulien et le luxe latéralement en le basculant de telle sorte que la surface cartilagineuse soit en l'air. Un point résiste, c'est l'extrémité inférieure de la capsule au niveau du plateau tibial, trousseau fibreux épais qui crie sous le couteau; sitôt sectionné, la rotule bascule et l'articulation s'ouvre. Le lambeau ostéo-musculaire ainsi rejeté en dehors ou en dedans ne gêne nullement le mouvement de flexion qui expose largement le genou; il glisse sur le condyle. De cette façon la jointure est largement exposée sur toute sa hauteur; le cul-de-sac est étalé sous les yeux du chirurgien, il suffit de fléchir le genou pour explorer les condyles aussi facilement qu'avec l'incision en U; on peut enlever sans difficulté un projectile situé entre les ligaments croisés; on voit toutes les surfaces articulaires du fémur, du tibia, de la rotule. L'opération terminée, on fait un surjet sur la synoviale, quelques points séparés pour rapprocher les muscles et les trousseaux fibreux; la reconstitution est simple et rapide. »

Ayant eu l'occasion de répéter cette intervention sur le cadavre, nous avons été frappés du jour considérable obtenu. Cependant avoir une vue sur une région et pouvoir y manœuvrer à l'aise sont deux choses bien distinctes; en particulier la réfection d'un ligament croisé profondément caché sous l'échancrure intercondylienne, l'exploration complète d'un ménisque nous semblent bien difficiles à réaliser par cette voie latérale. Nous croyons donc que ces incisions longitudinales doivent être réservées aux lésions unilatérales et qu'elles sont insuffisantes lorsqu'il s'agit de lésions complexes ou dont la localisation exacte n'a pas été diagnostiquée à l'avance.

Ollier, dans son *Traité des résections,* représente une double incision pararotulienne interne et externe. On obtient ainsi un lambeau médian en pont contenant la rotule et le tendon rotulien. En luxant ce lambeau ostéo-tendineux en dedans puis en dehors, on peut explorer alternativement chaque condyle; mais ce lambeau, bridé très fortement au niveau de ses pédicules supérieurs et inférieurs, est difficile à luxer; il est gênant, et, de plus, comme précédemment, l'échancrure intercondylienne, la partie postérieure des condyles, les régions méniscales antérieures et postérieures restent difficilement accessibles.

2° Incisions transligamenteuses. — a. *Incision sectionnant en travers le tendon rotulien.* — C'est l'incision en U de la résection. Les deux branches verticales de l'U sont plutôt antérolatérales que latérales, passant en avant de l'insertion fémorale des ligaments latéraux respectés. La branche transversale de l'U passe au-dessous de la pointe de la rotule, sectionnant en travers le ligament rotulien. On relève le lambeau après avoir désinséré le ligament adipeux. On obtient ainsi un jour admirable sur tout l'article sauf sur la région des coques condyliennes et aussi sur la corne postérieure des ménisques justement à cause de la conservation des ligaments latéraux qui brisent et gênent l'exploration des parties postérolatérales de l'article. Ce petit point a son importance, nous y reviendrons dans un instant. Cette arthrotomie réalise une véritable « laparotomie de l'articulation », suivant l'expression imagée du prof. P. Duval. Le genou inventorié, le projectile extrait, les lésions osseuses traitées, on réapplique le lambeau, l'on suture soigneusement les parties latérales de la capsule et surtout le tendon rotulien qu'il faudra reconstituer très exactement en deux plans.

Cette incision si séduisante, née de l'insuffisance des arthrotomies latérales a très vite été adoptée par presque tous les chirurgiens, mais alors que dans l'esprit de ses promoteurs, elle devait être réservée aux cas graves, complexes avec lésions osseuses multiples, on exagère ses indications, et, pour n'en donner qu'un exemple, le prof. Broca a rapporté à la Société de chirurgie une observation où l'on pratiqua une grande arthrotomie en U pour extraire une aiguille du genou.

Une réaction ne tarda pas à se produire, et à la Société de chirurgie, notamment, de nombreux auteurs, Mouchet et Pamart, Auvray et Leriche vinrent faire son procès à cause des médiocres résultats fonctionnels observés ultérieurement.

Auvray, sur 4 cas, note chaque fois une ankylose presque complète. Mouchet et Pamart insistent sur la grande proportion des mauvais résultats éloignés; sur 13 cas, 2 résultats excellents, 10 médiocres ou mauvais, avec flexion très incomplète, oscillant de 175 à 120°. On constate un relâchement du ligament rotulien qui forme comme une sorte de bourrelet étalé au-dessous de la rotule ; cette dernière souvent remontée est plus ou moins immobile ; le quadriceps crural est très déficient. Nous-mêmes avons observé 2 cas où la suture avait complètement lâché et où il existait une ankylose fémoro-rotulienne complète. Leriche sur 22 cas examinés, mis à part deux résultats excellents dont un remarquable, note 20 cas où au bout de 3 mois l'articulation était pratiquement ankylosée. Tixier, dans quelques cas, a noté une dislocation articulaire, une laxité telle que l'impotence fonctionnelle était presque abolie et que les blessés réclamaient d'eux-mêmes un genou ankylosé, c'est-à-dire une arthrodèse.

Gosset, dans son rapport à la Conférence interalliée, émet la même opinion et conclut que l'arthrotomie en U avec section du tendon rotulien doit être réservée à des cas exceptionnels graves et complexes. On commencera donc par une arthrotomie longitudinale uni puis bilatérale ; si à ce moment les lésions paraissent insuffisamment exposées, difficiles ou impossibles à aborder, on pratiquera alors la section transversale du tendon ou mieux l'ostéotomie de la tubérosité tibiale comme nous l'étudierons au chapitre suivant.

Les médiocres résultats fonctionnels de l'arthrotomie en U transligamenteuse s'expliquent assez aisément ; d'une part le tendon rotulien peu vasculaire, s'effilochant facilement, constitue un mauvais matériel de suture, et d'autre part, malgré les affirmations contraires de certains chirurgiens, il paraît bien osé de mobiliser immédiatement un tendon

rotulien réparé ; or l'expérience de la guerre nous a montré les bienfaits de la mobilisation active postopératoire très précoce et même immédiate.

Pour ces raisons, Chaput avait cru devoir recommander une arthrotomie en U renversé avec section sus-rotulienne du quadriceps. La réparation est beaucoup plus facile d'après cet auteur. Cette pratique ne nous paraît guère recommandable, d'autant plus que cette incision d'arthrotomie découvre très mal tout le segment tibial de l'article.

Enfin signalons qu'un auteur allemand (Ufer) a préconisé, après incision cutanée verticale, une section du ligament rotulien en longitudinal comme pour le dédoublement du tendon d'Achille ; les tranches de section tendineuses seraient ainsi beaucoup plus larges et le résultat de la suture meilleure.

Cependant toutes ces critiques ne doivent pas nous faire oublier les services immenses rendus par l'arthrotomie en U ; on ne peut évaluer le nombre considérable d'arthrites suppurées et d'amputations évitées grâce à cette large incision, et il vaut évidemment cent fois mieux sectionner le ligament et obtenir un résultat orthopédique médiocre que de laisser inclus un corps étranger avec tous les risques graves que cela comporte.

b. *Incisions transversales des ligaments latéraux.* — Les incisions n'ont été pratiquées que dans des cas très spéciaux en vue de l'exploration complète d'un ménisque jusqu'à sa corne postérieure. D'après Tavernier qui les a étudiées « elles sont les seules qui permettent de découvrir une lésion isolée de la corne postérieure d'un ménisque, mais permettent aussi une exploration suffisante de l'espace intercondylien ; on leur a reproché de favoriser les mouvements de latéralité en sectionnant les ligaments latéraux. En réalité si ces ligaments sont suturés soigneusement dans la position de relâchement, c'est-à-dire dans la flexion légère du genou, elles sont sans inconvénients. Elles permettent même de raccourcir un ligament latéral distendu ou devenu trop lâche par suppression de la sorte de cale que forme le ménisque entre le fémur et le tibia ».

3° Incisions transrotuliennes. — La transrotulienne verticale médiane décrite par Ollier dans son *Traité des résections* a été utilisée avec succès durant la guerre. Déjà en 1900, Toubert, dans son *Précis de chirurgie d'armée*, déclare que la grande incision longitudinale médiane simple, facile, rapide, découvre mieux l'article que les incisions pararotuliennes, rend accessible à l'œil et au doigt l'articulation tout entière, permet l'évacuation du sang, des esquilles libres, des corps étrangers. Bougot et de La Rue la décrivent en détail en 1916 dans la *Presse médicale*.

On fait une incision médiane commençant à 4 ou 5 travers de doigt au-dessus de la rotule et se terminant à 1 ou 2 cm. au-dessous. On dissèque les deux lèvres de la plaie, on met à nu la rotule recouverte de son surtout fibreux adhérent. On pratique ensuite une boutonnière dans les insertions tendino-musculaires du quadriceps, l'on y introduit un doigt, puis l'index reparaît à la limite supérieure du grand cul-de-sac que l'on fend jusqu'en haut sur cet index. Une aiguille de Doyen perfore le tendon rotulien juste au-dessous de la pointe de la rotule sur la ligne médiane, s'engage sous la rotule et vient ressortir dans le grand cul-de-sac, on ramène à la suite de l'aiguille une scie de Gigli. Un davier de Farabeuf, horizontalement couché sur la face antérieure de la jambe, peu serré pour ne pas coincer la scie de Gigli, maintient la rotule immobile pendant que l'on pratique sa section d'arrière en avant. Deux écarteurs écartent à force les lèvres de la plaie, on fléchit le genou et bientôt le fémur sort complètement exposé.

Cette arthrotomie est la moins mutilante de toutes, elle respecte en effet toutes les lignes de force du genou. La juxtaposition des deux hémirotules s'effectue parfaitement, grâce à une reconstitution soigneuse de la synoviale, du tendon quadricipital et du prérotulien surtout fibreux. Cotte, ayant eu l'occasion de réintervenir chez un blessé auquel il avait pratiqué une transrotulienne verticale, déclare que la réparation osseuse était si parfaite qu'il n'existait pas le moindre chevauchement des deux fragments ni dans un sens ni dans l'autre et qu'il était à peine possible de retrouver la trace du coup de scie qui avait divisé l'os.

Cependant un saignement léger dans l'articulation est à craindre, les deux tranches rotuliennes suintent et l'on observe souvent après l'intervention une hémarthrose passagère. La mobilisation active post-opératoire de l'article est facile et sans danger ; les deux fragments rotuliens n'ont en effet aucune tendance à s'écarter puisque la jugulaire constituée par les ailerons est intacte. Enfin comme le fait remarquer Heitz-Boyer qui est un chaud partisan de la transrotulienne verticale, si l'on est obligé de drainer temporairement (plaie articulaire infectée opérée tardivement), il est très facile ensuite, par un avivement à la curette des deux tranches rotuliennes et une suture secondaire du surtout rotulien, de coapter parfaitement les deux hémirotules. Ce dernier avantage est important, car après l'arthrotomie transligamenteuse, s'il survient une arthrite suppurée, l'échec de la suture du tendon rotulien est pour ainsi dire fatal. Toutefois, si la transrotulienne médiane permet une exploration facile et complète de l'étage fémoral, l'étage tibial reste inaccessible ; suivant l'expression de Bougot et de La Rue, le tibia ne « sort pas ». Pour obvier à cet inconvénient sérieux, Bougot et de La Rue ont alors proposé l'arthrotomie transrotulienne oblique. L'incision est en baïonnette. D'abord médiane et verticale elle atteint le bord supérieur de la rotule, coupe ensuite obliquement cet os, atteint un de ses bords, près de sa pointe, puis descend de nouveau verticale paramédiane jusque sur le tibia longeant le tendon rotulien. La section de la rotule un peu difficile, oblique comme l'incision cutanée, divise cet os en deux fragments, un supérieur et latéral petit et un inférieur médian plus grand et attenant au tendon rotulien. La cuisse étant alors fléchie à angle aigu, le tibia est parfaitement exposé d'après les auteurs du procédé. La réparation est plus complexe. Bougot et son collaborateur préconisent le cerclage de la rotule au fil métallique et un plan de

catgut sur le surtout fibreux. Nous croyons que la transrotulienne oblique est une complication absolument inutile; il est beaucoup plus simple de procéder comme le décrit Roux-Berger dans son article sur la chirurgie des ligaments croisés.

La section médiane et verticale de la rotule effectuée, on incise longitudinalement sur la ligne médiane le tendon rotulien jusqu'à son insertion tibiale, et avec une rugine tranchante, on désinsère partiellement les deux moitiés du tendon de la tubérosité tibiale antérieure.



Schéma I. — A gauche, incision longitudinale de Petit; à droite, incision longitudinale arrondie à son extrémité inférieure (incision de Barker).



Schéma II. — En traits pleins, arthrotomie verticale transrotulienne; en traits pleins et pointillés, arthrotomie transrotulienne oblique.

Malgré tout, les ménisques se découvrent incomplètement; de plus Cotte pense que la tension des lèvres de la plaie relevées de chaque côté du fémur se traduit jusque sur les ménisques qu'elle peut remettre en place s'ils étaient luxés. Une luxation méniscale risque ainsi de passer inaperçue et justement Cotte cite une observation où les choses se passèrent ainsi et où il dut réintervenir secondairement.

Certains chirurgiens, Thiéry en particulier (Congrès de chirurgie, 1905) proposèrent la transrotulienne horizontale. Le jour obtenu sur l'échancrure intercondylienne est parfait; on lèse peu les ailerons puisqu'on les divise dans la direction de leurs fibres, mais on est obligé de pratiquer une suture ou un cerclage de la rotule. Elle est donc très inférieure à la transrotulienne verticale, et nous ne la citons que pour mémoire. En outre, elle expose fort mal le cul-de-sac sous-quadricipital et l'étage tibial; c'est ainsi que Thiéry, voulant pratiquer une synovectomie du grand cul-de-sac bourré de fongosités, dut, après avoir sectionné transversalement la rotule, faire ensuite une section longitudinale du fragment supérieur pour se donner du jour.

4° Arthrotomies transtubérositaires. — C'est l'arthrotomie en U avec ostéotomie temporaire de la zone d'insertion du tendon rotulien, c'est-à-dire de la tubérosité antérieure du tibia.

Cette intervention, proposée il y a longtemps par Chevrier, est d'exécution facile.

L'incision cutanée en U est basse. La branche transversale de l'U passant à la partie inférieure de la tubérosité.

Ensuite on libère largement cette tubérosité et la partie inférieure du ligament rotulien en décollant la peau et en désinsérant en dehors quelques fibres du jambier antérieur. De deux coups de pointe, on dégage les bords du tendon rotulien près de son insertion tibiale, et d'un coup de sonde cannelée sa face postérieure. Puis le ciseau tenu presque horizontal, visant la partie postérieure du plateau tibial, on sectionne transversalement la compacte au-dessous de la tubérosité; deux coups de ciseau verticaux sur les bords du tendon rotulien, et en insinuant peu à peu la lame dans le trait inférieur transversal, en s'aidant de mouvements de levier on détache facilement le petit bloc osseux d'insertion du tendon. Le bloc détaché enveloppé d'une compresse protectrice est relevé vers le haut et l'on ouvre l'articulation par une incision en U bien nette de la capsule et de la synoviale. La section de la tubérosité peut également se pratiquer avec la scie de Gigli ou mieux avec la scie du prof. Delbet insinuée derrière le tendon rotulien et manœuvrée de haut en bas.

Le jour obtenu est maximum. L'article tout entier est sous les yeux avec tous ses étages fémoral, méniscal et tibial; l'on peut traiter à loisir les lésions profondes des ligaments croisés, mener à bien à ce niveau des sutures délicates. L'intervention terminée, on rabat le couvercle, la tubérosité tibiale est remise en place, l'on suture soigneusement la synoviale et la capsule.

Les méthodes de fixation de la tubérosité tibiale sont multiples. La plupart des chirurgiens l'enclouent au moyen d'un gros clou ordinaire à tête plate. Un auteur italien a même décrit un clou un peu spécial muni latéralement de deux crampons qui empêchent tout dérapage; d'autres la vissent sur le tibia; d'autres enfin, Tavernier en particulier, restent fidèles à la suture osseuse. Un fil métallique placé transversalement dans le tibia sort de chaque côté de la tubérosité, et ses deux chefs sont tordus sur la face antérieure de la tubérosité derrière le tendon rotulien. Roux-Berger plus simplement se contente de fixer la tubérosité par une couronne de points de catgut chargeant le périoste et les aponévroses. De toutes façons il est nécessaire d'immobiliser l'article après l'intervention mais cette immobilisation doit être très courte. Dans une observation de Roux-Berger, la tubérosité tibiale fixée simplement par une suture aponévrotique exacte, la mobilisation a été commencée au 2e jour.

Les résultats fonctionnels sont excellents. Roux-Berger par exempte note au 30e jour une flexion égale à celle du côté sain, la marche s'effectue sans douleur ni boiterie, il n'existe ni sensation de faiblesse ni fléchissement au niveau du genou opéré.

Désireux de réduire au minimum l'immobilisation postopératoire et de rendre impossible toute réascension de l'épine tibiale, Brocq imagina son ingé-

mieux procédé de résection temporaire en queue d'aronde de la tubérosité tibiale antérieure.

Nous empruntons la description de l'intervention au mémoire de Brocq et à l'excellente thèse de Leroy.

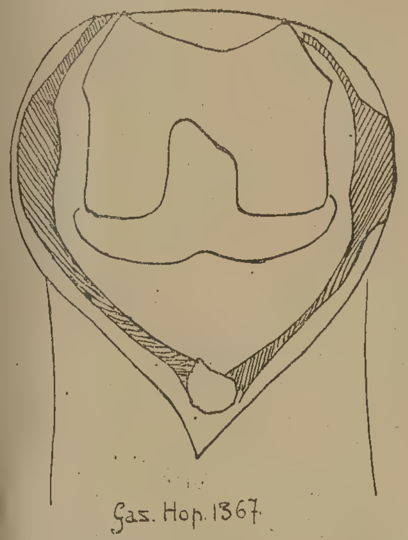


Schéma III (d'après Roux-Berger). — Jour obtenu par la transduction verticale.

Les temps préliminaires d'incision cutanée de libération du tendon et de la tubérosité sont identiques à ceux que nous venons de décrire plus haut; puis l'on incise au bistouri le périoste en encadrant la tubérosité tibiale.

a. On engage alors la lame étroite d'une scie (scie de Gigli ou de Delbet) sous le ligament rotulien et l'on scie l'os en partant du bord supérieur de la tubérosité antérieure du tibia. Le trait de scie se dirige obliquement en haut suivant un plan incliné à 45°

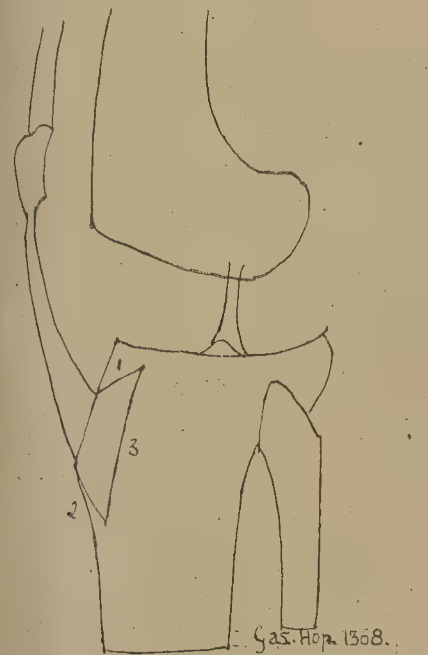


Schéma IV (d'après Brocq). — Résection en queue d'aronde de la tubérosité tibiale avec les trois temps de section.

sur l'horizontale et s'enfonce dans l'os sur un trajet de 2 cm. à 2 cm. 5 environ. Cette profondeur ne doit pas être dépassée, sans cela le trait supérieur serait trop rapproché du plateau articulaire tibial, ce qui ferait courir ainsi à toute la portion du tibia située au-dessus de la section le risque d'être détachée par fracture au cours d'un mouvement brusque.

b. Deuxième coup de scie qui part du bord inférieur de la tubérosité tibiale antérieure. Le trait se dirige obliquement en bas. La scie entame l'os sur une profondeur de 2 cm. ou 2 cm. 1/2 également et suivant un plan incliné à 45° sur l'horizontale.

c. Une troisième section osseuse réunit les deux précédentes. Elle est orientée suivant un plan horizontal et d'une exécution un peu plus délicate que les deux autres.

On peut utiliser pour les sections osseuses au lieu de la scie un petit ciseau ordinaire, mais le ciseau doit être manœuvré prudemment, à petits coups; l'on risquerait, en effet, sans cette précaution, de faire éclater le tibia ou de fracturer les parois de la niche osseuse. Cette ostéotomie ne demande que quelques minutes, ce qui est réellement insignifiant.

Les sections terminées, il suffit pour extraire de sa niche le bloc osseux réséqué de le faire glisser latéralement, soit en le saisissant entre deux doigts, soit en frappant sur l'une de ses faces latérales à petits coups avec un instrument mousse (manche du ciseau, par exemple). Il vaut mieux le faire glisser vers le côté interne du membre; en dehors, en effet, son glissement est gêné, légèrement d'ailleurs, par les fibres supérieures du jambier antérieur qui s'insèrent haut sur la face externe du tibia et que l'on a d'ailleurs réclinées et désinsérées au début de l'intervention, comme nous l'avons déjà mentionné.

Le reste de l'intervention sera conduit comme nous l'avons dit plus haut, et l'on replace très facilement dans sa loge le petit parallélipipède osseux en l'introduisant par le côté par lequel il est déjà sorti. On comprend aisément que le bloc réséqué n'a aucune tendance à sortir dans les mouvements d'extension et de flexion, tout au plus pourrait-on craindre un minime glissement latéral. Pour cette raison, et par mesure d'extrême prudence, il est bon de jeter quelques points fibro-périostiques au catgut fixant le périoste du bloc réséqué temporairement au périoste voisin. L'immobilisation est alors complète.

Cette intervention a été pratiquée 3 fois par Brocq et 1 fois par le prof. Delbet. La mobilisation a été commencée en moyenne au 15e jour. Au bout de 2 mois les malades marchaient bien. Dans le premier cas, la flexion était complète, dans le second elle était de 25°; enfin, chez le troisième blessé, rebelle au début à l'entraînement, elle atteignait cependant 50°.

La radiographie pratiquée au bout d'un mois a montré constamment le bloc osseux consolidé, donnant une ombre normale. L'examen clinique du genou ne montre aucune saillie anormale, aucun épaississement.

Les résultats fonctionnels éloignés ne sont pas encore bien nombreux, mais ils se sont régulièrement montrés très satisfaisants, contrastant ainsi avec les résultats fonctionnels souvent médiocres fournis par l'arthrotomie en V transligamenteuse.

Nous croyons donc pouvoir conclure que, entre

ces deux types d'arthrotomies larges dont les indications sont les mêmes qui donnent le même jour maximum sur l'article, l'intervention de choix est l'arthrotomie transtubérositaire et en particulier le procédé par résection en queue d'aronde de la tubérosité tibiale antérieure.

BIBLIOGRAPHIE

BOUGOT et DE LA RUE. L'arthrotomie du genou par la voie transrotulienne verticale ou oblique, *Presse méd.*, nov. 1916, n° 33, t. XXIV.

BROCQ (P.). Le traitement sanglant des ankyloses du genou, *Revue de chir.*, oct. 1913; — Arthrotomie en V du genou sans section du ligament rotulien, grâce à la résection temporaire en queue d'aronde de la tubérosité antérieure du tibia, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 2 janv. 1919, n° 1.

COTTE. *Soc. de chir. de Lyon*, 5 fév. 1920; — *Soc. de chir. de Paris*, 11 fév. 1920.

GOSSET. Rapport à la Conférence interalliée, *Arch. de méd. et pharm. milit.*, juillet, août et sept. 1917, t. LXVIII, nos 1, 2 et 3.

HEITZ-BOYER. De l'arthrotomie transrotulienne médiane en chirurgie de guerre, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 29 oct. 1918, t. XLIV, n° 30.

KIRSCHNER. Nouveau procédé d'arthrotomie économique du genou, *Beit. z. klin. Chir.*, 1911, t. LXXI.

LERICHE. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 7 mars 1917.

LEROY. Lésions chroniques du genou d'origine traumatique, *Th. de Paris*, 1919.

MOUCHET et PAMART. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 30 avril 1918.

OLLIER. *Traité des résections.*

PETIT (Henri). Contribution à l'étude des plaies pénétrantes du genou, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 26 juin 1918.

ROUX-BERGER. Chirurgie du genou, ménisques, ligaments croisés, cartilages articulaires, *P. M.*, 15 mai 1919.

SMITH (Alwyn). The diagnosis and treatment of injuries to the crucial ligaments, *Brit. Journ. of surg.*, oct. 1918, t. VI.

TAVERNIER. Les séquelles des entorses du genou, *Lyon chir.*, juillet-août 1919.

UFER. *Arch. f. klin. Chir.*, 1916.

THIÉRY. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 7 mars 1917; — *Congrès de chir.*, 1905.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 17 MAI 1920)

Réflexes provoqués par l'irritation des premières voies respiratoires. Action sur les échanges généraux de l'organisme. — MM. André MAYER, H. MAGNE et L. PLANTEFOL. L'irritation des terminaisons du trijumeau, chez certains mammifères sensibles, a pour effet de provoquer pendant plus d'une demi-heure une diminution réflexe des échanges généraux de l'organisme qui peut les abaisser à une valeur très faible par rapport à la normale.

Equilibre azoté et carence de vitamines. — MM. A. DESGREZ et H. BIERRY.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 25 MAI 1920)

Les instituts d'hygiène. — Cette question doit-elle oui ou non intéresser l'Académie? Est-il préférable de l'abandonner complètement aux pouvoirs publics et que, une fois le programme établi, l'Académie donne alors son avis? Telle est la question qui a été, dans cette séance, l'objet d'une discussion assez vive.

MM. HAYEM, DELORME, PINARD sont d'avis que la question soit dès maintenant discutée à l'Académie; MM. BERNARD, CAZENEUVE, M. LE DOYEN DE LA FACULTÉ, M. HARTMANN sont d'un avis contraire.

Dans la dernière séance, M. Delorme a formulé une proposition, appuyée sur un certain nombre d'arguments, ayant pour but de décider, par un vote, que l'Académie mettrait immédiatement en discussion la question si importante des institutions d'hygiène (v. *Gaz des hôpit.*, p. 744). Cette proposition a été, dans cette séance, fortement appuyée par M. HAYEM qui ne comprendrait pas que l'Académie, gardienne de la santé publique, pût se désintéresser d'une question aussi importante et ne fût pas la première consultée par les pouvoirs publics.

M. BERNARD maintient ses premières déclarations et trouverait inopportune une discussion actuelle à l'Académie sur des projets déjà à pied d'œuvre, sur une organisation en voie de formation.

M. DELORME reprend la parole pour bien spécifier que, de sa part, il ne saurait être question d'un intérêt personnel quelconque. C'est l'intérêt seul du pays qui l'a guidé. Loin de s'opposer au moindre progrès, il voudrait que cette question si importante de l'hygiène et de la prophylaxie fût sérieusement étudiée et discutée au sein même de l'Académie et que la Faculté seule ne mît pas son emprise sur l'organisation des instituts d'hygiène. Qu'elle s'occupe de l'enseignement de l'hygiène, c'est son rôle, mais qu'elle n'aille pas plus loin.

M. BERNARD réplique, M. LE DOYEN vient à la rescousse, puis M. HARTMANN. Mais M. PINARD se range du côté de MM. Hayem et Delorme. Enfin le sénateur M. CAZENEUVE, imbu des usages parlementaires, espère mettre tout le monde d'accord en proposant de nommer une commission chargée de faire un rapport qui deviendra le point de départ d'une discussion.

M. HANRIOT appuie cette proposition.

En conséquence, M. LE PRÉSIDENT met aux voix l'amendement proposé par M. Cazeneuve qui est adopté.

Signalons plusieurs communications, celle de M. BECKEL sur **la résection de l'arc postérieur des premières côtes; technique nouvelle.**

Celle de MM. DUHAMEL et THIEULIN relative à **l'influence du foie sur le pouvoir agglutinatif du sérum.**

Enfin M. HAYEM a présenté une note de M. de la Prade (de Nice) accompagnant l'envoi d'**une ceinture destinée à corriger les ptoses intestinales ou rénales.** Cette ceinture, fort ingénieusement comprise, est une combinaison de la sangle de Glénard et du bandage herniaire. Elle maintient fort bien les organes ptosés.

Les nombreuses malades auxquelles M. de la Prade l'a appliquée s'en sont bien trouvées.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 21 MAI 1920)

Un cas d'encéphalite épidémique à type choréique avec paralysies oculaires et laryngées. — MM. AVIRAGNET, ARMAND-DELILLE et P.-L. MARIE rapportent l'observation d'une fillette de 9 ans qui, après une période de fièvre et de somnolence, présenta progressivement un syndrome choréique si typique qu'il faisait penser au premier abord à une chorée de Sydenham. Ce syndrome s'accompagnait de paralysie oculaire de la musculature interne et externe et d'une paralysie de la corde vocale gauche se traduisant par une aphonie complète qui, avec les commémoratifs, permirent de faire le diagnostic d'encéphalite épidémique. Ils insistent sur l'intérêt de ce qui établit la parenté de l'encéphalite épidé-

nique avec la chorée, ce que confirment d'ailleurs les récentes recherches anatomo-pathologiques.

La réaction de Schick en milieu militaire. — MM. Rieux et Zœller (Val-de-Grâce) ont trouvé la réaction positive dans 85,5 p. 100 des cas de diphtérie confirmés par l'examen bactériologique. Sur 35 angines rouges non diphtériques la réaction a été 1 fois positive. Enfin, sur une centaine d'hommes atteints d'affections chroniques légères et d'infirmiers sains la réaction a été positive dans 13 p. 100 des cas. Ce chiffre est un peu inférieur à celui des auteurs américains qui atteint 15 à 18 p. 100. Les auteurs considèrent que la réaction de Schick simple, facile et probante, mériterait d'être introduite dans l'armée comme base de la prophylaxie antidiphtérique en cas d'épidémie dans une caserne ou dans une garnison.

Le réflexe tibio-fémoral postérieur dans la sciatique et les radiculites lombo-sacrées. — MM. G. Guillain et J.-A. Barré présentent une étude analytique du réflexe tibio-fémoral postérieur dans les cas de sciatique et de radiculites lombo-sacrées montrant les raisons anatomiques qui expliquent les dissociations souvent constatées entre l'état du réflexe tibio-fémoral postérieur et du réflexe péronéo-fémoral postérieur dans les lésions médullaires, radiculaires et périphériques lombo-sacrées.

Encéphalite léthargique ambulatoire. — M. Lortat-Jacob présente un malade convalescent d'encéphalite léthargique, ambulatoire et fruste, caractérisée par de la somnolence et des troubles oculaires ayant consisté en secousses nystagmiformes et brouillard de la vue. Légère inégalité papillaire sans aréflexie. Aucune réaction lymphocytaire. Réaction de Bordet-Wassermann négative. L'intérêt de ce cas réside encore dans le fait qu'il semble avoir donné lieu à une contagion. Il existe donc des cas frustes ambulatoires, mais dans ces cas les signes oculaires prennent la plus large part de la symptomatologie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 19 mai 1920)

Traitement chirurgical du prolapsus utérin. — M. Lapointe, à propos du rapport fait dans la dernière séance par M. Savariaud, sur les observations de M. Desmarest, discute, à son tour, la question de savoir si, comme le soutient M. Savariaud, la colpectomie seule suffit pour guérir le prolapsus ou comme tendrait à le croire M. Lapointe, il vaut mieux y ajouter l'hystérectomie vaginale. Il semble, en effet, à M. Lapointe que l'hystéro-colpectomie assure mieux la guérison. Il est vrai que l'hystérectomie nécessite l'ouverture du péritoine et que cela peut rendre l'opération un peu plus dangereuse, mais de là à considérer l'hystéro-colpectomie comme une opération formidable, ainsi que la qualifient certains chirurgiens, il y a loin.

M. Savariaud reconnaît que l'hystérectomie vaginale n'est pas une opération extrêmement grave, mais cependant l'ouverture du péritoine n'est pas indifférente, surtout chez des vieilles femmes ayant des ulcérations dans le vagin. En outre c'est, dans l'espèce, une opération inutile, la colpectomie large suffisant, dans la grande majorité des cas, pour corriger le prolapsus utérin.

Scaphoïdite du jeune âge. — M. Mouchet apporte une observation de M. Morel (d'Avignon) qui est un nouvel exemple de scaphoïdite du jeune âge, affection sur laquelle il a récemment attiré l'attention de la Société de chirurgie.

Fistules osseuses profondes. — M. Mauclaire fait un rapport sur plusieurs observations de fistules osseuses profondes traitées par M. Murat par le plombage ou par la greffe musculaire.

M. Broca regrette que, dans les cas de guérison signalés par M. Murat, l'auteur n'ait pas indiqué la durée du traitement et depuis combien de temps durent ces guérisons.

Traitement chirurgical de la névralgie faciale. — M. de Martel a opéré un grand nombre de malades atteints de névralgie faciale. Il pratiquait jusqu'ici la gassérectomie, mais depuis 2 ans il préfère à cette intervention la neurotomie rétrogassérienne (section de la racine du ganglion). Cette dernière intervention est beaucoup moins grave et met à l'abri des troubles trophiques du côté de l'œil. M. de Martel a essayé sur le cadavre la technique préconisée par Fritz de Beule (de Gand). Il ne la trouve pas d'une pratique aussi aisée que le dit son auteur et il a adopté une manière de faire un peu différente et qui lui donne satisfaction.

M. de Martel insiste sur le danger qu'il y a, à récliner le lobe temporal une fois la dure-mère ouverte et le liquide céphalo-rachidien évacué. Il fait remarquer que chez les malades traités par les injections d'alcool depuis de longues années il ne faut pas s'attendre à trouver une anesthésie parfaite dans le territoire du trijumeau après la section de la racine sensitive. Des suppléances se sont établies qui masquent l'anesthésie.

M. Robineau estime aussi que la radicotomie est moins dangereuse et plus facile que la gassérectomie. Mais dans le procédé de Fritz de Beule on a un espace très étroit et l'on peut avoir une grande peine à trouver la racine du nerf ; sur six interventions, dans deux cas M. Robineau n'a pu la trouver. Aussi se rallie-t-il à la modification proposée par M. de Martel.

M. Duval a vu pratiquer cette opération par un chirurgien américain avec une habileté remarquable et l'opération, ainsi pratiquée, semble très bénigne.

Origine musculaire de certains shocks. — M. Louis Bazy apporte 5 observations de grands traumatismes suivis de shock ayant nécessité des amputations d'urgence et dans lesquels il a constaté des altérations musculaires. Dans certains de ces cas, il a obtenu de très bons résultats du sérum de Leclainche et Vallée.

Occlusion chronique du duodénum. — M. Grégoire fait une intéressante communication appuyée sur plusieurs cas d'occlusion chronique du duodénum traités avec succès par diverses interventions : libération des adhérences, etc.

Election. — M. Chifoliau est élu membre titulaire par 42 suffrages sur 52 votants.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Séance du 14 mai 1920)

A propos du traitement du pied creux antérieur. — M. Barbarin, à l'occasion d'une communication précédente de M. Lance sur ce sujet, pense que, dans les cas anciens, lorsque la partie antérieure de l'astragale est élargie et que la réduction est impossible, le traitement qui lui a donné d'excellents résultats est indiqué : section ou dédoublement du tendon d'Achille, astragalectomie, section de l'aponévrose plantaire, application consécutive indispensable d'un appareil plâtré maintenant le pied en talus et s'opposant énergiquement à toute incurvation de la voûte plantaire.

Présentation de radiographies de scaphoïde du tarse. — MM. Mouchet et Rœderer présentent avec quelques détails les radiographies très curieuses de cette dystrophie osseuse du scaphoïde tarsien qui s'observe chez des enfants de l'un et l'autre sexe, âgés de 5 à 10 ans. Il semble bien que cette dystrophie consiste, avec ou sans traumatisme, en une fracture par écrasement du scaphoïde. Après une courte période d'immobilisation, la guérison est de règle et les radiographies montrent un scaphoïde reprenant peu à peu son architecture normale.

Thyroïdothérapie infinitésimale (à 1 mmg.). — M. Léopold-Lévi a obtenu les meilleurs résultats du traitement thyroïdien à la dose de 1 mmg. dans les cas de migraine, d'asthme, d'angoisse, de poussées rhumatoïdes, d'urticaire, d'accidents angiocriniens, d'instabilité thyroïdienne à forme de Basedow. Le traitement agit comme antinerveux, anticongestif, antianaphylactique. Il s'applique aux cas d'hyperthyroïdie excessive qu'il atténue ou fait disparaître.

Traitement du cancer du rectum (avec projections). — M. V. Pauchet pense que tout malade qui présente le moindre trouble du côté de la défécation (sang, mucosités, constipation, sensibilité, pesanteur) doit être complètement examiné, toucher rectal, rectoscopie, pour ne pas arriver trop tard chez le chirurgien. M. Pauchet pense que l'on peut appliquer les méthodes suivantes :

1. Extirpation abdomino-périnéale par la méthode de Mile (6 succès sur 6 cas).

2. Extirpation en deux temps par voie périnéo-sacrée (1/3 des cas). On fait dans un premier temps un anus contre nature qui permet de désinfecter le bout inférieur, de soulager le malade et de remonter l'état général.

3. Cas inopérables au premier examen (1/3 des cas). Faire un anus contre nature continent qu'on combinera à des applications de radium. Le radium donnera dans le cancer du rectum des résultats moins bons que dans le cancer de l'utérus, mais néanmoins intéressants et quelquefois inespérés.

Discussion sur le rapport des accidents des arsenobenzols. — M. Leredde. La très grande majorité des accidents mortels de l'arsenobenzol est due à des réactions spécifiques et peuvent être évités en commençant le traitement à doses faibles. Le traitement doit être mené avec une prudence spéciale chez les malades atteints d'affection cardiaque. Les cas de mort subite après l'injection qui sont tout à fait exceptionnels se rattachent à des crises nitritoïdes qui ne sont, du reste, qu'un cas particulier de la crise hémoclasique de Widal.

M. Goubeau montre par l'étude de 2.000 observations combien est rare l'intolérance au traitement par les arsenobenzols. Mais il faut prendre les précautions indispensables : dilution du produit, lenteur de l'injection, examen des urines, de la température; la fièvre intercalaire est le plus souvent un signe d'intolérance. L'auteur montre également l'utilité et la puissance du traitement combiné : arsenobenzol + mercure + souvent iodure de potassium. Il insiste sur la nécessité d'atteindre la dose utile, forte, et s'élève contre les doses faibles répétées : le danger des traitements insuffisants n'est plus à démontrer.

JURISPRUDENCE

DÉCLARATION DE NAISSANCE

Les articles 55 et 56 du Code civil imposent aux docteurs en médecine, aux sages-femmes, officiers de santé et autres personnes qui ont assisté à l'accouchement, l'obligation de déclarer, à défaut du père, la naissance de l'enfant. Cette obligation est sanctionnée par l'article 346 du Code pénal; l'application des pénalités édictées par ce texte, c'est-à-dire un emprisonnement de 6 jours à 6 mois et une amende de 16 à 300 fr. (sauf application de l'article 463 du Code pénal sur les circonstances atténuantes), est subordonnée à l'assistance à l'accouchement.

Comment doivent être entendus les mots « assistance à l'accouchement »? Peut-on considérer comme ayant assisté à l'accouchement la sage-femme dont le rôle s'est borné à donner des soins à une femme accouchée depuis plusieurs heures, et à la délivrer?

Le Tribunal correctionnel de Vesoul, dans un jugement du 22 janvier 1920, a répondu affirmativement à cette question.

Dans les circonstances de fait visées au jugement, la femme avait accouché vers 3 heures du matin; et la sage-femme, prévenue télégraphiquement, était arrivée vers 2 heures de l'après-midi. Celle-ci soutenait que, n'ayant pas assisté à l'accouchement, elle n'était pas tenue de faire la déclaration prévue par le Code civil. Le Tribunal rejeta ce moyen de défense en disant :

« Attendu que les mots « qui a assisté à l'accouchement » ne visent pas uniquement les personnes qui étaient présentes au moment précis où l'enfant est sorti du sein de sa mère, mais encore les personnes qui ont assisté aux diverses phases de l'accouchement, notamment à la délivrance de la mère et à ses suites inséparables et immédiates (Chambéry, 19 sept. 1868, D. 69-2-62);

Attendu, en effet, que le législateur a eu pour but d'assurer d'une façon notoire, dans un intérêt d'ordre social, la constatation des naissances, et que, pour arriver à ce résultat, il a imposé l'obligation de la déclaration à toutes les personnes qui ont nécessairement connu une naissance à raison de leur assistance aux opérations concomitantes ou subséquentes à cette naissance, et dont l'ensemble constitue l'accouchement;

Attendu qu'en l'espèce la prévenue reconnaît avoir délivré la Dlle F..., lui avoir donné une injection et l'avoir fait transporter sur son lit; qu'en un mot elle lui a prodigué les soins que donne une sage-femme en pareille circonstance; que la délivrance et les soins qui ont suivi sont la suite naturelle et immédiate de l'accouchement et font partie de l'ensemble de l'opération; que, dans ces conditions, malgré l'espace de temps qui s'est écoulé entre la sortie de l'enfant du sein de sa mère et de l'arrivée de la sage-femme, cette dernière doit être considérée comme ayant participé et assisté à l'accouchement;

Attendu dès lors que la dame B... devait faire la déclaration de la naissance à l'officier de l'état civil; qu'elle objecte vainement que l'enfant était mort et qu'elle ignorait son sexe; qu'en effet tous les enfants, même les enfants mort-nés, doivent faire l'objet d'une déclaration; que, d'autre part, l'enfant dont la Dlle F... venait d'accoucher était auprès de sa mère et que la prévenue pouvait vérifier son sexe. »

La décision du Tribunal correctionnel de Vesoul, en ce qui concerne l'interprétation à donner à l'expression « assistance à l'accouchement » est conforme à la doctrine et à *la jurisprudence* qui donnent au mot « assistance » le sens le *plus* large.

Le jugement du Tribunal correctionnel de Vesoul soulevait une autre question très délicate, relative au secret professionnel. L'enfant avait été étranglé par sa mère; la sage-femme disait, dès lors, que faire à l'officier de l'état civil la déclaration de naissance équivalait pour elle à dévoiler l'infanticide; ayant appris le crime par l'aveu de sa cliente et dans l'exercice de sa profession elle était tenue par le secret professionnel; et, par suite, pour ne pas violer ce secret, elle devait s'abstenir de toute déclaration.

Le Tribunal a rejeté cette argumentation en se fondant sur un intérêt d'ordre social.

« Attendu, dit-il, qu'une pareille argumentation est inadmissible; qu'en fait la dame B... n'avait pas à violer le secret professionnel; qu'il lui suffisait de faire sa déclaration à l'officier de l'état civil, sans rien révéler des confidences qu'elle avait reçues; que, s'agissant d'un enfant naturel, elle n'était pas tenue, aux termes d'une jurisprudence aujourd'hui constante, de faire connaître le nom de la mère; qu'en droit l'obligation pour tous ceux qui ont assisté à un accouchement de déclarer la naissance de l'enfant s'impose aux médecins et aux sages-femmes avec la même rigueur qu'aux autres personnes, cette obligation dût-elle avoir pour conséquence d'amener la découverte d'un crime. »

Nous ne saurions accepter cette décision sans faire des réserves. Il semble que le Tribunal a voulu dire que la sage-femme était tenue de déclarer purement et simplement le fait de la naissance; il s'en est tenu aux termes absolus de l'article 56 du Code civil. S'il en est ainsi, la décision peut se défendre; mais le secret professionnel serait en jeu si, en dehors de ce fait, des renseignements eussent été demandés à la sage-femme sur ce qu'était devenu l'enfant; celle-ci aurait été en droit de refuser de répondre.

H. Ribadeau Dumas,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

NOTES POUR L'INTERNAT

LES PLEURÉSIES PARTIELLES OU ENKYSTÉES (1)

B. PLEURÉSIE DIAPHRAGMATIQUE. — On désigne ainsi les pleurésies enkystées entre la base du poumon et la coupole diaphragmatique et s'accompagnant de douleur intense et de dyspnée, avec immobilisation du diaphragme de ce côté.

Signes fonctionnels : le *point de côté* est bas situé, au niveau de l'hypocondre, du flanc ou de la partie inférieure du dos. Très violent, il arrache des cris au malade, il est exaspéré par la toux, les mouvements respiratoires. D'où l'angoisse fréquente et surtout la gêne de la respiration.

La *dyspnée* est très marquée : respiration courte et accélérée, superficielle, la polypnée peut aller jusqu'à 60-80 respirations par minute. La respiration est surtout costale supérieure.

Le hoquet est peu fréquent (7 fois sur 62 d'après Hermil).

La toux est sèche, pénible, quinteuse. Elle est surtout douloureuse.

Signes physiques. — En général peu marqués : on constate à l'inspection l'immobilité du thorax, au niveau de la base malade. L'hypocondre paraît élargi. La palpation provoque des douleurs à ce niveau; les vibrations thoraciques sont diminuées. A ce niveau il y a une submatité peu étendue, atteignant rarement l'espace de Traube. La sonorité est normale au-dessus de la zone obscure. Enfin on constate que le foie est abaissé dans les pleurésies droites. Le cœur est déplacé dans les pleurésies gauches. Les signes d'auscultation sont minimes : au niveau de la base atteinte, le murmure vésiculaire est affaibli; on entend des râles crépitants ou des frottements pleuraux. Il n'y a, le plus souvent, ni souffle, ni égophonie, ni pectoriloquie aphone.

Points douloureux phréniques : ils sont étagés sur le trajet du nerf phrénique : *a*. au niveau de l'apophyse épineuse de la 5e vertèbre cervicale; *b*. entre les 2 chefs du sterno-mastoïdien; *c*. portion juxtasternale des espaces intercostaux; *d*. au niveau des attaches du grand droit de l'abdomen (bouton diaphragmatique de Guéneau de Mussy); *e*. pourtour de la base du thorax (demi-ceinture douloureuse de Huchard).

Examen radioscopique : l'ombre projetée par la pleurésie diaphragmatique forme une bande horizontale à la base du thorax. A droite, cette ombre se confond avec celle du foie; à gauche, elle est limitée par la poche à air gastrique. La ligne supérieure est floue. Le cul-de-sac costo-diaphragmatique est effacé. Enfin s'il y a un pyopneumothorax, on voit nettement la ligne horizontale de séparation entre le gaz et le liquide. Le diaphragme est absolument immobilisé du côté atteint.

Ponction exploratrice : elle ne devra jamais être négligée, car elle renseigne sur la nature de l'épanchement. Elle doit précéder l'évacuation au trocart.

C. PLEURÉSIES MÉDIASTINES. — Leur aspect clinique est très différent suivant qu'elles se développent au niveau du médiastin antérieur ou du médiastin postérieur.

1° *Pleurésie médiastine antérieure. — Début* : assez effacé; tantôt avec les signes fonctionnels d'une pneumonie, dont on cherche en vain les signes stéthacoustiques, ou bien avec les signes banaux d'une grippe. Parfois, il s'agit d'un malade qui maigrit, tousse et crache depuis quelques semaines, à tel point qu'on croit avoir affaire à un tuberculeux.

Etat. — Il y a de la toux et de la dyspnée, un point de côté violent. Rarement l'expectoration est importante.

A l'examen physique, on peut constater parfois une légère voussure, précordiale à droite ou à gauche du sternum; mate ou submate à la percussion. Les vibrations sont abolies à ce niveau et l'auscultation dénote un silence respiratoire absolu. Le cœur est peu déplacé, quoique le choc de la pointe soit mou et ses bruits assourdis. On pourrait donc croire à une péricardite, surtout si la pleurésie siège à gauche.

Radioscopie. — Un petit épanchement donne une bande sombre doublant l'ombre cardiaque plus foncée. Cette ombre descend jusqu'au diaphragme.

Les formes à grand épanchement en imposent pour une péricardite. Mais dans le cas de péricardite, il y a une zone obscure plus étendue que l'ombre cardiaque, ayant la forme d'un triangle à base inférieure. Il y aurait persistance des battements cardiaques à l'écran (Destot). Une pleurésie médiastine antérieure et droite peut donner une ombre semblable à celle que donne la péricardite, mais le bord droit de l'ombre ne bat pas. Une pleurésie médiastine gauche donne une ombre qui surmonte le cœur et simule une aorte élargie; l'encoche qui sépare la base du cœur de l'aorte a disparu.

Evolution. — Terminaison par vomique; par empyème de nécessité; par ponctions répétées ou par pleurotomie.

2° *Pleurésie médiastine postérieure*. — Le *début* est généralement brusque, frissons, fièvre, dyspnée, toux. La compression des organes du médiastin doit attirer l'attention de ce côté, et la radioscopie confirme le diagnostic.

Etat. — La température est élevée, oscillante. Les symptômes fonctionnels constituent le syndrome médiastinal. Nous résumerons ces symptômes qui relèvent de la compression des divers organes :

Trachée : dyspnée continue, intense, avec accès de suffocation. Cyanose, asphyxie, tirage. Respiration bruyante avec cornage.

Œsophage : dysphagie, difficulté d'avaler les aliments solides.

Pneumogastrique : toux quinteuse, coqueluchoïde, opiniâtre.

Nerfs récurrents : la voix devient rauque et voilée, déviation de la trachée, parésie des cordes vocales.

Vaisseaux : circulation veineuse collatérale plus ou moins accentuée.

Radiologie. — Les pleurésies médiastinales postérieures donnent une ombre paravertébrale, de forme rectangulaire. On évitera aisément de la confondre avec une ombre aortique dilatée ou une masse ganglionnaire. L'examen en oblique qui montre l'espace clair médian rétrocardiaque (Béclère) est indispensable.

Evolution. — La pleurésie médiastine donne lieu assez souvent à une vomique, après laquelle la guérison peut survenir. Parfois l'empyème est nécessaire. La durée de l'affection est de plusieurs mois.

Formes cliniques. — Chauffard a décrit une forme spéciale : les pleurésies séro-fibrineuses du médiastin postérieur. Elles ne déterminent pas de compression médiastine, parce que leur enkystement n'est pas absolu et que les adhérences fibrineuses pleurales cèdent en général si l'épanchement augmente. Il y en a 2 types : la pleurésie en *bande verticale* (Chauffard) avec maximum des lésions paravertébrales (matité, souffle, ombre paravertébrale à la radioscopie); la pleurésie *en équerre* (Chauffard) qui est une pleurésie diaphragmatique associée à une pleurésie médiastine postérieure, d'où l'ombre en équerre à la radioscopie.

D. PLEURÉSIES DU SOMMET. — La pleurésie du sommet est très rare. Elle peut être purulente ou séro-fibrineuse.

La pleurésie purulente est fréquemment pneumococcique [pneumonie du sommet (Netter)]. Elle survient aussi chez les tuberculeux. Les signes d'auscultation en sont plus nets à la partie antérieure, sous la clavicule, qu'à la partie postérieure. En cas de vomique, elle peut simuler une caverne du sommet. La radioscopie peut montrer dans certains cas une limite assez nette de l'opacité, alors qu'elle est diffuse dans la tuberculose.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 45, p. 719, et n° 46, p. 735.

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Concours de l'agrégation. — *Médecine générale.* — *Leçon orale de 3/4 d'heure après 4 heures de préparation.* — Séance du 26 mai. — MM. Giraud : « Erysipèle de la face ; » — Lian : « De la crise de goutte articulaire aiguë ; » — Baumel : « Les ictères graves. »

Séance du 27 mai. — MM. J. Chalier : « La dégénérescence amyloïde ; » — Fabre : « Les diabètes insipides ; » — Boudet : « Les migraines. »

Séance du 28 mai. — MM. Fiessinger : « Poliomyélites aiguës ; » — Descomps : « Cancer de la tête du pancréas ; » — Joltrain : « Pathogénie et formes cliniques de l'urémie. »

Séance du 29 mai. — MM. Creyx : « Les accidents sériques ; » — Laporte : « Les intoxications mercurielles ; » — Derrien : « Les oreillons » ; — Lévi-Valensi : « Les manifestations cardiaques dans les affections du rein ; » — Chevalier : « Le muguet. »

Chirurgie générale et voies urinaires. — *Leçon orale de 3/4 d'heure après 4 heures de préparation.* — Séance du 26 mai. — MM. Barthélemy : « Complications articulaires de la blennorragie ; » — Lombard : « Ruptures traumatiques de l'urètre » ; — Murard : « Diagnostic et traitement du cancer du rein. »

Séance du 27 mai. — MM. Costantini : « Fractures fermées de l'extrémité inférieure du fémur ; » — Bonnet : « Fistules pleurales. »

Séance du 28 mai. — MM. Charvin : « Iléus paralytique ; » — Moure : « Ostéomyélite tuberculeuse tibio-tarsienne ; » — Hamard : « Symptômes, diagnostic et traitement des pancréatites hémorragiques. »

Séance du 29 mai. — MM. Witas : « Luxations anciennes du coude ; » — Rouhier : « Plaies de la vessie ; » — Heitz-Boyer : « Le cancer de la prostate. »

Physiologie et médecine expérimentale. — Epreuve pratique. — Physiologie : MM. Mathieu, 28 ; Soula et Sarvonat, 27 ; Giraud, 25.

Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Sarvonat, Soula et Mathieu.

Médecine expérimentale : MM. Richet et Garnier, 29.

Le jury présente en première ligne M. Garnier.

A l'unanimité, le jury demande qu'une seconde place d'agrégé soit attribuée à M. Richet.

Hygiène et bactériologie, parasitologie et histoire naturelle. — Jury : MM. Auché, Bertin-Sans, Guiart, Soulié, Bernard, Bezançon, Brumpt.

Exposé de titres. — Hygiène et bactériologie : MM. Debré et Philibert, 29 ; Rochaix, 26 ; Orticoni et Paraf, 19 ; Hirtzmann, 15 ; Zuber, 11.

Parasitologie et histoire naturelle : MM. Joyeux, 29 ; Senevet, 26 ; Desoil, 25 ; Pringault et Sigalas, 16 ; Gantie, 11.

Leçon orale de 3/4 d'heure après 4 heures de préparation. — Ordre de passage :

Parasitologie et histoire naturelle : MM. Joyeux, Gantié, Desoil, Sigalas, Pringault, Senevet.

Hygiène et bactériologie : MM. Zuber, Hirtzmann, Orticoni, Debré, Rochaix, Paraf, Philibert.

Ophtalmologie. — Le concours s'est terminé par la nomination de M. Jeandelise.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — L'emploi de chef du laboratoire de pathologie et thérapeutique générales a été transformé en emploi de préparateur.

— Il a été créé un emploi de chargé de cours d'anatomie topographique.

— Concours de l'adjuvat. — Jury : MM. Delbet, Hartmann, Cunéo, Schwartz, Langlois.

Ordre de passage pour la lecture des copies : MM. Braine, Lascombe, Hertz, Peltier, Michon, Massart, Hue, Richard, Soupault, Eltrich, Philardeau, de Gaudart d'Allaines de Nabias, Wilmoth, Marais, Lamare, Brouet, Le Basser, Tourneix, Oberlin.

— Concours du prosectorat. — Jury : MM. Gley, Gosset, P. Duval, J.-L. Faure, Mauclaire, Grégoire, Rouvière.

Ordre de passage pour la lecture des copies : MM. Clap, Maurer, René Bloch, Ducastaing, Boppe, Charrier, Gatellier,

Moulonguet, Senèque, Raoul Monod, Madier, Jacques Blohc, Masmonteil, Legrand, Caudrelier.

FACULTÉS DES DÉPARTEMENTS. — BORDEAUX. — M. le prof. Beille a été désigné pour faire partie du Conseil académique de Bordeaux.

— Sont promus à la 1re classe, MM. les prof. Pachon et Moussous ; à la 2e classe, MM. les prof. Villar, Dubreuilh, Beille et Gentès ; à la 3e classe, M. le prof. Dubreuil.

— LILLE. — Sont promus à la 1re classe, M. le prof. Doumer ; à la 2e classe, MM. les prof. Charmeil, Carlier, Verdun et Gaudrier.

— M. le Dr Looten est chargé des fonctions de chef des travaux d'anatomie.

— LYON. — M. Condamin, agrégé, chargé d'un cours complémentaire de propédeutique de gynécologie à la Faculté, est nommé professeur adjoint.

— M. le prof. Beauvisage est admis à la retraite.

— Sont promus à la 2e classe, MM. les prof. Rollet, Fabre, Roque, Nicolas et Guiart.

— MONTPELLIER. — M. Rimbaud, agrégé, est chargé d'un cours de clinique médicale en remplacement de M. Gaussel, démissionnaire.

M. Gaussel, agrégé, est chargé d'un cours de médecine légale.

— Sont promus à la 1re classe, M. le prof. Hédon ; à la 3e classe, M. le prof. Derrien.

— M. Lisbonne, agrégé, est nommé professeur de microbiologie (fondation de la ville de Montpellier).

— TOULOUSE. — Sont promus à la 1re classe, M. le prof. Abelous ; à la 2e classe, M. le prof. Morel.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — M. Arnaud, professeur de thérapeutique, est chargé, en outre, d'un cours de pharmacologie en remplacement de M. Gerber appelé à d'autres fonctions.

— RENNES. — Des concours s'ouvriront le 29 novembre 1920 devant la Faculté de pharmaciede l'université de Paris :

Pour l'emploi de suppléant de la chaire de physique à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes ;

Pour l'emploi de suppléant des chaires de pharmacie et de matière médicale à ladite école.

Les registres d'inscriptions seront clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

CONCOURS DE MÉDECIN INSPECTEUR DES ÉCOLES. — Le concours pour la nomination à 90 places de médecin inspecteur des écoles pour le département de la Seine a eu lieu le 21 mai.

Les questions données à ce concours ont été : 1° diagnostic des fièvres éruptives à leur période d'invasion; 2° sélection des enfants pour les colonies scolaires et les écoles de plein air.

Les épreuves orales commenceront vraisemblablement vers mi-juin.

MINISTÈRE DES TRAVAUX PUBLICS. — Le *Journal officiel* du 12 mai publie un décret portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 24 septembre 1919 relative à la création de stations hydrominérales, climatiques et de tourisme, établissant des taxes spéciales dans lesdites stations et réglementant l'office national du tourisme.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — M. le Dr André (H.-N.) a été nommé à l'emploi de médecin de la santé à la résidence de Marseille.

CONFÉRENCE D'INTERNAT. — L'Association corporative des étudiants en médecine ouvre une série de conférences d'internat réservées aux externes nommés au dernier concours. Ecrire ou se renseigner au secrétariat de l'Association, 8, rue Dante.

CONGRÈS

LE XIVe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

Le XIVe Congrès français de médecine, qui vient de se tenir à Bruxelles du 19 au 22 mai 1920, a été marqué par une série de travaux remarquables qui montrent que la guerre n'a pas arrêté l'essor de la science française. Mais surtout — et c'est là sa physionomie propre — il a été, pour nos amis belges, une occasion de manifester, à l'égard de la France, une touchante affection, étroitement resserrée par les épreuves communes. Les témoignages officiels n'ont pas manqué : réception par M. le président du Congrès et par Mme Henrijean ; réception par M. le ministre des Affaires étrangères et par Mme P. Hymans; soirée offerte, dans le merveilleux Hôtel de Ville de Bruxelles, par M. le bourgmestre Max, un des grands héros de la guerre, et par MM. les échevins. S. M. la reine, qui avait daigné honorer de sa présence la séance d'ouverture, a tenu à recevoir elle-même, avec une grâce et une simplicité charmantes, les dames congressistes dans son domaine de Laeken. Mais il faut dire aussi l'accueil que les médecins belges ont fait individuellement aux membres français du Congrès et les attentions qu'ils leur ont prodiguées. Malgré les difficultés actuelles des voyages, de nombreux médecins de pays neutres, Suisse, Hollande, Danemark, Suède, Brésil, avaient tenu à apporter leur témoignage de solidarité à la culture française.

La *syphilis cardio-vasculaire* a été traitée par MM. Bayet (de Bruxelles), Vaquez, Laubry et Donzelot (de Paris), Etienne (de Nancy). Les *lipoïdes en pathologie* ont été étudiés par MM. Zunz (de Bruxelles), Chauffard, Guy-Laroche et Grigaut (de Paris), et par M. Linossier (de Vichy). La 3e question à l'ordre du jour, la *valeur thérapeutique du pneumothorax artificiel*, a été lumineusement exposée par MM. Burnand (de Leysin), Derscheid et Geeraerd (de Bruxelles), Dumarest (d'Hauteville), et a été l'objet d'une discussion à laquelle ont pris part entre autres, MM. Rénon, Léon Bernard, Rist, Kuss, Hervé. Parmi les autres communications, nous citerons celles de MM. Marcel Labbé, Knud Faber, Pétren, Blum sur l'acidose diabétique et la glycémie, Hallion, sur la pathogénie de l'asthme; de Souza, sur la dystrophie génito-glandulaire; Rappin, sur la vaccinothérapie antituberculeuse ; H. Grenet et H. Drouin, sur les sels de terres rares dans le traitement de la tuberculose; Rénon qui apporte sur cette question quelques faits confirmatifs; Gimbert, sur les cortico-pleurites d'origine grippale; Taillens sur la dyspepsie des enfants du premier âge, etc. Cette énumération incomplète suffira à montrer l'importance et la variété des sujets traités au cours de ces trois journées.

A la fin de chaque séance, de remarquables conférences ont été faites par M. Malvoz sur la lutte contre la syphilis, par M. Bordet sur la coagulation du sang, par M. Brachet sur l'hérédité dans ses manifestations générales et dans ses aspects particuliers. Et ces éminents savants n'ont pas manqué de témoigner leur amitié pour la France, en des termes émouvants.

Le Congrès s'est terminé par une excursion sur le front belge, d'Ostende à Ypres, en passant par les lieux sacrés de Dixmude, Nieuport, la forêt d'Houthulst.

Nous ne saurions citer tous ceux à qui nous sommes redevables d'un accueil aussi chaleureux, depuis M. le prof. Henrijean, président du Congrès, et ses collaborateurs les prof. Vandervelde et Verhoogen, jusqu'au Dr Petitjean qui organisa l'excursion finale, et se montra le guide le plus aimable et le plus averti tant sur les anciens champs de bataille qu'au milieu des merveilles de Bruges.

Ce premier Congrès de l'après-guerre a été une belle manifestation de solidarité non seulement de la part des Français et des Belges, mais encore de la part des neutres attachés depuis longtemps à notre civilisation. Nous ne doutons pas que l'année prochaine, à Strasbourg, la science française ne se manifeste à nouveau dans tout son éclat.

H. GRENET.


administration prolongée
de
GAÏACOL INODORE
à hautes doses
sans aucun inconvénient
par le THIOCOL "ROCHE"
uniquement sous forme de
SIROP "ROCHE"
COMPRIMÉS "ROCHE"
CACHETS "ROCHE"
echantillon et littérature
Produits: F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21 Place des Vosges . PARIS
CACHETS "ROCHE" DE THIOCOL
Chaque cachet renferme 0 gr 50 DE THIOCOL "ROCHE"
Sirop Roche
COMPRIMÉS ROCHE DE THIOCOL


ACTIVE LES ÉCHANGES NUTRITIFS ET L'HÉMATOPOÏÈSE
PHYTINE
CIBA
INDICATIONS
Débilité Constitutionnelle
TUBERCULOSE
Troubles de la Croissance
ANÉMIE
CONVALESCENCE
NEURASTHÉNIE
FORTOSSAN
Phytine pour nourrissons
RACHITISME
Phytinate de Quinine
PALUDISME
GRIPPE NÉVRALGIE
CACHETS
Boîtes de 20 cachets à 0 gr 50
GELULES
Boîtes de 40 gélules à 0 gr 25
GRANULÉ
Flacon de 20 doses à 0 gr. 50
PRODUIT PHOSPHO-ORGANIQUE NATUREL
EXTRAIT DES GRAINES VÉGÉTALES
CONTIENT 22 0/0 DE PHOSPHORE ASSIMILABLE
RECONSTITUANT ÉNERGIQUE
APÉRITIF PUISSANT
ECHANTILLONS ET LITTÉRATURE :
LABORATOIRES CIBA
O. ROLLAND, PHcien
1, Place Morand, LYON
PHYTINE

LES SELS DE TERRES RARES
DE LA SÉRIE DU CÉRIUM
DANS LE
TRAITEMENT de la TUBERCULOSE PULMONAIRE CHRONIQUE (1)

Par MM. H. GRENET et H. DROUIN.

Nous expérimentons depuis plus d'un an les sels de terres cériques (sulfates de néodyme, praséodyme et samarium) dans le traitement de diverses infections tuberculeuses chroniques, et avons déjà publié nos premiers résultats (2). Les observations recueillies actuellement nous semblent permettre de tenter dès maintenant une étude de l'action de ces sels dans la tuberculose pulmonaire chronique. Nous n'avons pas, d'ailleurs, la prétention d'exposer une méthode définitive : bien des points restent encore à préciser tant sous le rapport des doses que des indications et contre-indications ; et il ne s'agit ici que d'une sorte d'introduction à l'étude thérapeutique des sels de terres rares. Mais, ces réserves faites, notre traitement, tel que nous l'avons actuellement réglé, donne des résultats dont on ne saurait nier l'intérêt.

Les bases scientifiques de notre méthode ont déjà été exposées. Dès 1912, M. A. Frouin avait signalé l'action des sels de terres rares sur les cultures du bacille tuberculeux. M. Rénon avait pressenti l'importance de ces travaux ; il avait indiqué le lanthane, le néodyme, le praséodyme, l'yttrium, comme théoriquement susceptibles d'agir dans la tuberculose, et avait même tenté quelques essais. Plus récemment, M. A. Frouin nous ayant fait part de ses recherches, encore inédites, montrant d'une part la diminution des graisses du bacille tuberculeux cultivé en présence de sels de terres rares, et d'autre part la mononucléose provoquée chez l'animal par l'injection de ces sels, il nous a paru qu'il y avait lieu d'expérimenter méthodiquement ces produits. Les effets très nets constatés dans certaines tuberculoses locales, cutanées et ganglionnaires entre autres, nous fortifièrent dans la conviction que des résultats analogues devaient être obtenus, avec plus de lenteur peut-être, chez les pulmonaires. Un autre fait important, que met bien en évidence l'étude des tuberculoses locales, c'est la régression souvent plus rapide des lésions dans les périodes de repos que pendant l'application même du traitement.

Technique. — Injections intraveineuses d'une solution à 2 p. 100 de sulfate de samarium, néodyme ou praséodyme. Ces 3 sels, dont l'action est fort analogue, sinon identique, peuvent être employés à l'état de pureté, ou mélangés les uns aux autres en proportions variables. Injecter tous les jours ou tous les 2 jours une dose portée progressivement de 2 à 4 ou 5 cmc. de la solution. Vingt injections consécutives. Repos de 20 jours environ, puis 2e et 3e série d'injections.

Tolérance. — Chez les tuberculeux *chroniques*, *apyrétiques*, non hémoptoïques, la tolérance est, en général, parfaite. C'est tout au plus si, le soir de l'injection, la température s'élève de 2 à 3 dixièmes de degré, et si, pendant les premiers jours, le malade ressent un peu de fatigue.

Cette fatigue peut être plus accentuée chez certains sujets très déprimés ; mais tout disparaît pendant les temps d'arrêt des injections : à ces malades, il est sage de ne faire, au début, qu'une injection tous les 2 jours, en ne dépassant pas 2 cmc. de la solution.

Indications et contre-indications. — Nous réservons le traitement aux formes franchement chroniques, non fébriles, non hémoptoïques.

La *fièvre* (température vespérale dépassant 38°) est une contre-indication : mais, après chute de la température sous l'influence du repos, il est possible de commencer les injections, en surveillant la réaction thermique. Quelques essais prudents que nous avons faits chez des fébricitants nous ont paru mal supportés ; M. Pissavy cite 2 cas analogues ; M. Rénon, dans une typho-bacillose, a vu l'injection suivie de frisson et d'élévation de la température.

M. Sergent signale l'apparition de la fièvre en cours de traitement chez deux malades atteints d'une forme torpide et apyrétique. Pareil fait nous a semblé exceptionnel ; mais, s'il se produit, on doit aussitôt suspendre les injections (1). Pourtant, dans un cas, nous avons pu continuer le traitement : il s'agit d'un jeune homme atteint, depuis un an environ, d'une tuberculose pulmonaire ouverte avec signes physiques assez discrets et amaigrissement rapide ; une première injection de 2 cmc. est suivie d'un frisson (au bout de 6 heures) et d'une élévation de température à 38°5 ; la fièvre tombe le lendemain ; le surlendemain, nous reprenons les injections à petites doses progressivement croissantes (1/2, 1 1/2, 2, 4 cmc.) ; elles sont dès lors parfaitement supportées ; l'état général s'améliore et l'expectoration diminue. Nous ne saurions ériger cette technique en règle, et la plus grande prudence s'impose dès qu'apparaît de la fièvre. Mais il n'est pas impossible que l'usage de très petites doses au début permette un emploi plus large de la méthode ; c'est là une question de posologie qui n'est pas encore réglée. Il demeure certain que le maniement de cette médication, presque toujours très bien supportée, doit être prudent et subordonné à une surveillance médicale attentive.

Les *hémoptysies* paraissent une contre-indication moins absolue ; elles ne semblent guère influencées par le traitement, à la condition de suspendre celui-ci jusqu'à leur arrêt complet. Lorsque, au début de nos recherches, nous avions essayé d'em-

(1) Communication au *XIVe Congrès français de médecine*, tenu à Bruxelles, du 19 au 22 mai 1920.

(2) Ch. Achard. Rapport sur un travail de MM. H. Grenet et H. Drouin, intitulé : « Traitement des infections tuberculeuses chroniques par les sulfates de terres cériques. » *Bull. de l'Acad. de méd.*, séance du 9 mars 1920, p. 226. — H. Grenet et H. Drouin. Traitement des infections tuberculeuses chroniques par les sels de terres cériques, *Soc. méd. des hôpit.*, 7 mai 1920.

(1) Ces différents faits ont été exposés, à la suite de notre communication, à la *Soc. méd. des hôpit.*, 7 mai 1920.

ployer en même temps des injections bismuthées, nous avons vu des hémoptysies plus nombreuses; même fait a été observé, dans les mêmes conditions, par M. Pissavy qui avait bien voulu expérimenter notre méthode. Mais, depuis que nous avons abandonné le bismuth en raison de sa toxicité, les hémoptysies n'ont paru avoir aucune fréquence particulière.

Action du traitement. — Nous ne faisons état que des cas de tuberculose confirmée; nous avons exclu toute autre médication; nous avons contrôlé régulièrement les modifications de l'état général et des signes physiques et bactériologiques. L'étude de 52 observations (1) conduit aux remarques suivantes sur l'action du traitement.

1° *Etat général.* — Augmentation de l'appétit; sommeil meilleur; diminution des sueurs nocturnes; relèvement du poids. Ces modifications s'observent tantôt dès la première série d'injections, tantôt seulement dans les périodes intercalaires. Quelquefois, bien que le malade éprouve déjà une sensation de mieux-être, le poids n'augmente pas, et même peut diminuer légèrement, pendant la première ou les deux premières séries d'injections, et ne se relève qu'après la troisième.

2° *Toux et expectoration.* — Tout au début du traitement, se produit souvent une sorte de réactivation, caractérisée par un peu plus de fréquence de la toux et d'abondance des crachats : ce phénomène, d'ordinaire peu marqué, s'atténue dès les premiers jours; et, rapidement, la toux diminue, et l'expectoration devient d'abord moins purulente, puis moins copieuse. Au bout de deux ou trois séries, le malade n'émet plus, en général, que quelques crachats blancs le matin au réveil, ou même ne crache plus du tout. En même temps, on constate des modifications bactériologiques sur lesquelles nous reviendrons plus loin.

3° *Signes physiques.* — Ce qu'on observe nettement, c'est l'assèchement progressif des lésions. Les craquements se limitent, deviennent moins nombreux, se présentent sous forme de bruits secs, éclatant après la toux, et souvent difficiles à distinguer alors des râles sous-crépitants; puis ils finissent par disparaître; et l'on ne perçoit plus que des modifications du timbre ou de l'intensité de la respiration aux sommets. La disparition complète des bruits adventices n'est jamais un phénomène rapide : elle ne se produit, en général, qu'après deux ou trois séries d'injections, ou même davantage.

Les signes radiologiques évoluent parallèlement aux signes stéthoscopiques.

4° *Examen bactériologique.* — Les bacilles contenus dans les crachats subissent des altérations rapides, observées dès la fin de la première série d'injections : ils deviennent tantôt courts, trapus et granuleux, tantôt grêles, longs et ramifiés, le plus souvent agglutinés en paquets, et toujours mal colorables. Le nombre des bacilles par champ de microscope peut ne pas se modifier rapidement; mais la diminution de l'expectoration implique forcément la diminution de la quantité totale des bacilles émis. Chez un certain nombre de malades, d'ailleurs, les examens bactériologiques répétés sont devenus négatifs au bout de quelques mois.

L'étude de la *virulence* des crachats donne des résultats intéressants. Bien que, par suite de difficultés matérielles, nous n'ayons pu faire encore qu'un petit nombre d'inoculations au cobaye, il semble que l'on puisse, dès maintenant, affirmer l'atténuation de la virulence des bacilles sous l'action du traitement.

Dans un cas (malade ayant présenté des lésions de ramollissement, traité depuis 7 mois, et cliniquement guéri), le cobaye inoculé est indemne de toute lésion après 2 mois et demi. Dans 4 cas, après 3 semaines à 2 mois et demi, les lésions sont limitées à un ganglion inguinal correspondant au point d'inoculation et à un ganglion lombaire, avec intégrité complète des viscères et des séreuses. Dans un 6e cas, très défavorable, les crachats d'une malade cavitaire grave, légèrement améliorée, mais encore loin d'une guérison qui demeure problématique, ont déterminé chez le cobaye, sacrifié après plus de 2 mois, des lésions d'un ganglion inguinal, d'un ganglion lombaire, et de la rate, avec intégrité du foie, des reins, des poumons, du cœur, et des séreuses : même ici, nous sommes donc encore loin de la généralisation tuberculeuse du type Villemin.

Tels sont les résultats que nous avons observés dans des cas de tuberculose ouverte, avec lésions plus ou moins étendues de ramollissement. De plus, chez 3 malades dont l'examen bactériologique a toujours été négatif, mais qui présentaient des symptômes stéthoscopiques nets, avec conservation d'un assez bon état général, l'amélioration a été rapide. Nous ajouterons que dans plusieurs cas où il n'existait que des signes de probabilité (amaigrissement, toux, modifications du murmure vésiculaire sans bruits surajoutés, absence de bacilles dans les crachats), nous avons obtenu très vite la guérison apparente; mais de tels faits restent discutables, et nous ne les signalons que pour mémoire.

Il est à noter que, dans nos cas personnels, nous avons appliqué un traitement ambulatoire; nos malades ont continué leur métier; et certains, qui avaient dû l'abandonner, ont pu le reprendre en cours de traitement : tels un souffleur de verre, et un boulanger qui s'est remis au travail de nuit.

Nous ne prétendons pas guérir tous les malades, et il n'est que juste de signaler quelques échecs. MM. Esnault et Brou citent dans leur mémoire 5 aggravations, parmi lesquelles 4 concernent des sujets profondément atteints, très cachectiques, et chez qui l'on ne pouvait raisonnablement rien espérer. Mais le 5e, qui s'était d'abord légèrement amélioré, fit au bout de peu de temps une broncho-pneumonie caséeuse mortelle. M. Pissavy signale un cas analogue. De tels faits resteront toujours possibles,

(1) Ces 52 cas se décomposent ainsi : 23 dont nous avons publié le résumé à la *Soc. méd. des hôpit.*; 3 que nous suivons depuis peu, et où se manifeste déjà nettement le relèvement de l'état général; 20 communiqués par MM. Esnault et Brou à la *Soc. méd. des hôpit.*; 6 que ces auteurs ont bien voulu nous faire connaître, et où une seule série d'injections a été faite jusqu'à présent.

mais ne sauraient infirmer la valeur générale de la méthode.

Ce n'est qu'après une période d'observation assez prolongée qu'on peut juger des résultats. Certains malades ne s'améliorent que très progressivement; il faut s'astreindre à les revoir pendant plusieurs mois. Dans un des cas de MM. Esnault et Brou on constate, les 2 premiers mois, de l'amaigrissement sans changement des signes physiques, et, lors de la 3e série d'injections, une amélioration très manifeste et rapide; ce malade put faire les frais d'une fièvre typhoïde grave, au cours de laquelle les lésions pulmonaires rentrèrent en activité pour s'atténuer à nouveau dès la reprise du traitement.

Nous avons suivi la plupart de nos malades pendant 6 à 8 mois, et avons vu chez eux l'amélioration se maintenir et s'affirmer. Chez ceux de MM. Esnault et Brou, qui quittaient la station sanitaire au bout d'un temps relativement court, on n'a pu observer que des améliorations, souvent fort impressionnantes, mais dont on ne saurait affirmer la solidité. Quant aux cas cités par M. Pissavy et dans lesquels l'amélioration a été peu manifeste (sauf pour 1, le seul qui ait reçu 3 séries d'injections), on remarquera qu'ils ont échappé assez rapidement à la surveillance médicale et que leur traitement a été assez court.

Sans doute, la cure diététo-hygiénique peut quelquefois donner, en plusieurs mois, des résultats analogues. Il nous suffira de répéter que, dans les observations personnelles que nous avons publiées à la Société médicale des hôpitaux, et qui presque toutes concernent des sujets atteints de lésions de ramollissement, il s'est agi d'un traitement ambulatoire, ne comportant même pas l'interruption du travail, appliqué à des individus n'ayant pour la plupart aucun souci de l'hygiène, et que, même dans les meilleures conditions, la seule cure hygiénique ne donne que des résultats plus lents et plus inconstants.

En résumé, les injections intraveineuses de sels de terres rares de la série du cérium provoquent, dans la tuberculose pulmonaire chronique, une amélioration de l'état général, une diminution et souvent la disparition complète de la toux et de l'expectoration, un assèchement progressif des lésions (limitation, puis disparition des bruits humides), des altérations morphologiques et la diminution de virulence des bacilles. Elles favorisent manifestement le processus de sclérose, et par suite la marche vers la guérison. Ces résultats sont superposables à ceux que l'on observe dans les tuberculoses externes. Ils s'expliquent sans doute, d'une part par la provocation d'une mononucléose intense, favorisant la sclérose (1), et, d'autre part, par l'atteinte directe du bacille.

(1) H. Grenet et H. Drouin. Actions thérapeutiques des sels de terres rares de la série du cérium, *Gaz. des hôpit.*, n° 33, 3 avril 1920.

LES MODALITÉS DE DÉBUT DE L'ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE

(NÉVRAXITE ÉPIDÉMIQUE)

Par J.-A. SICARD,
Agrégé, Médecin de l'hôpital Necker.

L'encéphalite léthargique semble s'être modifiée actuellement dans ses symptômes cliniques ou plutôt s'être additionnée d'une symptomatologie que nous ne lui connaissions pas.

Jusque dans ces derniers mois, les deux seuls signes primordiaux décrits par Economo (de Trieste) et M. Netter étaient : les troubles oculaires et la léthargie. Ces signes oculo-léthargiques étaient considérés comme les seuls témoins révélateurs de cette maladie. Ils conditionnaient le diagnostic. Ils étaient seuls à figurer dans la Circulaire du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine.

J'ai eu l'occasion en janvier dernier d'attirer l'attention sur un syndrome nerveux singulier caractérisé par des algies, de l'insomnie rebelle, des secousses musculaires, et du délire à forme onirique et confusionnel, sans adjonction d'aucun symptôme oculaire ou léthargique, forme à laquelle j'ai proposé de donner le nom d'*encéphalite myoclonique* (*Soc. méd. hôpit.*, 23 janv. 1920) qui est demeuré depuis (1).

Cette forme singulière de myoclonie me paraissait bien, en effet, appartenir au cadre des encéphalites, et M. Netter la rattachait, dans la discussion qui suivit cette communication, à l'encéphalite léthargique.

Ainsi, la notion de l'encéphalite myoclonique élargissait les limites trop étroites de l'encéphalite léthargique. Il devenait dès lors paradoxal d'appeler léthargique une modalité clinique qui était caractérisée essentiellement par de l'insomnie, et nous avons proposé la dénomination plus large d'*encéphalite épidémique* (*Soc. méd. hôpit.*, 30 janv. 1920), terme dont M. Chauffard soutenait également le bien fondé devant l'Académie de médecine (*Bull. Ac. de méd.*, 17 fév. 1920).

Puis, peu à peu, après l'étude plus attentive de syndromes insolites avec lesquels les neurologistes étaient peu habitués à compter, on fut amené à dissocier les signes de l'encéphalite léthargique et surtout de l'encéphalite myoclonique, si bien que la multiplicité des symptômes du début, de ceux de la période d'état et même de ceux de terminaison, a fait de cette maladie l'une des plus protéiformes qu'ait jamais étudiée la neurologie. Et si, quelque jour, la dénomination d'encéphalite épidémique ne prévalait plus, je crois que celle de *névraxite épidémique* (*Soc. méd. hôpit.*, 13 fév. 1920) s'harmoniserait mieux avec ce que nous savons déjà de cette affection essentiellement polymorphe. J'ai pu examiner et suivre une cinquantaine de cas d'encéphalite épidémique et je me permets, dans cette

(1) Fait curieux : l'encéphalite myoclonique est restée ignorée de Œconomo (de Trieste) qui, tout récemment, dans un long mémoire (*Il Policlino* [de Rome], sect. méd., f. 3, 4, 1920), publié sur l'encéphalite léthargique, ne fait aucunement mention de la modalité myoclonique que les auteurs français ont retrouvé pourtant dans de si nombreux cas.

communication, de signaler quelques-unes des réactions cliniques *par lesquelles la maladie peut débuter*.

Nous manquons encore d'un critérium humoral rigoureux qui puisse apporter une étiquette neurologique de certitude à une forme fruste de la maladie épidémique supposée monosymptomatique, durant toute son évolution; aussi n'ai-je accepté dans ma statistique que les modalités de début, s'étant ultérieurement associées ou compliquées de signes que nous savons quasi pathognomoniques, comme les secousses musculaires, les troubles oculaires, la léthargie.

J'ai observé, dans huit cas, le début exclusif par *des douleurs*. Ces algies peuvent revêtir parfois un caractère d'intensité extrême avec acuité paroxystique telle que le malade n'a trêve ou repos, ni jour ni nuit. Les sédatifs puissants, même la morphine à haute dose ne procurent aucune accalmie. La durée évolutive de ces douleurs est d'environ 5 à 8 jours. Elles se calment spontanément et cèdent peu à peu la place à des secousses musculaires associées ou non à des signes oculo-léthargiques. Ces algies sont à localisation prédominante trijumellaire, ou cervico-brachiales, ou brachio-intercostales, ou abdominales et le plus souvent restent unilatéralisées. On comprend les erreurs diagnostiques possibles à cette phase évolutive.

Je cite quelques-unes de ces erreurs : névralgie faciale traitée par l'alcoolisation locale — otite, mastoïdite — compression médullaire par la radiculite syphilitique ou mal de Pott — pleurésie diaphragmatique, colique hépatique, colique néphrétique — et ces diagnostics ont été faits par des médecins consciencieux et avisés.

Une autre modalité de début, est l'*insomnie;* insomnie rebelle, tenace, s'accompagnant d'un certain degré d'excitation, d'inquiétude, d'énervement. Elle résiste aux somnifères habituels, peut persister en l'état quelques jours, un septenaire, puis peut céder la place à des secousses musculaires ou à des signes de la série oculo-léthargique.

Une troisième forme de la maladie débutante est l'entrée en scène, à grand fracas, de *secousses musculaires* quelquefois si brutalement violentes que, chez une de mes malades, il y eut perte de connaissance pendant quelques minutes et que le diagnostic de crise épileptique fut aussitôt porté. J'ai noté trois fois l'hémi-*myoclonie* de la face ou d'un côté du corps comme type épisodique de début.

De telles formes se passent de toute autre adjonction de signes de la série oculo-léthargique. Elles portent en elles, et à elles toutes seules, la signature caractéristique de l'encéphalite épidémique, pouvant, du reste, constituer, à titre monosymptomatique, toute la maladie durant une période évolutive très longue, de plusieurs mois. L'observateur, peu averti, méconnaîtra fréquemment l'origine de ces myoclonies et bien souvent le diagnostic fait sera celui d'urémie convulsive, de tumeur cérébrale, d'hémorragie méningée, d'épilepsie, ou même d'hystérie.

Autre type myoclonique de début : le début par la *secousse diaphragmatique* avec ou sans *hoquet*, qui n'est qu'une des formes de myoclonie localisée au diaphragme et qui garde également en elle le masque de l'encéphalite épidémique. Cette myoclonie diaphragmatique réalise avec une netteté schématique le type du rythme et de la cadence, de cette rythmie du tonus qui est par excellence sous la dépendance du mésocéphale et qui ne saurait appartenir à nulle autre région que le mésocéphale.

Le type *paraplégique* peut encore marquer le symptôme initial. Pendant 2 à 3 jours, un état de malaise général, quelques douleurs, une fièvre légère, puis rapidement les membres inférieurs se parésient avec diminution des réflexes tendineux, réalisant ainsi le tableau d'une polynévrite des membres inférieurs, de moyenne intensité. Ultérieurement seulement pour les deux cas que nous avons observés, le diagnostic fut redressé par l'appoint de signes oculo-léthargiques.

Dernier type d'entrée en scène de l'encéphalite épidémique. Je ne l'ai observé que dans un seul cas : *le délire d'emblée*, *délire confusionnel et onirique* avec des réactions fébriles et bientôt suivi, après 3 ou 4 jours d'évolution, de signes oculaires et de secousses cloniques caractéristiques.

* * *

Je n'ai voulu montrer ici que les modalités de début de la névraxite épidémique, modalités qui se sont affirmées en dehors du cadre classique des signes oculaires et léthargiques. Je n'insiste pas. Le polymorphisme de cette singulière maladie, qui peut se cacher à ses débuts sous les aspects les plus trompeurs, est évident. Son diagnostic n'est le plus souvent rectifié que par les étapes évolutives ultérieures. Peut-être même un jour une réaction humorale permettra-t-elle de classer nosologiquement dans le même cadre épidémique de telles formes alors même qu'elles garderont durant toute leur évolution une allure exclusivement monosymptomatique?

SUR DEUX CAS D'IDIOTIE MONGOLIENNE

Par M. L. BABONNEIX,
Médecin des hôpitaux de Paris.

Isolée en 1866, par Langdon Down, l'idiotie mongolienne commence à être aujourd'hui bien connue, grâce à de nombreux travaux, au premier rang desquels il faut citer ceux de M. J. Comby. Il s'en faut, cependant, que les données que nous avons acquises à son sujet aient un caractère définitif. C'est pourquoi il nous a paru intéressant d'en rapporter deux cas, dont l'un se rapproche, tandis que l'autre s'éloigne, par quelques particularités, de la description classique.

* * *

Observation I. — H... (Jeanne), 12 ans, amenée le 5 mai 1919 à la consultation de l'hôpital Trousseau.

A. H. et A. P. — Le père, âgé de 64 ans, est atteint de nystagmus congénital. Tout récemment, il est allé demander quelques avis médicaux à Lariboisière où on l'a considéré comme un scléreux. Il a été, il y a une vingtaine d'années, atteint de zona. En tout cas, il ne présente aucun signe de syphilis, et, chez lui, la réaction de Bordet-Wassermann est

négative pour le sang. La mère est simple d'esprit. Elle a 54 ans.

La petite malade est leur seul enfant. Elle est née au 7e mois d'une grossesse qui ne s'était pas compliquée d'albuminurie, mais qu'avaient fortement troublée de nombreux soucis, les commères du voisinage ayant affirmé à Mme H... qu'étant donné son âge elle ne pouvait donner naissance qu'à un monstre, et qu'elle-même « y resterait ». Ces propos absurdes avaient eu d'autant plus d'influence sur elle qu'en raison même de sa débilité d'esprit elle était moins capable de discernement et de critique. D'après les renseignements fournis, l'accouchement avait été difficile : présentation occipito-postérieure, version, puis application de forceps, lequel avait « comprimé le cerveau ». En tout cas, la jeune H... ne pesait guère qu'un kilogramme (?) quand elle est venue au monde. Elle a été élevée au sein maternel jusqu'à 23 mois. Longtemps, il a fallu l'aider à prendre le sein, parce qu'elle ne savait pas téter. Sa fontanelle antérieure s'est fermée tardivement. De même, elle n'a appris à marcher que bien après 2 ans, et n'a commencé à parler que vers 4 ans. Sa première dent n'est sortie que vers 15 mois. Très douce, très facile d'humeur, très gaie, elle n'a jamais eu de convulsions, mais, chez elle, la circulation est défectueuse, la cyanose, habituelle en toute saison, les engelures, fréquentes en hiver. Elle a bon appétit, bonne vue, mais dort assez mal ; ses parents observent avec complaisance qu'elle a beaucoup de mémoire et qu'elle « adore la musique ». Elle pèse, tout habillée, 29k500 (moyenne : 30k150). De même, sa taille est très inférieure à celle des fillettes normales de son âge.

E. A. — Jeanne H... est, à la fois, microcéphale et brachycéphale. Elle présente, au plus haut point, le facies mongolien (fig. 1 et 2). Chez elle, la voûte palatine est fortement ogivale, les incisives médianes supérieures, striées longitudinalement, avec un bord légèrement crénelé, les incisives médianes inférieures chevauchent l'une sur l'autre ; les molaires et les canines, de type infantile, offrent de nombreuses irrégularités morphologiques ; à noter, à gauche, un petit tubercule de Carabelli. Les oreilles, peu développées, ont gardé leur forme ; le front est bas, ridé, les pommettes saillantes, le visage agité de tics, la bouche entr'ouverte, la langue procidente, les lèvres eczémateuses, les mains molles, les pieds courts, tassés dans le sens antéropostérieur, la



FIG. 1.

colonne vertébrale légèrement déviée, le thorax évasé par en bas, le ventre flasque. Les cheveux, assez abondants, ne possèdent pas partout la même coloration. L'évolution sexuelle n'a pas commencé. Le corps thyroïde semble petit. Les principaux appareils fonctionnent à peu près bien. En tout cas, on ne constate pas d'anomalie de développement, comme cela est si fréquent dans ces cas. Ajoutons que, chez elle, la réaction de fixation est négative pour le sang.



FIG. 2.

L'examen du système nerveux est rendu difficile par l'indocilité de la malade et l'impossibilité de fixer son attention. Voici, toutefois, ce que l'on peut dire. La musculature est peu développée, les muscles, en état d'hypotonie. Dans les premières années de la vie, était apparue une petite hernie ombilicale. La marche s'effectue sans difficulté. Les réflexes cutanés et tendineux sont normaux ; les réflexes pupillaires n'ont pu être étudiés. Autant qu'on puisse dire, la sensibilité objective n'est point altérée. L'intelligence est rudimentaire. On ne peut soumettre l'enfant aux tests de MM. Binet et Simon. Elle ne sait, ni manger ni s'habiller toute seule, mais elle aurait été propre de bonne heure. Comme nous l'avons dit, la parole est incompréhensible (*ATP* pour *Tante Octavie*), ce qui n'empêche pas la malade de bavarder sans arrêt. Le caractère est essentiellement gai, l'humeur agréable, le rire fréquent. Aux tics déjà signalés, ajoutons les répétitions incessantes de certains mots et de certains gestes, et une extrême tendance à l'imitation. Le traitement thyroïdien est, par elle, très mal supporté, détermine une particulière exaltation intellectuelle et aboutit, si on le prolonge, à la production d'éruptions cutanées de type prurigineux.

OBS. II. — Gr... (Marcel), 5 ans et demi, amené, le 27 novembre 1919, à la consultation de l'hôpital Trousseau.

A. H. et A. P. — La mère est bien portante, mais le père, absinthique, est mort à 35 ans. Le jeune Marcel est leur seul enfant. La grossesse n'avait présenté aucune anomalie si ce n'est que les mouvements du fœtus avaient toujours été très peu actifs. L'accouchement s'est fait à terme, mais l'enfant s'est présenté par la face, et il est venu au monde en état d'asphyxie apparente. Il n'a jamais eu de convulsions.

H. de la M. — De bonne heure, on s'est aperçu qu'il « n'était pas comme les autres », qu'il ne reconnaissait pas ses parents, qu'il avait un regard étrange. Il a toujours été très en retard.

Il n'a commencé à marcher que vers 3 ans, à parler que vers 5 ans.

E. A. — Le facies mongolien est caractéristique (fig. 3 et 4). Chez lui, on peut, d'ailleurs, noter les mêmes particularités que dans le cas précédent : insuffisance de développement, l'enfant étant inférieur en poids et en taille à un enfant normal



FIG. 3.



FIG. 4.

du même âge; fréquence des éruptions eczémateuses, atteignant, de préférence, la face; langue fissurée, scrotale, procidente, thorax aplati transversalement et évasé par en bas, musculature peu développée, hypotonique, doigts et orteils courts, cyanosés. La colonne vertébrale est le siège d'une cyphose modérée. Le corps thyroïde est légèrement hypertrophié. D'ailleurs, l'apparence générale est un peu celle du myxœdème. L'examen du système nerveux reste négatif, abstraction faite des particularités suivantes : tics de la face et arriération intellectuelle. Le caractère est doux et facile.

Le malade n'ayant été vu qu'une fois, il nous a été impossible de compléter son observation clinique par les épreuves de laboratoire; le diagnostic ne s'en impose pas moins.

Dans ces cas, le diagnostic d'idiotie mongolienne ne peut être discuté. N'empêche que, pour chacun d'entre eux, les considérations d'ordre étiologique diffèrent.

Dans le *premier*, semble intervenir, seule, une condition dont l'importance a surtout été signalée par M. J. Comby, et sur laquelle a également insisté, dans son excellente monographie, M. Apert : nous voulons parler des émotions et des soucis survenant au cours et à l'occasion de la grossesse. Nulle raison de penser à l'hérédo-syphilis. Il semble bien s'agir d'agénésie cérébrale, peut-être aggravée par les traumatismes obstétricaux, et les hémorragies intracraniennes qui, si souvent, en sont la conséquence.

Pour le *second*, le développement de l'idiotie semble en rapport avec l'alcoolisme paternel. Les expériences de Dareste ont, d'ailleurs, établi depuis longtemps l'influence funeste que peuvent exercer les vapeurs d'alcool sur le développement de l'embryon.

Ces deux cas diffèrent donc de ceux que nous avons antérieurement publiés, avec M. J. Villette, et dont l'étude soulevait deux questions intéressantes. L'une avait trait à l'existence d'un mongolisme *familial*, fait exceptionnel, puisque M. Pardee (1) n'en signale que deux autres cas (celui de L. Scheer et le sien); l'autre, à la possibilité d'une spécificité héréditaire, déjà incriminée par divers auteurs (Armand-Delille, v. der Bogert, Mac Clelland et Ruh, Provinciali et di Giorgio, Rolleston, Stevens), et en faveur de laquelle on pourrait citer le fait qu'à l'autopsie d'un mongolien typique nous avons jadis trouvé une gomme microscopique (2).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 26 MAI 1920)

Invagination de l'iléon. — M. HALLOPEAU fait un rapport sur une observation adressée par M. Martin, relative à un enfant de 4 mois qui fut pris de douleurs violentes dans le ventre avec vomissements, pouls à 120, température à 37°. Le ventre était souple, le maximum de la douleur était dans la fosse iliaque droite. Il y avait des selles sanguinolentes. Opération : ablation de l'appendice qui était tordu, invagination de l'iléon, drainage. Le début des accidents ne datait que de 8 heures; guérison. M. Hallopeau pense que, dans ce cas, le drainage n'était pas indispensable.

Fistule stercorale d'origine appendiculaire. — M. LENORMANT analyse une observation de M. Moure. Il s'agit d'un homme de 45 ans qui était atteint d'une hernie et qui portait une fistule stercorale. En octobre 1919, cet homme vit appa-

(1) IRVING H. PARDEE. Two cases of mongolian idiocy in the same family. *Journal American of the medical Association*, 10 janv. 1920, p. 94. L'auteur rattache certains mongolismes à un trouble fonctionnel de plusieurs glandes à sécrétion interne, hypothèse déjà formulée par nous, en collaboration avec M. J. VILLETTE.

(2) L. BABONNEIX. *Arch. des mal. des enfants*. juillet 1909.

raître une petite tumeur qui s'ulcéra et d'où il sortit du liquide d'abord purulent, puis stercoral. Il ne cessa jamais de travailler; il n'eut jamais de vomissements. Il s'était fait un anus iliaque spontané. Il y eut une série d'accidents; plusieurs examens radiobismuthés. Opération : appendicectomie, adhérences à l'angle iléo-cæcal, libération. La fistule s'est ensuite fermée spontanément.

M. Potherat fait un rapport sur une observation adressée par M. Gabriel Potherat. Un jeune homme de 18 ans est amené à l'hôpital, dans un état grave, venant de recevoir un coup violent sur le ventre. Trois jours après, il était pris d'accidents formidables : vomissements, nausées, sueurs froides, douleurs vives dans le ventre, ballonnement du ventre, plus accentué du côté de l'ombilic; intervention immédiate; laparotomie droite, appendice sain, anses intestinales agglutinées, noirâtres, torsion de l'intestin grêle sur lui-même, bride, une anse étranglée, résection de 75 cm. d'intestin, suture bout à bout. Mort 8 heures après. Il s'agissait d'un étranglement du diverticule de Meckel.

Exclusion intestinale. — M. Walther vient compléter l'observation du blessé qui a été l'objet d'une communication de M. Okinczyc. Ce blessé fut opéré, en 1914, par ce dernier qui lui fit une exclusion bilatérale du gros intestin. Il allait bien. Repris de douleurs abdominales il entra dans le service de M. Walther en janvier 1915. Nouvelle laparotomie, libération de nombreuses adhérences épiploïques et intestinales, portant surtout sur l'intestin grêle, s'arrêtant à la fin de l'iléon, le côlon restant sain et libre. M. Walther fit un anus artificiel, referma le ventre, sans s'occuper de l'anse exclue. Très bon résultat. Reprise de l'embonpoint et des forces. C'était bien une occlusion totale de l'intestin grêle que présentait ce blessé. Nouveaux accidents, 3e intervention, libération de nouvelles adhérences et ablation de l'anse exclue. Mort de broncho-pneumonie.

M. Walther fait suivre cette observation de réflexions relatives à la conduite à tenir. Il faut surveiller ces opérés, et, si une nouvelle intervention est nécessaire, en profiter pour enlever l'anse exclue.

M. Duval ne croit pas que les accidents observés chez ce malade puissent être attribués à des phénomènes de rétention dans l'anse exclue. Cet homme avait reçu une balle dans le ventre, il avait fait des adhérences, un large abcès de la région inguino-crurale, de la péritonite plastique. On peut donc invoquer plusieurs facteurs pour expliquer les accidents successifs qu'il a présentés. Il ne faut donc pas accuser l'anse exclue. Pour M. Duval, l'exclusion bilatérale du gros intestin est une très bonne opération. Mais il lui paraîtrait dangereux de laisser l'anse exclue; il préférerait l'enlever.

La discussion se poursuit sur le même sujet entre MM. Potherat, Okinczyc et Duval.

De l'emploi des courants de haute fréquence en chirurgie. — M. de Martel a employé les courants de haute fréquence dans le traitement des cancers cutanés. Il rappelle à ce sujet l'électro-coagulation de Doyen, les faits de Morestin. M. de Martel a obtenu de bons résultats de cette méthode et se félicite de la voir rendue plus pratique par l'appareil de Heitz-Boyer.

M. Michon a également obtenu de très bons résultats de l'emploi de cette méthode dans le traitement des papillomes de la vessie. Elle présente des avantages de premier ordre : parfaite exérèse, hémostase, électrocoagulation, inutilité d'anesthésie, application facile à l'aide d'un simple cystoscope.

En résumé, l'emploi des courants de haute fréquence présente de grands avantages en urologie.

M. Heitz-Boyer fait observer que la méthode doit être employée avec prudence, sinon on s'exposerait à de graves dangers. L'usage pourrait s'étendre à bien d'autres régions, en particulier au larynx. M. Heitz-Boyer rappelle l'exemple d'un malade opéré par Doyen, il y a 7 ans, d'un cancer de la langue jugé par tous inopérable. Il n'y a pas encore de récidive.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(séance du 18 mai 1920).

Conclusions du rapport sur la prophylaxie de la diphtérie (1). — La Commission composée de MM. L. Martin, Méry, Gillet, Jean Hallé, Weill-Hallé, Harvier, rapporteur, est d'avis que la prophylaxie de la diphtérie ne peut être assurée que par l'application *simultanée* des mesures suivantes :

1° *Isolement* rigoureux de tous les malades contagieux et des convalescents. Ces derniers ne doivent être rendus à la vie commune qu'après 2 ensemencements négatifs du mucus naso-pharyngé.

2° *Déclaration* obligatoire et précoce, non seulement des diphtéries confirmées mais aussi des diphtéries frustes.

3° *Désinfection* obligatoire des linges et objets souillés pratiquée en cours de maladie et après la maladie.

4° *Sérothérapie préventive* de l'entourage du malade appliquée systématiquement à tous les enfants entre 2 et 5 ans dont la gorge ne peut être surveillée par un médecin. Cette sérothérapie préventive est sans danger.

Pour l'application de ces mesures prophylactiques, la Commission pense qu'il y aurait lieu :

1° De compléter la loi du 15 février 1902 qui ne prévoit que la déclaration et la désinfection obligatoire.

2° De demander à l'administration de l'Assistance publique la création d'un établissement destiné à recevoir les enfants convalescents porteurs de germes, en attendant leur retour à la vie familiale.

En ce qui concerne la prophylaxie de la diphtérie dans les écoles, la Commission estime que les mesures de prophylaxie actuellement réglementaires (éviction des frères et des sœurs, recherche des porteurs de germes) sont insuffisantes en temps d'épidémie. En temps d'épidémie, le médecin scolaire n'a pas les moyens d'organiser une prophylaxie efficace parce que les foyers d'infection sont en dehors de l'école et dans les familles.

La prophylaxie scolaire de la diphtérie ne peut être assurée que par un service d'hygiène spécialement organisé.

La trachéo-fistulisation. — M. Rosenthal. Dans les broncho-pneumonies de l'enfance la médication par injections intratrachéales n'est pas possible par la voie buccale. On peut la pratiquer par la ponction intercrico-thyroïdienne avec une aiguille courbe. Si les injections doivent être souvent répétées (1 ou 2 fois par jour) il vaut mieux laisser cette aiguille à demeure et employer une canule courte très fine (1 à 2 mm. de diamètre), c'est la trachéo-fistulisation. Cette méthode met à l'abri de l'asphyxie par spasme de la glotte qui peut survenir chez l'enfant à la suite des injections intratrachéales.

Sclérodermie chez l'enfant. — M. Apert présente un enfant de 9 ans 1/2 atteint de sclérodermie en bande sur les 2 bras, mais surtout du côté droit. C'est une affection très rare chez l'enfant. Comme origine possible on ne trouve que des ganglions trachéo-bronchiques et un poumon gauche douteux. La thiosinamine a été essayée puis arrêtée parce que cela s'indurait autour des piqûres.

M. Babonneix fait remarquer que la sclérodermie n'est pas très exceptionnelle chez l'enfant. Dans le cas présent la lésion a un trajet radiculaire (5e et 6e paires). Dans ces cas le traite-

(1) Voir le début de la discussion et le résumé du rapport in *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 14, p. 221; n° 31, p. 494, et n° 41, p. 653.

ment classique est le traitement thyroïdien qui donne de bons résultats.

M. HARVIER note que l'enfant présente de l'atrophie musculaire de l'épaule et du bras droit.

M. Jean HALLÉ rappelle le danger de donner de la thiosinamine chez des tuberculeux.

Modèle simple de spiromètre. — Mme HOUDRÉ présente un spiromètre très simple, peu coûteux, peu encombrant, et qui, au lieu d'exercer l'expiration, exerce l'inspiration. Un flacon gradué de verre percé par le bas est plongé dans un récipient à moitié plein d'eau. Il en part un tube de caoutchouc avec lequel on aspire l'eau dans le flacon. La dénivellation de l'eau montre sur la graduation le volume inspiré.

Traitement de la syphilis du nourrisson par les injections intraveineuses de novarsenobenzol. — MM. CASSOUTE et TEISSONNIÈRE, à l'hôpital des Enfants-Assistés à Marseille, ont traité une vingtaine d'enfants. A l'injection dans la jugulaire (Blechmann) ils préfèrent celle dans les veines épicraniennes. Ils injectent 1 cg. par kilogramme d'enfant à la 1re piqûre, 1cg5 pour les 2 suivantes, 2 cg. pour les suivantes, sans jamais dépasser 10 cg. Les résultats ont été encourageants.

M. BABONNEIX remarque que l'injection dans les jugulaires, très saillantes quand le nourrisson crie, est très facile.

M. GÉNÉVRIER trouve les doses employées très fortes.

Un cas d'anaphylaxie alimentaire vis-à-vis des haricots flageolets. — M. GÉNÉVRIER a observé un enfant de 7 ans qui n'a jamais pu, depuis l'âge de 5 ans, ingérer des flageolets sans avoir de l'urticaire. Il lui en fit manger devant lui et pratiqua 3 heures après un examen de sang qui montra tous les signes d'une crise anaphylactique; 1 heure après : frissons, vomissements, 40° de température, urticaire généralisée. Quelque temps après, nouvelle ingestion précédée de la prise de 3 flageolets 50 minutes auparavant; la crise anaphylactique se déclanche cependant.

M. LESNÉ. La spécificité de l'anaphylaxie est, en effet, très particulière; des sujets anaphylactisés par l'œuf de poule ne le sont pas par l'œuf de canard.

Vomissements anaphylactiques chez un nourrisson. Traitement par les injections de lait. — M. GÉNÉVRIER. Chez un enfant nourri au sein jusqu'à 6 mois, l'allaitement est cessé brusquement par grippe de la mère, lui-même fait une grippe avec méningite et hémiplégie. Quand on veut reprendre le lait concentré il se produit des phénomènes d'intolérance grave. On essaye successivement 12 sortes de laits différents sans succès.

Au bout de 3 mois l'enfant nourri de bouillon de légumes et de poulet est mourant. On fait alors, à 3 jours d'intervalles, 3 injections sous-cutanées de lait, respectivement de VIII, XVI et XXX gouttes. Chacune est suivie d'une réaction générale violente et d'une tuméfaction et douleur locale. Après la 3e injection il tolère 5 g. de lait par la bouche; on augmente de 5 g. par jour la ration; dès qu'on arrive à 15 g., brusquement on voit l'enfant augmenter de poids. Depuis il a progressé très rapidement, la ration de lait est aujourd'hui de 350 g. et l'enfant a pris 2 kg. depuis 4 mois.

Malgré la rareté des cas d'anaphylaxie vraie pour le lait, il semble bien que cette explication soit ici la vraie.

M. Jean HALLÉ a aussi vu quelquefois des enfants reprendre du poids avec une ingestion infime d'un lait hétérogène, qui était indispensable pour amener l'assimilation. On le voit avec des enfants au biberon, l'administration d'un peu de lait d'une autre vache ou de femme suffit, ou inversement pour un enfant au sein, un peu de lait de vache est nécessaire à faire partir l'augmentation de poids. Cela aussi bien pour le lait cuit que cru.

Méningite subaiguë à forme émétisante chez un hérédo-syphilitique. Ependymite avec hydrocéphalie interne. — MM. Henri LEMAIRE et STIASSNIE rapportent l'observation d'un enfant de 22 mois qui, durant 3 mois, a présenté un syndrome clinique caractérisé par des vomissements presque incoercibles et du type cérébral, de la céphalée avec insomnie et agitation et quelques poussées fébriles irrégulières.

Une ponction lombaire montra l'existence d'une hypertension du liquide céphalo-rachidien. Le liquide était très albumineux et très riche en leucocytes (60 p. 100 de lymphocytes et 40 p. 100 de polynucléaires). La réaction de Bordet-Wassermann fut positive sur le liquide.

Cet enfant présenta en mourant un syndrome méningé terminal caractérisé par des convulsions, de la raideur de la nuque, un opistotonos marqué.

Le diagnostic de méningite subaiguë à forme émétisante d'origine hérédo-syphilitique s'imposait ; mais l'examen anatomique complétait ce diagnostic en expliquant les particularités cliniques du cas. Il s'agissait, en effet, d'une véritable hydrocéphalie interne n'ayant pas entraîné de disjonction des sutures du crâne. Cette hydrocéphalie relevait d'une épendymite et d'une choroïdite qui coexistaient avec une méningite strictement localisée à la pie-mère du bulbe et de la moelle. La caractéristique histologique de ces diverses lésions était constituée par une infiltration de cellules embryonnaires et plasmatiques à prédominance périvasculaire.

Cette observation n'apporte pas seulement un fait nouveau qui confirme les relations de l'hérédo-syphilis et de certaines épendymites subaiguës de la première enfance; mais elle montre aussi l'importance séméiologique du vomissement à type cérébral qui fut, dans ce cas, le seul symptôme de l'hypertension cranienne.



NOTES POUR L'INTERNAT

LES PLEURÉSIES PARTIELLES
OU ENKYSTÉES (1)

E. PLEURÉSIES CLOISONNÉES PARIÉTALES. — Ce sont celles développées dans une ou plusieurs loges de la plèvre costale : pleurésies *uni ou multiloculaires*. Elles donnent lieu à un syndrome pleurétique en apparence banal : l'examen attentif du thorax montre que les signes de l'épanchement prédominent dans une zone plus ou moins étendue, en dehors de laquelle les ponctions exploratrices demeurent sans résultat. Les pleurésies multiloculaires ou aréolaires sont en général irrégulières et polymorphes ; les unes pouvant contenir du pus, les autres de la sérosité, d'autres du sang (Widal, Gailliard). Seules les ponctions exploratrices répétées peuvent permettre de les découvrir.

ÉVOLUTION GÉNÉRALE. — Quel que soit le siège de la pleurésie enkystée, nous rappellerons que cette dernière, presque toujours purulente, évolue vers l'ulcération bronchique et la *vomique*. Il se constitue alors une poche ouverte dans les bronches, qui se remplit et se vide tour à tour, donnant des signes pseudocavitaires, déjà étudiés.

Rarement se produisent la *résorption* ou l'évacuation par la paroi thoracique (empyème de nécessité) ou dans la cavité abdominale.

La mort, dans les cas abandonnés à eux-mêmes, est fréquente ; les signes généraux s'accentuent et la mort se produit par hecticité et cachexie, si la pleurotomie n'est pas faite à temps.

Le *pronostic* est grave, surtout dans les pleurésies diaphragmatiques et médiastines.

FORMES CLINIQUES. — 1. *Forme latente*. — Sans vomique, véritable découverte d'autopsie.

2. *Forme prolongée*. — Parfois plusieurs mois.

3. D'après *l'agent microbien :* on a pu signaler les pleurésies à streptocoques, rares (Widal et Froin) ; la pleurésie à Friedlander (Letulle, Netter) ; la pleurésie enkystée putride (Rist, Guillemot, Chauffard).

4. *Les pleurésies enkystées tuberculeuses*. — Elles peuvent siéger partout, soit à la base, soit au sommet, soit contre le médiastin, soit interlobaires. Elles peuvent être sérofibrineuses ou purulentes (Sabourin). Enfin Béclère a attiré l'attention sur les formes sèches interlobaires appréciables seulement à la radioscopie.

6. *Symphyse phréno-costale* (Jaccoud) avec symphyse à ce niveau et épaississement pleural.

7. *Pleurésies diaphragmatiques d'origine abdominale*. — Elles sont consécutives à un abcès sous-phrénique, cholécystite, abcès du foie, phlegmon périnéphrétique. Il est quelquefois difficile de dire quel est le point de départ des accidents, car une pleurésie diaphragmatique peut aussi provoquer secondairement une suppuration abdominale.

COMPLICATIONS. — Nous ne ferons que les citer :

1. *Locales*. — Infection pulmonaire de proche en proche, foyers de broncho-pneumonie, processus gangréneux.

2. *Générales*. — Endocardite, péritonite, arthrites suppurées, méningite, péricardite, abcès du cerveau.

3. *A distance, tardives*. — Symphyse pleurale, sclérose pulmonaire, dilatation des bronches, scoliose, déformations thoraciques, etc.

DIAGNOSTIC. — I. **Positif**. — Avant la vomique, le diagnostic est des plus délicats à poser. On devra y penser en présence d'un état infectieux fébrile sans cause, avec signes pleuro-pulmonaires mal définis. Le diagnostic s'appuiera sur :

La *ponction exploratrice :* pratiquée dans plusieurs espaces avec une aiguille suffisamment longue et large. Au besoin employer 2 aiguilles (pleurésies bloquées).

La *radioscopie*, dont les renseignements de premier ordre ont été étudiés à propos de chaque forme clinique.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit*., 1920, n° 45, p. 719 ; n° 46, p. 735 ; et n° 49, p. 783.

II. **Différentiel**. — Les symptômes généraux du début peuvent faire croire à une pneumonie franche, à une congestion pulmonaire, à une broncho-pneumonie, à un foyer de gangrène pulmonaire, à de la tuberculose.

A. PLEURÉSIES INTERLOBAIRES. — La dilatation des bronches, l'abcès du poumon, le kyste hydatique du poumon, un foyer central de broncho-pneumonie peuvent égarer le diagnostic. On se fondera sur l'affaiblissement du murmure vésiculaire, la matité, sur le trajet d'une scissure, l'absence de râles, de souffle, d'égophonie. Le diagnostic se pose aussi dans la tuberculose pulmonaire avec hémoptysies ou dans la tuberculose cavitaire.

B. PLEURÉSIES DIAPHRAGMATIQUES. — Le diagnostic sera à discuter avec : la névralgie intercostale ; la pleurodynie ; la névralgie phrénique ; les affections de la base du poumon (pneumonie, congestion pulmonaire, tuberculose, gangrène pulmonaire) ; les affections abdominales : périhépatite, abcès sous-phrénique, abcès et kystes suppurés du foie, de la rate, pyopneumothorax sous-phrénique.

C. PLEURÉSIES MÉDIASTINES. — Les pleurésies médiastines antérieures simulent surtout les *péricardites* avec épanchement. Mais dans la pleurésie le cœur est déplacé. Dans la péricardite les bruits du cœur sont sourds et éloignés. La pointe bat au-dessus de la limite inférieure de la matité. Les rayons X donnent des renseignements utiles, déjà étudiés.

Les pleurésies médiastines postérieures sont à différencier de toutes les causes de compression à ce niveau : tumeurs du médiastin, cancer de l'œsophage, adénopathies trachéo-bronchiques, anévrismes de la crosse aortique ou de l'aorte descendante, abcès froid de la paroi thoracique ou de la colonne cervico-dorsale (rare). On recherchera avec beaucoup d'attention tous les signes cliniques de ces affections ; bien souvent la radiologie seule mettra sur la voie du diagnostic.

TRAITEMENT. — I. **Médical**. — On utilisera ce traitement au début, dans la période d'incertitude, alors que la pleurésie enkystée n'est pas nettement constituée : ventouses contre le point de côté, antipyrine, quinine, pyramidon contre la fièvre, repos au lit, diète lactée, surveillance attentive des signes pleuro-pulmonaires. Lorsque la pleurésie est constituée, il faut intervenir plus activement, avant l'apparition de toute vomique.

II. **Ponction**. — La ponction exploratrice suivie de la ponction évacuatrice est le seul traitement indiqué pour les pleurésies enkystées séro-fibrineuses, après atténuation des signes généraux.

III. **Traitement chirurgical**. — Pour les pleurésies purulentes enkystées le traitement doit être complété. Evidemment la ponction exploratrice, suivie de l'évacuation au trocart de la poche pleurale, peut donner de bons résultats. Maintes pleurésies interlobaires ont été ainsi guéries. Il est d'usage, dans ce cas, d'injecter dans la cavité purulente une certaine quantité d'électrargol ou du bleu de méthylène. Les pleurésies à pneumocoques, à tétragènes, à staphylocoques, ainsi traitées peuvent guérir.

Ne pas oublier qu'il y a des pleurésies bloquées (Dufour, Mosny) et que leur ponction nécessite 2 aiguilles.

Dans tous les autres cas, il faut avoir recours à l'empyème. L'évacuation large et le drainage de la cavité purulente est le seul traitement à pratiquer, qu'il y ait eu ou non une vomique, et dans les cas où la ponction seule ne suffit pas.

BIBLIOGRAPHIE. — DIEULAFOY. *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, 1898. — HIRTZ et BEAUFUMÉ. *Soc. méd. des hôpit*., 13 mai 1910. — BÉCLÈRE. *Soc. méd. des hôpit*., 28 fév. 1902. — PAILLARD. Revue générale, *Gaz. des hôpit*., oct. 1911. — REBATTU. Les pleurésies médiastines purulentes, Revue générale, *Gaz. des hôpit*., 1911. — MERKLEN. Pleurésie purulente diaphragmatique, *Presse méd*., 1895, n° 5. — GOUGET. Pleurésie du sommet, *Soc. méd. des hôpit*., 13 mai 1910. — GALLIARD. Les pleurésies polymorphes, *Soc. méd. des hôpit*., nov. 1899.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 51. — SAMEDI 5 JUIN 1920. 93e ANNÉE. SAMEDI 5 JUIN 1920. — N° 51.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HOPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Descomps, Fredet, Arrou, Routier, Lapointe, Riche, René Marie.

— CONCOURS D'OPHTALMOLOGISTE DES HÔPITAUX. — *Epreuve opératoire.* — Question donnée : « Extirpation de la glande lacrymale orbitaire. »

MM. Bourdier, 18 ; Velter, 15 ; Prélat, 17 ; Cerise, 19 ; Bollack, 15.

Consultation écrite. — MM. Velter et Cerise, 29 ; Bourdier, 27 ; Prélat et Bollack, 28.

— CONCOURS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Le jury est composé de MM. Lermoyez, Lombard, Bourgeois, Lemaître, Grivot, Mauclaire, Robin.

HOPITAUX DE PROVINCE. — ANGERS. — Le Dr Turlais, médecin adjoint des hôpitaux, a été nommé médecin chef de service à l'hospice des vieillards.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — *Médecine générale.* — *Leçon orale de 3/4 d'heure après 4 heures de préparation.* — Séance du 31 mai. — MM. Roubier : « Pathogénie et valeur séméiologique des albuminuries ; » — Abrami : « Symptômes et diagnostic de la paralysie générale ; » — Cordier : « La dysenterie amibienne. »

Séance du 1er juin. — MM. Rebattu : « Artérites syphilitiques ; » — Bonnamour : « Ulcère du duodénum ; » — De Verbizier : « Formes cliniques de l'épilepsie. »

Séance du 2 juin. — MM. Duhot : « Coma diabétique ; » — Dubourg : « Les épilepsies partielles ; » — Harvier : « Le pouls lent permanent. »

Séance du 3 juin. — MM. Gardère : « Formes cliniques et diagnostic de la méningite tuberculeuse ; » — Margarot : « Œdème aigu du poumon ; » — Touraine : « Les splénomégalies. »

Chirurgie générale et voies urinaires. — *Leçon orale de 3/4 d'heure après 4 heures de préparation.* — Séance du 29 mai. — MM. Leveuf : « Lésions des artères dans les plaies de guerre ; » — Charrier : « Abcès aigus du sein. »

Séance du 31 mai. — MM. Heully : « Kystes du pancréas ; » — Miginiac : « Diagnostic et traitement des tumeurs malignes du testicule ; » — Cadenat : « Synovites tendineuses chroniques du poignet ; » — Girode : « Kystes branchiaux et fistules branchiales du cou. »

Séance du 1er juin. — MM. Papin : « Tumeurs à myoloplaxes des os des membres ; » — Perrin : « Fractures fermées de l'astragale ; » — Tourneux : « Des gangrènes par artérite chronique. »

Liste des admissibles à l'épreuve définitive :

Paris : MM. Lardennois, 29 + 30 = 59 ; Basset, 26 + 30 = 56 ; Küss, 30 + 26 = 56 ; Mathieu, 26 + 30 = 56 ; Cadenat, 23 + 30 = 53 ; Moure, 27 + 24 = 51 ; Heitz-Boyer, 29 + 29 = 58.

Alger : MM. Costantini, 22 + 24 = 46 ; Lombard, 23 + 21 = 44 ; Duboucher, 18 + 21 = 39 ; Witas, 18 + 18 = 36.

Bordeaux : MM. Papin, 18 + 30 = 48 ; Charrier, 22 + 26 = 48.

Lille : M. Gérard, 21 + 20 = 41.

Lyon : MM. Murard, 25 + 23 = 48 ; Bonnet, 26 + 26 = 52 ; Santy, 25 + 26 = 51 ; Chalier, 24 + 24 = 48.

Montpellier : MM. Lapeyre, 21 + 23 = 44 ; Chauvin, 20 + 22 = 42.

Nancy : MM. Barthélemy, 25 + 23 = 48 ; Hamont, 23 + 24 = 47.

Toulouse : MM. Ducuing, 25 + 30 = 55 ; Miginiac, 20 + 29 = 49.

Hygiène et bactériologie, parasitologie et histoire naturelle. — *Leçon orale de 3/4 d'heure après 4 heures de préparation.* — Hygiène et bactériologie : MM. Debré, 29 ; Rochaix, 28 ; Paraf, 20 ; Orticoni, 15 ; Philibert, 29.

Parasitologie et histoire naturelle : MM. Joyeux, Senevet et Desoil, 29 ; Sigalas, 12 ; Pringault, 11 ; Gantié, 14.

Epreuve pratique. — MM. Senevet, 23 ; Desoil, 21 ; Joyeux, 29.

Sont nommés : MM. Joyeux (Paris), Senevet (Alger), Desoil (Lille).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CONCOURS DE L'ADJUVAT. — *Epreuve écrite.* — MM. Braine, 25 ; Lascombe, 21 ; Hertz, 27 ; Peltier, 22.

— CONCOURS DU PROSECTORAT. — *Epreuve écrite.* — MM. Clap, 24; Maurer, 25; Bloch (René), 28; Ducastaing, 22; Charrier et Gatellier, 28; Monod (Raoul), 24; Madier, 23; Bloch (Jacques), 26; Legrand, 25; Caudrelier, 26.

Epreuve orale d'anatomie. — MM. Maurer, 18; Bloch (R.), Charrier et Gatellier, 19; Monod (Raoul), 14; Bloch (J.), 19; Legrand, 14; Caudrelier, 17.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — *Erratum.* — Un emploi de chargé de cours d'anatomie topographique a été créé à la Faculté de médecine de Toulouse et non à celle de Paris, comme une erreur d'impression nous l'a fait écrire dans notre dernier numéro.

FACULTÉS DE PHARMACIE. — MONTPELLIER. — La chaire de pharmacie est déclarée vacante.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Le *Journal officiel* du 31 mai 1920 publie une circulaire et une instruction relatives à l'admission à l'école du service de santé en 1920.

La liste d'inscription sera close le 10 juillet au soir.

CONCOURS DE MÉDECIN DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — *Composition écrite.* — 1° « Conduite à tenir pendant l'accouchement en cas de présentation de la face. » — 2° « Complications pulmonaires de la grippe sans le traitement. »

7e séance : MM. Cartier, 12 + 6 = 18; Balizeaux, 16 + 7 = 23; Chapelain, 8 + 5 = 13.

Epreuve clinique. — Séance du 31 mai. — MM. Astruc, 17 + 8 = 25; Hiblot, 10 + 5 = 15; Vincant, 13 + 7 = 20.

Séance du 2 juin. — MM. Maître, 11 + 6 = 17; Feret, 14 + 6 = 20; Savatier, 10 + 5 = 15.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE (XVe SESSION). — La XVe session des Congrès français de médecine aura lieu, comme nous l'avons annoncé, à Strasbourg en 1921.

Le bureau du Congrès est ainsi constitué : M. le prof. Bard, président; MM. Thomas et Schwartz, vice-présidents; M. le prof. Léon Blum, secrétaire général; M. Brion, trésorier général.

Sujets des rapports : 1° De l'adaptation anatomique et fonctionnelle du cœur aux conditions pathologiques de la circulation; 2° Des glycémies; 3° De l'antianaphylaxie.

CITATION. — Le gouvernement porte à la connaissance du pays la belle conduite de M. Defaye (I.-B.), élève de la Faculté de médecine de Bordeaux : modèle de dévouement et d'abnégation. A trouvé la mort dans l'accomplissement du devoir.

Par décret en date du 31 mai 1920, M. Defaye est nommé chevalier de la Légion d'honneur. (*J. O.*, 1er juin 1920.)

M. Defaye a trouvé la mort dans un accident survenu à la gare de Bordeaux-Saint-Jean où il était volontaire pendant la dernière grève des cheminots.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les Drs H. Gesland (de Paris), Marotée (de Châteauneuf, Eure-et-Loir) et Xavier Somet (de Saint-Pierre-de-Moutier).

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. (M. Pierre SEBILEAU, Directeur des travaux scientifiques.) — Le cours d'ophtalmologie opératoire, par M. le Dr Morax, ophtalmologiste de Lariboisière, assisté de MM. les Drs Magitot, ophtalmologiste des hôpitaux, et Bollak, assistant, commencera le lundi 7 juin 1920, à 13 heures 1/2, et continuera les jours suivants (sauf le samedi) à la même heure.

Droit d'inscription : 100 fr.

MALADIES DES YEUX. — Le Dr POULARD fera, dans son service, du 18 au 30 juin, les lundi, mercredi et vendredi, à 2 heures 1/2, six leçons d'ophtalmologie pratique.

Pour faciliter l'organisation de ces conférences, il est recommandé de se faire inscrire dans le Service d'ophtalmologie (Hôpital Necker, Enfants-malades).

Ces conférences sont gratuites.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 9 juin. — Jury : MM. Pouchet, président; Balthazard, Sebileau et Leri. — M. CORONADO (Charles). Falsification du vin et alcoolisme. — M. LARUE (Gaston). Etude toxicologique de la paraldéhyde. — M. MARGERIN (René). Du traitement de l'ectropion cicatriciel des paupières par les greffes dermo-épidermiques.

Jeudi 10 juin. — Jury : MM. Marfan, président; Duval, Brindeau et Nobécourt. — M. MINEUR (Paul). Etude de la rétention chlorurée chez la femme enceinte. — M. GONTHIER (André). Contribution à l'étude du traitement des plaies de la rate. — M. ALBERT (Jean). Le rhumatisme viscéral primitif chez l'enfant. Existe-t-il?

Jury : MM. Lejars, président; Jeanselme, Gougerot et Champy. — M. BENADOR (Moïse). Procédés modernes d'extraction des projectiles du rachis et de la moelle. — M. ROBERT (Jean). Contribution à l'étude du lupus.

LIVRES NOUVEAUX

Les Blessures du foie et des voies biliaires (1), par le Dr SOUBEYRAN, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Montpellier.

Les blessures du foie ont été peu étudiées pendant la guerre; le livre du Dr Soubeyran vient combler cette lacune.

Après un historique général, l'auteur précise rapidement quelques notions anatomiques, destinées à montrer comment le foie peut être atteint par les projectiles. La 1re partie est consacrée aux blessures du foie et leur étude est basée sur 297 observations nouvelles. Le chapitre anatomo-pathologique comprend l'étude : 1° des blessures par arme à feu; 2° des plaies par instruments tranchants; 3° des piqûres; 4° les conséquences de ces plaies; 5° les lésions des organes voisins; 6° l'évolution et le processus de réparation des plaies du foie.

Les symptômes, les complications, le diagnostic et le pronostic forment des chapitres fort poussés. Enfin, la question du traitement tient une place importante; puis vient la question des voies d'accès sur le foie. Le chapitre des résultats envisage diverses statistiques qui montrent l'importance énorme des lésions associées.

Pour terminer suit un tableau très étudié des 297 observations publiées pendant la guerre. Enfin une riche bibliographie fort complète clôt cet ouvrage qui nous apparaît très documenté. L. G.

Carnet calendrier de traitement antisyphilitique (2) par le Dr GOUGEROT, professeur agrégé.

Ce calendrier, synthèse des modèles les meilleurs, a deux buts :

1° Servir d'observation pour les traitements effectués, évitant les erreurs et les oublis, évitant aux médecins une reconstitution souvent longue, pénible, inexacte de l'histoire du malade;

2° Servir d'ordonnance pour les traitements futurs, ordonnance facile et rapide à établir grâce aux tableaux.

Le médecin fera ressortir que ce carnet, absolument discret, ne prononce aucun mot révélateur et ne peut être dénonciateur.

Ce carnet rendra donc de grands services au malade et fera gagner un temps précieux au médecin. L. G.

(1) In-8 avec 73 fig. — Prix : 12 fr. — Paris, F. Alcan.
(2) In-8 de 16 p. — Prix : 1 fr. — Paris, Maloine et fils.

HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS

RÉPARTITION DES CHEFS DE SERVICE

DES CHEFS DE CLINIQUE ET DE LABORATOIRE

DES INTERNES ET EXTERNES

POUR L'ANNÉE 1920-1921

A. Hôtel-Dieu. — 1. Médecin : M. le prof. Gilbert; chef de clinique : M. Bénard; chef de clinique adjoint : M. Pierret; chefs de labor. : MM. Deval, Descomps, Dumont; interne : M. Maréchal; externes : MM. Mathieu (Pierre), Héraux, Leplat (Georges), Cabanis, Guyonnaud, Valence.

2. Médecin : M. Roger; internes : MM. Schulmann, Meyer; externes : MM. Fèvre, Séguy, Bonnecaze, Mlle Ostwalt, MM. Dufestel, Gellé, Pradal, Bavachi.

3. Médecin : M. Dalché; interne : M. Lesage; externes : MM. Berson, Quermoigne, Risterucci, Tourtou, Roux.

4. Médecin : M. Caussade; interne : M. Gayet; externes : MM. Dumas, Longchampt, Boudrant, Louvel, Deberdt.

5. Médecin : M. Ménétrier; interne : M. Levesque; externes : MM. Bertin, Fritz, Jardet, Gély.

6. Médecin : M. Parmentier; interne : M. Michel; externes : MM. Marty, Mouton, Mlles Rodet, Mortal, MM. de Douhet, Foucaud.

7. Chirurgien : M. le prof. Hartmann; chef de clinique : M. N...; chef de laboratoire : M. Renaud; internes : MM. Lucas-Championnière, Lascaux, Guillaume, Huet; externes : MM. Hillemand, Welti, Westphal, Dessaint, Bouessié, Breton, Biancani, Farant.

8. Chirurgien : M. Potherat; internes : MM. Thouvenin, Lory; externes : M. Faugeron, Mlles Vasseur, Maybluh, MM. Froyez, Hautefeuille, Potelune.

9. Chirurgien : M. le prof. de Lapersonne; assistant : M. N...; chef de clinique : M. Velter; chef de clinique adjoint : M. Prélat; chefs de laboratoire : MM. Monbrun, Hautant; internes : MM. Cousin, Lagrange; externes : MM. Dujardin, Proust (Roger), Gerdil, Saint-Martin, Parat, Keller, Broujaniski.

10. Accoucheur : M. Macé; internes prov. : MM. Mérot, Desnoyers; externes : M. Lowenthal, Mlle Guyot, MM. Touchard, Lacaze, Villetard de Prunières, Ribière.

11. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Trémolières; suppléant : M. Giroux; interne prov. : M. Jousseaume; externes : MM. Grinberg, Gasiglia, Denoël, Kéraudren.

12. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Okinczyc; suppléant : M. Mondor; externes : MM. Perrère, Camus, Chabaud.

13. *Service de radiologie.* — Chef de labor. : M. Guilleminot; externe : M. Chenilleau.

B. Hôpital de la Pitié. — 1. Médecin : M. Babinski; interne : M. Krebs; interne prov. : M. Godard (H.); externes : Mlle Lachowski, MM. Dossin, Gournay, Depouilly, Guiberteau, Jossand.

2. Médecin : M. Lion; interne : M. Levent; externes : MM. Vernaut, Crétin, Cornudet, Foucault, Allot, Minvielle (Paul).

3. Médecin : M. Thiroloix; interne : M. Durand; externes : MM. Prévot (Pierre), Harriague, Paychère, Stockman, Andrieux, Lifschitz.

4. Médecin : M. Enriquez; internes : MM. Antoine (1er sem.), Ernst (2e sem.); externes : MM. Nemours (A.), Alary, Leblanc, Armingeat, Fouquet, Kourilsky, Lepelletier, Amabilis.

5. Médecin : M. Josué; interne : M. Cochez; externes : MM. Longepierre, Besson, Duchein, Lévy (M.), Wahl, Machavoine, Tiby, Robert, Lévy (Paul).

6. Médecin : M. Vaquez; interne : M. Giroux; externes : MM. Lougnon, Huet (Pierre), Laval, Roy, Raoul, Seligmann (André).

7. Chirurgien : M. Arrou; internes : MM. Brouet, Duponchel, Ruelle; externes : MM. Monot (Pierre), Ferru, Sordinas, Coffin, Triboulet, Weill, Funck, Desoubry.

8. Chirurgien : M. Thiéry; internes : MM. Morice, Paturet, Reinhold; interne prov. : M. Chevallier; externes : MM. Bonté, Bazelis, Mer, Parfonry, Yotte, Reudon, Pagès, Fabre.

9. Chirurgien : M. Mauclaire; internes : MM. Fitte, Delotte, Oliviéri; externes : MM. Galpérine, Brenniel, Meignant, Degisors, Martin (Michel), Bazouge, Péronne, Lamache, Lejard.

10. Accoucheur : M. Le Lorier; internes : MM. Stiassnie (1er sem.), Vincent [H.] (2e sem.); externes : MM. Lehmann (Henri), Jondeau, Ladroitte, Heitz, Wurtz, Dufraisse.

11. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Vincent; suppléant : M. Jacob; interne prov. : M. Richon; externes : M. Maigre, Mlles Zviback, Thizy.

12. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Gernez; suppléant : M. Claeys; externes : MM. Béguin, Lemoine, de Lorgeril.

13. *Service d'oto-rhino-laryngologie.* — Assistant : M. Bourgeois; suppléant : M. Sourdille; externes : MM. Cretté, Gauthier (Paul), Hennetier.

14. *Consultation.* (*Ophtalmologie.*) — Ophtalmologiste : M. Monthus; suppléant : M. N...; externes : MM. Chatellier, Luizy.

15. *Service de radiologie.* — Chef de labor. : M. Delherm; adjoint : M. Grunspan; suppléant : M. Laquerrière; externes : MM. Casaubon, Huret.

C. Hôpital de la Charité. — 1. Médecin : M. Legry; interne : M. Bigot; externes : MM. Papillaud, Perrier (Jean), Prevost (Félix), Bourdillon.

2. Médecin : M. Belin; interne : M. Peignaux; externes : Mme Lion, MM. Mallet, Démelin.

3. Médecin : M. Labbé (Marcel); internes : MM. Hagueneau (1er sem.), Scheikevitch (2e sem.); externes : MM. Kesseler, Blondel, Bourloton, Decoulari-Delafontaine, Destouches (Jacques).

4. Médecin : M. Sergent; interne : M. Périn (Lucien); externes : Mlle Hamelin, MM. Coudert, Kalt, Blaise, Vibert.

5. Médecin : M. Guillain; interne : M. Léchelle; externes : MM. Thévenard, Lieutaud, Mlle Petot, MM. Sauvage, Garcin.

6. Médecin : M. Castaigne; interne : M. Janet; externes : MM. Mollaset, Comet (A.), Fumet, Gauche, Lafourcade-Cortina.

7. Chirurgien : M. Fredet; internes : MM. Alary, Auvigne, Gambillard; externes : MM. Lumière, Sarles (Max), Hernu, Boullard, Berthet, Cardot, Chapuis.

8. Chirurgien : M. Baumgartner; internes : MM. Walther, Marais, Leroy (Max); externes : MM. Banzet, Baldy, Segond, Burgeat, Pissavy, Natinger, Lorion.

9. Accoucheur : M. Jeannin; interne : M. Greder; externes : Mlle Lévy (Suzanne), MM. Jacob, Dardanne, Fresney.

10. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Camus; suppléant : M. N...; Interne prov. : M. Isch-Wall; externes : MM. Péraldi, Ortodoxu, Favory.

11. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Roux-Berger; suppléant : M. Ehrenpreis; externe : MM. Jais, Spinetta.

12. *Service de radiologie.* — Chef de labor. : M. Turchini; adjoint : M. Lomon; externe : Mlle Frey.

13. *Service d'électrothérapie.* — Chef de labor. : M. Labbé (Donatien); externes : MM. Azam, Choquet.

D. Hôpital Saint-Antoine. — 1. Médecin : M. le prof. Chauffard; chef de clinique : M. Flandin; chefs de clinique adjoints : MM. Huber, Brodin; chefs de labor. : MM. Grigaut, Troisier, Ronneaux; internes : MM. Lempérière, Broussolle; externes : MM. Oddo, Gallois, Epagneul, Béclère, Gueusier.

2. Service de tuberculeux (anciens militaires). Externes : MM. Martin (H.), Castéran.

3. Médecin : M. Siredey; interne : Mlle Thivolet; externes : Mme Genin, Mlle Chauvet, MM. Jeanjean, de Peretti della Rocca, Guillemin.

4. Médecin : M. Béclère; interne : M. Gibert; externes : Mlle Cabiale, MM. Durieux, Loubrieu, Oury, Lambling, Boiteux.

5. Médecin : M. Le Noir; interne : M. Jacquelin (André); externes : MM. Louet, Le Goff, Fenal, Jonnesco, Celice, Lefèvre.

6. Médecin : M. Claude; interne : M. Martin de Laulerie; externes : MM. Benda, Mâle, Piot, Mlle Déjerine.

7. Médecin : M. Ramond; interne : M. Serrand; interne

prov. : M. Deroches; externes : MM. Delgove, Wickham (Roger), Bidermann, Flahaud, Legrain, Narboni.

8. Médecin : M. Bensaude ; interne : M. Ernst; externes : MM. Delage, Cuvigny, Vasselle, Privé, Ferey.

9. Médecin : M. Coyon ; interne : M. de Massary ; externes : MM. Labarraque, Trotsky, Courtin, Merlin.

10. Médecin : M. Lermoyez; assistant : M. Blanluet ; internes : MM. Durand (Jacques), Boulay ; externes : MM. Guillet, Delpérier, Soulas, Woirin, Doniol.

11. Chirurgien : M. le prof. Lejars; chef de clinique : M. Brocq; chef de clinique adjoint : M. Séjournet; internes : MM. Quénu, Ducastaing, Lascombe ; externes : MM. Prévost, Giet, Vilarin, Hervier, Trotot, Iselin.

12. Chirurgien : M. Lapointe ; internes : MM. Penot, Guillard, Mégret; externes : MM. Gouvenot, Lemière, Duhamel, Breuille, Blum (A.), Mlle Denis.

13. Accoucheur : M. Bouffe ; interne : M. Surun; interne prov. : M. Bazert; externes : MM. Rebuffet, Roullaud, Jouet.

14. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Faure-Beaulieu ; suppléant : M. Pelisse ; interne prov. : M. Lelong ; externes : MM. Charbonnier, Dubranle, Duncombe.

15. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Basset ; suppléant : M. Barbier ; externes : MM. Flammarion, Leloup, Denniel, Parisot.

16. *Consultation d'ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : assistant: M. Dupuy-Dutemps ; suppléant : M. Joseph; externes : MM. Plicque, Jeudon.

E. Hôpital Necker. — 1. Médecin : M. Rénon ; interne : M. Blamoutier; externes : MM. Engelbach, Forgeron, Leplat (Gabriel), Mlle de Saussine.

2. Médecin : M. Brouardel; interne : M. Bonnard; externes : MM. Michaux, Laloux, Chouila, Caffort, Migaux.

3. Médecin : M. Sicard ; interne : M. Paraf ; externes : MM. Berthon, Alamartine, Ollivier, Largeau, Vallich.

4. Médecin : M. Hallé; interne : M. Marquézy ; externes : MM. Baranger, Durand (Paul), Jacquet, Moret (Gabriel).

5. Chirurgien : M. le prof. X... ; assistant : M. Anselme Schwartz, agrégé; chef de clinique : M. Houdard ; chef de clinique adjoint : M. Costantini ; chef de labor. : M. Brulé; internes : MM. Fey, Bertrand (Louis), Aurousseau ; externes : MM. Lévy (Jean), Jamet, Girot, Ravina, Vérin, Meurdrac, Suau.

6. Chirurgien : M. le prof. Legueu; chef de clinique : M. Marsan ; chef de clinique adjoint : M. de Berne-Lagarde; chefs de labor. : MM. Charbonnier, Verliac, Morel; internes : MM. Petit-Dutaillis, Charrier, Fruchaud ; externes : Mlle Papin, MM. Popovitch, Jivanovitch, Avramovitch, Lorain, Chabanier, Diriks, Thurel, Arrivat, Troncin.

7. Chirurgien : M. Robineau ; internes : MM. Lamare, Richoux ; externes : MM. Jarrige, Lemas, Lévy (Max), Buisson, Cogné, Lamare.

8. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Foix; suppléant : M. Thibaut; interne prov. : M. Marchal ; externes : MM. Chavany, Trolard.

9. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Cauchoix ; suppléant : M. Doré ; externes : MM. Armingeat, Talon.

10. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Poulard.

11. *Radiologie.* — Chef de labor. : M. Guibert; suppléant : M. Petit ; externe : M. Evrain.

F. Hôpital Cochin. — 1. Médecin : M. le prof. Widal ; chef de clinique : M. May ; chefs de clinique adjoints : MM. Gautier, Weissenbach; chefs de labor. : MM. Joltrain, Laudat, Raulot-Lapointe ; internes : MM. Hutinel, Lermoyez ; externes : MM. Emile-Zola, de Brun du Bois-Noir, Merklen, Mlle Odier, MM. Chandebois, Missirlin, Mlle Waynbaum, Mme Bertrand-Fontaine.

2. Médecin : M. Œttinger; interne : M. Deguignand; externes : MM. Leydet, Demerliac, Vaubockstal, Chabrol, Mlle Cabouat, MM. Lecarpentier, Duboscq, Baye.

3. Médecin : M. Pissavy ; interne : M. Ecot; externes : M. Chevallier (Marc), Mlle Bernard (Suzanne), MM. Marcel (Et.), Augustin, Ricard, Bourdon.

4. *Service de tuberculeux.* — Interne : M. Perrochaud ; externes : MM. Saïdman, Périgord, Medwedowsky, Panis, Hamon, Huet (Léon).

5. Médecin : M. Queyrat; interne : M. Rabut ; externes : MM. Bréger, Barbaro, Giraud, Jarraud, Méry, Veltuot.

6. Médecin : M. Fournier ; interne : M. Bouchet; externes : MM. Thibault (Gusman), Schwartz, Perrin (Marcel), Mlle de Sèze, Mme Bouchaud, M. Poumailloux.

7. Chirurgien : M. le prof. Delbet; chef de clinique : M. Girode; chef de clinique adjoint : M. Leveuf; chefs de laboratoire : MM. Herrenschmidt, Beauvy; internes : MM. Bloch (Jacques), Clap, Lemariée; externes : MM. Ripert, Christophe, Chauvau, Guérin, Arnaud, Schrameck, Blondeau.

8. Chirurgien : M. Launay; internes : MM. Bretignier, Ramadier; externes : MM. Devouge, Touvay, Lefèvre (Jean), Dessert, Mordret, Péron.

9. Chirurgien : M. Chevassu; internes : MM. Boppe, Garcin; externes : MM. Lazard, Arsac, Mouls, Vasilesco, Chaplain, Bonnet (Louis), Laplanche, Lenfantin.

10. Chirurgien : M. Labey ; internes : MM. Küss, Pilatte; externes : MM. Fumet, Bouttier, Méloir, Mornet, Trystram, Bianquis.

11. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Léri; suppléant : M. Leconte ; interne prov. : M. Engelhard; externes : MM. Moreau (Emile), Petit (Roger).

12. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Mocquot; suppléant : M. Huyghues de Beaufond; externes : MM. Mourret, Nouviale, Reboul, Minigaux.

13. *Consulation d'ophtalmologie.* — Assistant : M. Cantonnet; suppléant : M. Odoul ; externes : MM. Carette, Fombeure.

14. *Electrothérapie.* — Chef de labor. : M. Ménard; suppléant : M. Varet ; adjoint : M. Pestel; externe : M. de la Ruelle.

G. Hôpital Beaujon. — 1. Médecin : M. le prof. Achard; chef de clinique : M. Leblanc; chef de clinique adjoint : M. Rouillard; chefs de labor. : MM. Foix, Feuillié, Ribot, Lièvre; internes : MM. Gardin, Papillon; externes : MM. Lapeyre, Cachera, Mlle Wolff, MM. Lindegger, Laquière, Blum (G.).

2. Médecin : M. le prof. P. Robin; chef de clinique : M. Weil (M.-P.); adjoint : M. N... ; chef de labor. : M. Bournigault; interne : Mme Michaux; externes : MM. Leclerc, Clayeux, Arbeltier, Gauran (Marcel).

3. Médecin : M. Carnot; interne lauréat : M. Jacquet; interne : M. Cambessedès ; externes : Mlle Laurent, MM. Rémy-Néris, Lion, Quignon, Blum, Delthiel.

4. Médecin : M. Laffitte; interne prov. : M. Larget; externes : MM. Auger, Barry, Perlis (J.), Pavie, Le Normand.

5. Chirurgien : M. Souligoux; internes : MM. Couinard, Gineste; externes : MM. Moles, Jacquinet, Rousseau (Jules), Deconynck, Cohen, Hériard, Calbet.

6. Chirurgie (chroniques). — Interne : M. Rouffignac; externe : Mlle Hallion.

7. Chirurgien : M. Michon; internes : MM. Huc (Edouard), Picard; externes : Mlle Magdelaine, MM. Gayot, Laban, Galtier, Bordas, Martiny, Auclair.

8. Chirurgien : M. Savariaud; internes : MM. Jacob, de Butler-d'Ormond; externes : MM. Sabadini, Huard, Luton, Mme Macrez, M. Darquier.

9. Chirurgien : M. Terrien; assistant : M. Gouffier; adjoint : M. Dognon; externes : Mlle Halperson, MM. Selter, Frégier.

10. Accoucheur : M. le prof. Brindeau; assistant : M. Guéniot, agrégé; chef de clinique : M. Martingay; chefs de clinique adjoints : MM. Couinaud, Rouiller; chefs de labor. : MM. Cartier, Lecointe.

11. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Ramond (L.); suppléant : M. Gy; interne prov. : M. Walser; externes : MM. Ebrard, Faure, Lange.

12. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Heitz-Boyer; suppléant : M. Gouguet de Girac; externes : MM. Barbé, Monnier (Pierre), Blanche.

13. *Service de radiologie.* — Chef de labor. : M. Desternes; suppléant : M. Baudon ; externe : M. Gauillard.

H. Hôpital Lariboisière. — 1. Médecin : M. Florand; internes : M. Boulin ; externes : MM. Poisson, Dardel, Willot, Sédillot, Mme Brian, MM. Garfield, Gallois, Leflaive, Duvacher.

2. Médecin : M. de Massary ; interne : M. Borrien; externes : MM. Bouthillier, Hamon, Dubarry, Joseph-Lafosse, Binet (Alfred), Bourges, Moreau.

3. Médecin : M. Gandy ; interne : MM. Piédelièvre (1er sem.),

Dequignand (2e sem.); externes : MM. Rouchon, Cahen, Olivier, Maduro, Rachet, Pitres, Meillère.

4. Médecin : M. Garnier ; interne : M. Renard (Jacques) ; externes : MM. Suyeux, Seillé, Ferrier, Baranger, Garnier, Delagénière.

5. Médecin : M. Clerc ; interne : M. Mercier ; externes : MM. Humbert, Legay, Berthier, Desprairies, Damagnez, Loisel.

6. Chirurgien : M. Cunéo ; interne lauréat : M. Bloch (R.-G.) [1er sem.]; internes : MM. Galop, Sénèque, Michon ; externes : MM. Moissy, Gestat, Valat, Monbarin, Scemla, Michel-Bichet, Biar.

Chirurgie. (Chroniques.) — Interne : M. Oulié ; externes : MM. Brulon, Laffitte.

7. Chirurgien : M. P. Duval ; internes : MM. Tourneix, Le Basser, Oberlin ; externes : MM. Escalier, Bernard (Raymond), Turpin, Busser, Martineau, Guignebert.

8. Chirurgien : M. Wiart ; internes : MM. Peltier, Baudet, Rougeulle ; externes : MM. Basconnet, Job, Farret, Vazeille, Jany, Servel.

9. Chirurgien : M. Marion ; assistant de consultation : M. Henry ; internes : MM. Pollet, Eudel ; externes : MM. Lebrun, Danziger, Lier, Ach, Cumenge, Ducourtioux, Bouchard, Mallebay, Pidoux.

10. Chirurgien : M. le prof. Sebileau ; assistant : M. Halphen ; assistant suppléant : M. Bonnet-Roy ; chef de clinique : M. Rouget ; chefs de clinique adjoints : MM. Dufourmentel, Miégeville ; chef de labor. : M. Cléret ; internes : MM. Truffert, Maurel ; externes : MM. Loyauté, Darcissac, Mlle Buneau, MM. Schoëngrim, Vannieuwenhuys, Damon, Lucas.

11. Ophtalmologiste : M. Morax ; assistant : M. Bollack ; internes : MM. Mérigot de Treigny, Hartmann ; externes : MM. Charpentier (Jean), Schlesser, Deschamps, Amat, Salinière.

12. Accoucheur : M. Démelin ; assistant : M. Devraigne ; interne : M. Deglaire ; externes : MM. Renardier, Lehmann (Jacques), Ramijean, Mlle Rogier.

13. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Rivet ; suppléant : M. Bory ; interne prov. : M. Denoyelle ; externes : MM. Pareux, Ducassy, Brunon, Chapotel.

14. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Toupet ; suppléant : M. Hérisson ; externes : MM. Germain, Guillermet, Lallemand.

15. *Service d'électrothérapie.* — Chef de labor. : M. Hischmann ; externes : MM. Lecoq, Litchenberger.

16. *Service de radiologie.* — Chef de labor. : M. Haret ; suppléant : M. Dariau ; externe : Mlle Gagny.

I. Hôpital Tenon. — 1. Médecin : M. Klippel ; interne : M. Minvielle ; externes : MM. Beynes, Souron, Lescure, Denis, Drujon, Bardy.

Service de tuberculeux. — Externes : MM. Fraenkel, Plouvier, Grognot, Dublineau.

2. Médecin : M. Macaigne ; interne : M. Girard ; externes : MM. Isaac (Georges), Descomps, Risacher, Le Grand, Seligmann (Emile).

3. Médecin : M. Michel ; interne : M. Bourgeois (Maurice) ; externes : MM. Joanny, Mérat, Caillet (André), Charreau.

4. Médecin : M. Lœper ; interne : M. Forestier ; externes : Mlle Ostwalt, MM. Ordioni, Liesse, Duchon, Savary, Grenaudier.

5. Médecin : M. Rathery ; interne : M. Bordet ; externes : MM. Holodenko, Carrega, Chéreau, Cunault, Gérard, Deguy, Bodin, Pasquier.

6. Médecin : M. Sainton ; interne : M. Cornet ; externes : MM. Delestre, Bühler, Gautier, Mahieu, Marchand, Laporte.

7. Médecin : M. Weil (P.-E.) ; interne : M. Plichet ; externes : MM. Simon (Serge), Dalsace, Gourdin-Servenière, Delord.

8. Médecin : M. Ribierre ; interne : M. de Léobardy ; externes : MM. Martin, Lavier, Sénéchal, Ducoudré.

9. Chirurgien : M. Riche ; internes : MM. Colombet, Marchak, Doubrère ; externes : MM. Vincent, Ehrenberg, Amiot, Sicard, Martin, Lacassie.

10. Chirurgien : M. Proust ; internes : MM. Portes, Errard, Fournier ; externes : MM. Surmont, Roeser, Ledoux, Waitz, Hamonic, Dufour.

11. Chirurgien : M. Anselme Schwartz (remplace M. Quénu à Necker), suppléé par M. Martin ; internes : MM. Buquet, Grenier ; interne prov. : M. Vesselle ; externes : MM. Lerond, Callégari, Azalbert, Fidon, Denoy.

12. Accoucheur : M. Funck-Brentano ; interne : M. Bénit ; externes : M. Uzan, Mlle Aubriot, M. Garlopeau.

13. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Lian ; suppléant : M. Faroy ; interne prov. : M. Broca, externes : MM. Boyer (Paul), Vacher, Corneau.

14. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Küss ; suppléant : M. Maurer ; externes : MM. Pinalie, Bardol, Mlle Henry.

15. *Radiologie.* — Chef de labor. : M. Legros ; suppléant : M. Detré ; externe : M. Méry.

J. Hôpital Laennec. — 1. Médecin : M. Bernard (Léon) ; interne : M. Scheikevitch ; externes : MM. Krivine, Limousin, Denis le Sève, Thomas (M.), Renard (G.), Codet, Corby, Bœhler.

2. Médecin : M. Rist ; interne : M. Coulaud ; externes : MM. de Vadder, Castéran, Boltanski, Lavialle, Kensinger, Védrenne, Guinard, Camino.

3. *Crèche.* — Médecin : M. Bernard (L.) ; externes : MM. Delimal, Mayer.

4. *Service de femmes tuberculeuses.* — Médecin : M. Rist ; interne : M. Ravina ; externes : MM. Sabathé, Leroy, Mlle Fontaine, MM. Hamburger, Langlois, Lazare.

5. *Dispensaire Léon Bourgeois.* — Médecins : MM. Bernard (L.), Rist ; assistants : MM. Ameuille, Salomon, Baron, Bigard, Brissaud, Mme Godet ; externes : MM. Grandjean, Sauvageot, Perlis (A.), Djordjevitch, Thibault (Raymond), Turrillot.

6. Médecin : M. Claisse ; interne : M. Mordret ; externes : MM. Goldite, Marchant, Rossignol, Adrian.

7. Médecin : M. Jousset ; interne : M. Binet ; externes : MM. David (Roger), Laffaille, Estabial, Latombe.

8. Médecin : M. Lereboullet ; interne : M. Cathala ; externes : MM. Juge (Charles), Renault, Gallot, Lenoir.

9. Médecin : M. Laignel-Lavastine (remplace le prof. Dupré à Sainte-Anne), suppléé par M. Harvier ; interne : M. Alajouanine ; externes : MM. Kahn, Audigier, Kœchlin, Santenoise.

10. Chirurgien : M. Auvray ; internes : MM. Flandrin, Cabouat, Thinh ; externes : MM. Bocquet, Salmon, Kollitch, Le Chaux, Boulanger, Bonis, Dauchy.

11. *Oto-rhino-laryngologie.* — Oto-rhino-laryngologiste : M. Lombard ; remplaçant : M. Baldenweck ; internes : MM. Feldstein, Chatellier ; externes : MM. Plumey, Lemoine, Duban, Coriat.

12. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Rochon-Duvigneaud ; interne : M. Winter ; externes : MM. Paumelle, Pollet, Mlle Tisserand.

13. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Villaret ; suppléant : M. Pignot ; interne prov. : M. Théodoresco ; externes : M. Garnier.

14. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Cadenat ; suppléant : M. Guimbellot ; externes : MM. Vasseur, Grardel.

15. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Maingot ; suppléant : M. Darbois ; externes : MM. Gally, Moret.

K. Hôpital Bichat. — 1. Médecin : M. Brühl ; interne : M. Marcassus ; externes : MM. Sémenon, Mozer, Digonnet, Clément (Jean).

2. Médecin : M. Guillemot ; interne : M. Prieur ; externes : MM. Sailly, Quenardel, Sigrist, Mlle Lavedan.

3. Chirurgien : M. Baudet ; internes : MM. de Nabias, Millet, Réau ; externes : MM. Adam, Abermeau, Marmasse, Ristoux, Rigal, Mlle Decaux, MM. Chatellier, Geray.

4. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Laederich ; suppléant : M. Boudon ; interne prov. : M. Le Rasle ; externes : MM. Guiollet, Thébaut.

5. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Bazy (Louis) ; suppléant : M. Audard ; externes : MM. Aymard, Fortier.

6. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Beaujard ; suppléant : M. Desmoulins ; externe : M. Diamantberger.

L. Hôpital Broussais. — 1. Médecin : M. Bergé ; interne : M. Roberti ; externes : MM. Canon, Dalsace, Calamy, Lebègue (Roger), Kaplan.

2. *Service de tuberculeux.* — Interne prov. : M. de Brun du Bois-Noir (Roger) ; externes : MM. Oblin (Pierre), Dambier.

3. Médecin : M. Dufour ; interne : M. Debray ; externes :

MM. Dubois, Verger (Emile), Queyroi, Delotte, Foubert.
4. *Service de tuberculeux.* — Interne prov. : M. Aris; externes : MM. Bariéty, Verger.
5. Chirurgien : M. Chevrier; internes : MM. Laburthe-Tolra, Récamier; externes : MM. Thomas (Jules), Plichon, Teurnier, Autier, Faure, Viteau.
6. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Herscher; suppléant : M. Lebar; externes : MM. Thibault (Rég.), Briault.
7. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Sauvé; suppléant : M. Lorin; externes : MM. Lemière, Héry.
8. *Service de radiologie.* — Chef de labor. : M. Bonniot; externe : M. Blot.

M. Hôpital Boucicaut. — 1. Médecin : M. Bezançon; internes : MM. Alibert, Chevalley; externes : MM. Rollot, Barreau, Mme Ménard, Mlle Steinmetz, M. Patel, Mlle Crémieux, MM. Duhail, Lubin.
2. Chirurgien : M. Dujarrier; internes : MM. Duval, Achard; externes : MM. Dimey, Raoul (Léonce), Dumas, Langue, Tariel, Finzi, Willemin, Lafont.
3. Accoucheur : M. Rudaux; interne : M. Gerber : externes : MM. Favreau, Didry, Robin (Gilbert); Mlle Mortier.
4. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Israels de Jong; interne prov. : Weissmann; externes : MM. Bouvet, Paulin.
5. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Mathieu; suppléant : M. Phocas; externes : MM. Caldéron, Pierrot, Goldman, Lougnon.
6. *Service de radiologie.* — Chef de labor. : M. Aubourg; suppléant : M. Lebon; externe : M. N...

N. Hôpital Saint-Louis. — 1. Médecin : M. le prof. Jeanselme; chef de clinique : M. Touraine; chefs de clinique adjoints : MM. Chevallier, Burnier; chefs de labor. : MM. Sézary, Pomaret, Bloch (Marcel); assistant : M. Lévy-Franckel; internes : MM. Dalsace, Fouet; externes : MM. Gardinier, Lamy, Bruant, Lob, Pannier, Marcovici, Py.
2. Médecin : M. Brocq; assistant : M. Desaux; internes : MM. Noël, Boirac; externes : MM. Rabreau, Biguet, Proust (J.), Mme Eliascheff, Dechambre, Magnillat.
3. Médecin : M. Thibierge; assistant : M. Gastinel; internes : MM. Bardon, Vincent (1er sem.), Stiassnie (2e sem.); externes : MM. Cherin, Tournilhac, Bagou, du Fayet de la Tour, Wigniolle.
4. Médecin : M. Darier; assistant : M. Civatte; internes : M. Wiart (Aubin); externes : MM. Wickham (Yves), Touflet, Lafaix, Gourdin (H.), Dohen.
5. Médecin : M. Hudelo; assistant : M. Fouquet; internes : MM. Boutelier, Mouzon; externes : MM. Bouchet, Parat, Potheau, Pouey, Odinet, Samson.
6. Médecin : M. Milian; assistant : M. Grandchamp; internes : MM. Mouquin, Brizard; externes : MM. Biancani, Philippeau, Marani, Lefèvre (Paul), Babalian, Baruk.
7. Chirurgien : M. Rieffel; internes : MM. Guelfucci, Bertaux (André), Le Gac; externes : MM. Maechler, Barbillion, Volland, Froehlicher, Salavert, Lacapère, Roussil, Ennrit.
8. *Service d'ulcères variqueux.* — Médecin : M. Lenormant; interne prov. : M. Delmas; externes : MM. Crocquefer, Naveau.
9. Chirurgien : M. Lenormant; internes : MM. Lebrun, Soupault, Gresset; externes : MM. Farmachi, Barret, Cournand, Gueulette, Raiga, Poulin.
10. Chirurgien : M. Lecène; interne : MM. Moulonguet, Eltrich, Braine; externes : MM. Lemonnier, Huguenin, Rimé, Loubeyre, Appert, Obry.
11. *Consultation.* (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Bréchot; suppléant : M. Luzoir; externe : M. Callot.
12. *Service de radiologie.* — Chef de labor. : M. Gastou; externe : M. Lepennetier.
13. *Annexe Grancher.* — Médecin : M. Jules Renault; interne : MM. Libert, Blum; externes : MM. Reverdy, Bilhaud, Léger, Charles, Martinet, Perlis, Cayla, Barthe.
14. Chirurgien : M. Mouchet; internes : MM. Moutier, Ill, Hartglass; externes : MM. Lepaumier, Limouzin, Lamothe, Hennart, Meurisse, Gence, Popovitch, Souty.
15. *Maternité.* — Accoucheur : M. Cathala; internes : MM. Bourdreaux (1er sem.), Benit (2e sem.); externes : MM. Robin (Victor), Lacombe, Perrot, Nadal.

O. Hôpital Broca. — 1. Médecin : M. Ravaut; interne : M. Arbeit; externes : MM. Lonjumeau, Gornouec, Meyniard, Billard (Jean), Gallerand, Tassin, Costé, Monprofit.
2. Médecin : M. Grenet; interne : M. Bloch (Sigismond); externes : M. Bozonet, Mlle Baudry, M. Canouet, Mlle Nicole, MM. Tison, Muffat, Lendormy, Tsin, Collot.
3. Chirurgien : M. le prof. Faure; chef de clinique : M. Douay; chef de clinique adjoint : M. Haller; chef de labor. : M. N...; internes : MM. Morisson-Lacombe, Xoudis, Turnesco; externes : M. Ardillier, Mlle Vilter, MM. Plet, Radoulovitch, Chevalier (Louis), Barillot, Regnard.

P. Maison municipale de santé. — 1. Médecin : M. Courtois-Suffit; interne : M. Bourgeois (Francis); externes : MM. Salmon (Jean), Lafont (Henri), Pérard, Doizy, Vidal.
2. Médecin : M. Comte; interne : M. Boulanger-Pilet; externes : Mlle Lecharny, MM. Leroy (Roger), Gauthier.
3. Chirurgien : M. Chifoliau; internes : MM. Saxe, Humbert; externes : M. Lehmann (Robert), Mlles Roudinesco, MM. Chartier, Ackermann, Moraux, Leboucher.
4. Chirurgien : M. Descomps; internes : MM. Poissonnier, Malgat, Joanny; externes : MM. Coinpin, Dufourcq-Lagelouze, Crama, Chadourne, Agnès, Salvan, Lavau, Lévy (M.).
5. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Bouchacourt; suppléant : M. Charlier; externe : M. Retel.

Q. Hôpital des Enfants-Malades. — 1. Médecin : M. le prof. Hutinel; chef de clinique : M. Sevestre; chefs de clinique adjoints : MM. Maillet, Nadal; chef de labor. : M. Tixier; moniteur : M. Babonneix; chef de labor. de la diphtérie : M. Marie; interne : Mlle Denis; externes : Mlle Sayaz, MM. Staer, Girard, Charpin, du Souich, Durand (Jean).
2. Médecin : M. Richardière; internes : MM. Rivalier (1er sem.), Cojan (2e sem.); externes : MM. Terrasse, Toupet, Festal, Vendel.
3. Médecin : M. le prof. Marfan; chef de clinique : M. Lemaire; chef de clinique adjoint : M. Blechmann; chef de labor. : M. Dorlencourt; interne : M. Turquéty; externes : Mlle Sazérac de Forge, MM. Machebeuf, Kurzenne, Mme Soufland.
4. Médecin : M. Méry; interne : M. Semelaigne; externes : Mme Guetschel, MM. Ducrohet, Fortin, Salase, Paillet.
5. Médecin : M. Aviragnet (remplacé par M. Armand-Delille); interne prov. : M. Dujarier; externes : MM. Duval-Arnould, Mangini, Gory, Blondin, Mlle Mircouche.
6. Médecin : M. Apert; interne : M. Vallery-Radot (Pierre); externes : MM. Brocheriou, Nast, Mlle Willème, MM. Maleysson, Murat, Le Normand.
7. *Crèche.* — Médecin : M. le prof. Marfan; interne prov. : M. Salès.
8. *Service de la sélection.* — Interne prov. : M. Bartet.
9. Chirurgien : M. le prof. Broca; chef de clinique : M. Phelip; chefs de clinique adjoints : MM. Madier, Legrand; chef de labor. : M. N...; internes : MM. Massart, Wilmoth, Thalheimer; externes : Mme Madier, MM. Magnoni, d'Intignano, Sureau, Mlles Richard, Frontard, MM. Marco, Seguin, Lévy (Gabriel).
10. Chroniques. — Interne prov. : M. Cerné; externes : Mlle Vignaux, MM. Hugueny, Arviset, Mlle Rémy.
11. Chirurgien : M. Ombrédanne; internes : MM. Richard (André), Huc (Georges); externes : MM. Hudelo, Dupont, Levassor, Pichat, Leroy (Paul), Breton, Poincloux, Vassal.
12. *Service ophtalmologique.* — Ophtalmologiste : M. Poulard; assistant : M. Offret; adjoint : M. Boussi; internes : MM. Leroux (1er sem.), Bouchet (2e sem.); externes : Mme de Tannenberg, MM. Linval, Isnel, Tessier.

R. Hôpital Trousseau. — 1. Médecin : M. Netter; interne : M. Clément (Robert); externes : MM. Debray, Bonan, Lenferma de la Mothe, Omont, Mlle Le Bouédec, M. Puech.
2. Médecin : M. Lesné; interne : M. Langle; externes : M. Ameline, Mlles Boutigny, Boegner, MM. Roland, Arfeux, Clouzeau.
3. *Service de la diphtérie.* — Médecin : M. Lesné; interne prov. : M. Hermet; externe : Mlle Linossier.
4. Chirurgien : M. Hallopeau; internes : M. Colleville, Mlle Labeaume, M. Gaillard; externes : MM. Mathieu (Jean),

Mesneau, Aubry, Lacaisse, Mlle Koechlin, Mme Meyer-Mey, MM. Henriot, Carpentier, Croey.

5. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Halbron; suppléant : M. Chéné ; interne prov. : M. Vallière-Vialeix ; externes : MM. Marsset, Lauriol, Pingat.

6. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Mahar; suppléant : M. Blanche ; externe : M. Arthaud.

S. HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS. — 1. Médecin : M. Variot; assistant de puériculture : M. Roudinesco ; internes : MM. Lantuéjoul. Walter ; externes : MM. Duhazé, Taberlet, Mme Poissonnier, Mlle Lacroix, MM. Prat-Flottes, Couton.

2. Chirurgien : M. Veau ; internes : MM. de Gaudart d'Allaines, Ruppe ; externes : MM. Bertrand (J.), Jacquet, Humbert (René), Ricci, Lévy (P.), Mlle Lecoq, M. Grognard.

3. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Barret; adjoint : M. Chaperon ; externe : M. Cherouvier.

4. *Châtillon-sous-Bagneux.* — M. Zuber.

T. HÔPITAL ANDRAL. — 1. Médecin : M. Lemierre ; interne : M. Deschamps; externes : MM. Blanchet, Périer, Boudry, Philippeau.

2. Médecin : M. Courcoux; interne : M. Fris-Larrouy; externes : MM. Labesse, Estrabaut, Fettre, Gaudefroy.

3. *Consultation de médecine.* — Assistant : M. Tixier ; suppléant : M. Stévenin.

U. HOSPICE DE BICÊTRE. — 1. Médecin : M. Pagniez ; internes : MM. Weiss, de Gennes.

2. Chirurgien : M. Desmarets ; internes : MM. Dubois (Henri), Dubois (René) ; externes : MM. Marzouck, Denis.

3. *Service des aliénés.* — Médecin : M. Roubinovitch; interne : M. Laugier ; interne prov. : M. Solente.

4. Médecin : M. Riche (André) ; interne : M. Duter ; interne prov. : M. Metzger.

5. Médecin : M. Vurpas; interne : M. Laplane ; interne prov. : M. N....

6. Médecin : M. Maillard; interne : M. Codet; interne prov. : M. Coty.

7. *Service de tuberculeux.* — Médecin : M. Lortat-Jacob ; interne : M. Ferrier ; externes : MM. Carvaillo, Riera, Delaveuve, Soullier, Pichard.

8. Médecin : M. Merklen ; interne prov. : M. Moniot ; externes : MM. Girard, Lataix, Magnol, Thirion, Blanche.

V. HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — 1. Médecin : M. le prof. P. Marie; chef de clinique : M. Chatelin; chefs de clinique adjoints : MM. Bouttier, Béhague; chef de labor. : M. Bertrand; adjoint : M. Lévy; internes : MM. Bocage, Kermorgant, Marie; externes : Mlle Lévy (Gab.), MM. Cocault-Duverger, Bertrand, Georges, Djourovitch.

2. Médecin : M. Souques; internes : MM. Pichon, Moreau ; externes : MM. Le Coulm, Lacomme, Descharmes, Van der Horst, Lefèvre (Jean), Chalot.

3. *Vaccination antityphique du personnel hospitalier.* — Interne : Mlle Lévy (Gab.).

4. Chirurgien : M. Gosset ; interne lauréat : M. Bloch (R.-G.) [2e sem.]; internes : MM. Masmonteil, Hertz, Philardeau; externes : MM. Vuillaume, Meyer-May, de Fresquet, Prévôt, D'hour, Guilleminot.

5. *Service de tuberculeux.* — Médecin : M. Crouzon; interne : M. Marceron; externes : MM. Gley, Marq, Larivière, Brunet, d'Auxian.

6. *Service des aliénés.* — Médecin : M. Séglas; interne : MM. Ceillier, Deron.

7. Médecin : M. Chaslin; interne : M. Chatelin; externes : MM. Villey-Desmeseret, Allaire.

8. Médecin : M. Nageotte; interne : M. Beaudouin; externes : MM. Talot de Margival, Paris.

9. *Service d'électrothérapie.* — Chef de labor. : M. Bourguignon; suppléant : M. Ehrmann; externe : M. Kalmanovitch.

W. HÔPITAL BRETONNEAU. — 1. Médecin : M. Guinon; interne : M. Trousset; externes : M. Ladrain, Mlle Cros, MM. de la Brunière, Boutroux, Thévenot, Morlaas.

2. Médecin : M. Boulloche; interne : M. Hufnagel; externes : MM. Samoyeau, Dayras, Mlle Pommay, MM. Neveux, Poussard, Mlle Franck.

3. Chirurgien : M. Grégoire; internes : MM. Rouffiac, Lauret, Gaume; externes : MM. Leblanc, Chazel, Dollfus, Mlle Mauclaire, MM. Dossot, Oberthür, Haye.

4. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Darré; suppléant : M. Ferry; interne prov. : Le Chaux; externes : Mlle Nitard, MM. Boussange, Basset.

5. *Service de radiologie.* — Chef de labor. : M. Lobligeois; suppléant : M. Tison; externe : M. Guéneau de Mussy.

X. HOSPICE DES INCURABLES (IVRY). — 1. Médecin : M. Ribadeau-Dumas; internes prov. : MM. Béthoux, Vigneron; externe : M. Cuel.

2. *Service de tuberculeux.* — Médecin : M. Louste; internes prov. : MM. Andral, Niel; externes : MM. Flot, Plait, Marteret, Hyvert, Dana, Minon.

3. Chirurgien : M. Lardennois; internes : MM. Ollier, Evrard; externes : MM. Doiteau, Lenfant, Lotte.

Y. HÔPITAL DE LA MATERNITÉ. — 1. Accoucheur : M. Potocki; internes : MM. Powilevicz, Picard (René); interne prov. : M. Adam.

2. Médecin : M. Nobécourt; interne : M. Mathieu (René) ; externes : M. Roullet (Eugène), Mlles Desgrez, Ivanichevitz, M. Renard.

Z. HÔPITAL HÉROLD. — 1. Médecin : M. Barbier; interne : M. Jacquelin (Ch.); externes : MM. Coulaudon, Michel, Thuau, Bougenot, Adelmann, Guyot, Vanheuverswyn.

2. Médecin : M. Lesage; interne : M. Cojan; externes : MM. Schützenberger, Charlot, Farrugia, Mlle Kouriansky, MM. Farrel, Hervé.

3. Service de la garde et de la sélection. — Internes provisoires : MM. Genin, Derville.

4. *Service de la diphtérie.* — Chef de labor. : M. Couanet.

5. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Chicotot; externe : M. Moussoir.

Aa. HÔPITAL CLAUDE-BERNARD. — 1. Médecin : M. le prof. Teissier ; chef de clinique : M. Lutembacher; chef de clinique adjoint : M. N... ; chef de labor. : M. Gastinel; internes : MM. Basel, Ménard, Wallon ; externes : MM. Terrin, Tambareau, Mlle Dreyfus-Sée, MM. Tissier, Roussel, Toulouse, Mlle Simon, M. Rosier.

Ab. HÔPITAL DE LA CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS (TARNIER). — 1. Accoucheur : M. le prof. Bar; chef de clinique : M. Ecalle; chefs de clinique adjoints : MM. Pélissier, Vaudescal ; chef de labor. : M. Philippe; adjoint : M. Lachowski; externes : MM. Moret (Gabriel), Playoust, Seguin, Mlle Avackian, M. Reyt.

Ac. CLINIQUE BAUDELOCQUE. — 1. Accoucheur : M. le prof. Couvelaire; chef de clinique : M. Vignes; chef de clinique adjoint : M. Cleisz ; chef de laboratoire : M. Lelièvre; externes : MM. Guillemet, Broussin, Couvreux, François (Elie), Mordagne, Yver.

Ad. HOSPICE DES MÉNAGES (ISSY). — 1. Médecin : M. Weill-Hallé; interne : M. Azoulay; interne prov. : M. Boyau ; externe : M. Delacloche.

2. Chirurgien : M. Alglave; internes : MM. Nora, Chastang; externes : MM. Theillier, Séglas, Rondy, Ksentini, Laurain.

Ae. HOSPICE ALQUIER-DEBROUSSE. — 1. *(Vieillards.)* Médecin : M. Papillon.

2. *(Tuberculeux.)* Médecin : M. Papillon ; interne prov. : M. Bonnot; externes : MM. Phlipo, Filliol, Schœngrun, Cornet, Lavieille.

Af. BASTION 29. — 1. Médecin : M. Auclair; interne prov. M. Ducuing; externes : MM. Couronne, Ribardière, Chabrut, Vonkassovitch.

2. Médecin : M. Boidin; interne prov. : M. Tierny; externes : MM. Delafontaine, Bouillé (Jean).

Ag. INSTITUTION SAINTE-PÉRINE ET MAISONS DE RETRAITE CHARDON-LAGACHE ET ROSSINI. — 1. Médecin : M. Babonneix ; interne : M. Guérin *(Chardon-Lagache)* ; interne prov. : M. Dugué *(Sainte-Périne)*.

Ah. MAISON DE RETRAITE DE LAROCHEFOUCAULD. — 1. *(Vieillards.)* Médecin : M. Laubry; interne : M. Doumer; externe : M. Couturier.

2. (*Tuberculeux.*) Médecin : M. Laubry; interne : M. Hirschberg; externes : M. Jaubert, Mlle Grimbaum, MM. Dufieux, Jacquemaire, de Souza.

Ai. HÔPITAL DE BERCK-SUR-MER. — 1. Médecin : M. Sorrel ; assistant : M. Tridon ; internes : MM. Joannon, Delahaye, Guillouet ; internes prov. : MM. Bourdier, Rousse.

Aj. HOSPICE DE BRÉVANNES. — 1. Médecins : MM. René Marie, Aubertin, Baudouin ; assistants : MM. Clément, Carton, Thiel ; internes : MM. Chalet, Woillez, Thin, Ruppe, Mlle Hoeltzel, M. Claude.

Ak. ASILE SAINTE-ANNE. — 1. Médecin : M. le prof. Dupré (remplacé par M. Laignel-Lavastine) ; chefs de clinique : MM. Logre et Vincent ; chef de clinique adjoint : M. Boutet.

Al. FONDATION VALLÉE. — 1. Médecin : M. Roubinovitch ; interne : M. Laurent (Marcel).

Am. SANATORIUM D'ANGICOURT. — 1. Médecin : M. Küss.

An. SANATORIUM D'HENDAYE. — 1. Médecin : M. Morancé ; internes : MM. Brousse, Roullé.

Ao. GALIGNANI ET BELŒUIL. — 1. Médecin : M. Cayla.

Ap. LA RECONNAISSANCE. FONDATION BRÉZIN. — 1. Médecin : M. Mutel.

INDEX ALPHABÉTIQUE

1° CHEFS DE SERVICE (MÉDECINS, CHIRURGIENS, ACCOUCHEURS ET ASSISTANTS ; CONSULTATIONS) ; 2° CHEFS DE CLINIQUE (MÉDECINE, CHIRURGIE, ACCOUCHEMENTS) ; 3° CHEFS DE LABORATOIRE ; 4° INTERNES TITULAIRES ; 5° INTERNES PROVISOIRES ; 6° EXTERNES.

N. B. — *Chaque nom de cet Index est suivi d'une lettre et d'un chiffre. La lettre correspond à celle qui est placée devant chaque hôpital dans le classement ci-dessus. Le chiffre correspond au service.*

Exemple : M. Deschamps, T-1 = T. Hôpital Andral, 1. Service de M. Lemierre.

MÉDECINS *et assistants de consultation.*

Achard, G-1.
Ameuille, J-5
Apert, Q-6.
Armand-Delille, Q-5.
Aubertin, Aj-1.
Auclair, Af-1.
Aviragnet, Q-5.
Babinski, B-1.
Babonneix, Q-1 et Ag-1.
Barbier, Z-1.
Baron, J-5.
Baudouin, Aj-1.
Beclère, D-4.
Belin, C-2.
Bergé, L-1.
Bernard (Léon), J-1, J-3 et J-5.
Bezançon (F.), M-1.
Bigard, J-5.
Boidin, Af-2.
Boulloche, W-2.
Brissaud, J-5.
Brocq, N-2.
Brouardel (G.), E-2.
Bruhl, K-1.
Camus, C-10.
Carnot, G-3.
Carton, Aj-1.
Castaigne, C-6.
Caussade, A-4.
Cayla, Ao 1.
Chaslin, V-7.
Chauffard, D-1.
Civatte, N-4.
Claisse, J-6.
Claude, D-6.
Clément, Aj-1.
Clerc, H-5.
Comte, P-2.
Courcoux, T-2.
Courtois-Suffit, P-1.
Coyon, D-9.
Crouzon, V-5.
Dalché, A-3.
Darier, N-4.
Darré, W-4.
Dufour, L-3.
Dupré, Ak-1.
Enriquez, B-4.
Faure-Beaulieu, D-4
Florand, H-1.
Foix, E-8.
Fournier, F-6.
Gandy, H-3.
Garnier, H-4.
Gastinel, N-3.
Gernez, B-12.
Gilbert, A-1.
Granchamp, N-6.
Grenet, O-2.
Guillain, C-5.
Guillemot, K-2.
Guinon, W-1.
Halbron, R-5.
Hallé, E-4.
Halphen, I-11.
Harvier, J-9.
Herscher, L-6.
Hudelo, N-5.
Hutinel, Q-1.
Israëls de Jong, M-4.
Jeanselme, N-1.
Josué, B-5.
Jousset, J-7.
Klippel, I-1.
Labbé (Marcel), C-3.
Laederich, K-4.
Laffitte, G-4.
Laignel-Lavastine, J-9 et Ak-1.
Laubry, Ah-1.
Legry, C-1.
Lemierre, T-1.
Le Noir, D-5.
Lereboullet, J-8.
Léri, F-11.
Lermoyez, D-10.
Lesage, Z-2.
Lesné, R-3 et R-9.
Lévy-Franckel, N-1.
Lian, I-13.
Lion, I-4.
Lœper, N-4.
Lortat-Jacob, U-7.
Louste, X-2.
Macaigne, I-2.
Maillard, U-6.
Marfan, Q-3 et Q-7.
Marie (R.), A-1.
Marie (P.), V-1.
Massary (de), H-2.
Ménétrier, A-5.
Merklen, U-8.
Méry, Q-4.
Michel, I-3.
Milian, N-6.
Morancé, An-1.
Mosny, D-7.
Mutel, Ap-1.
Nageotte, V-8.
Nobécourt, Y-2.
Netter, R-1.
Œttinger, F-2.
Pagniez, U-1.
Papillon, Ae-1 et Ae-2.
Parmentier, A-6.
Pissavy, F-3.
Queyrat, F-5.
Ramond, D-7.
Rathery, I-5.
Ravaut, O-1.
Renault (J.), N-13.
Rénon, E-1.
Ribadeau-Dumas, X-1.
Ribierre, I-8.
Richardière, Q-2.
Riche (A.), U-4.
Rist, J-2, J-4 et J-5.
Rivet, H-13.
Robin, G-2.
Roger, A-2.
Roubinovitch, U-1 et Ah-1.
Roudinesco, S-1.
Sainton, I-6.
Salomon, J-5.
Séglas, V-6.
Sergent, C-4.
Sicard, E-3.
Siredey, D-3.
Sorrel, Ai-1.
Souques, V-2.
Teissier, Aa-1.
Thibierge, N-3.
Thiel, Aj-1.
Thiroloix, B-3.
Tixier, T-3.
Vaquez, B-6.
Variot, S-1.
Vurpas, U-5.
Weil (P.-E.), I-7.
Weill-Hallé, Ad-1.
Widal, F-1.

CHIRURGIENS *et assistants.*

Alglave, Ad-2.
Arrou, B-7.
Auvray, J-10.
Basset, D-15.
Baudet, K-3.
Baumgartner, C-8.
Bazy, K-5.
Bensaude, D-8.
Bréchot, N-11.
Broca, Q-9.
Cadenat, J-14.
Cauchoix, E-9.
Chevassu, F-9.
Chevrier, L-5.
Chifoliau, P-3.
Cunéo, H-6.
Delbet, F-7.
Desmarest, U-2.
Dognon, G-9.
Dujarier, M-2.
Duval (Pierre), H-7.
Faure, O-3.
Fredet, C-7.
Gosset, V-4.
Gouffier, G-9.
Grégoire, W-3.
Halphen, H-10.
Hallopeau, R-4.
Hartmann, A-7.
Heitz-Boyer, G-12.
Henry, H-9.
Küss, I-14 et Am-1.
Labey, F-10.
Lapointe, D-12.
Lardennois, X-3.
Launay, F-8.
Lecène, N-10.
Legueu, E-6.
Lejars, D-11.
Lenormant, N-8 et 9.
Marion, H-9.
Martin, I-11.
Mathieu, M-5.
Mauclaire, B-9.
Michon, G-7.
Mocquot, F-12.
Mouchet, N-14.
Ombrédanne, Q-11.
Potherat, A-8.
Proust, I-10.
Riche (Paul), I-9.
Rieffel, N-7.
Robineau, E-7.
Roux-Berger, C-11.
Sauvé, L-7.
Savariaud, G-8.
Schwartz, E-5 et I-11.
Sebileau, H-10.
Souligoux, G-5.
Terrien, G-9.
Thiéry, B-8.
Toupet, H-14.
Veau, S-2.
Wiart, H-8.

ACCOUCHEURS *et assistants.*

Bar, Ab-1.
Bouffe de Saint-Blaise, D-13.
Brindeau, G-10.
Cathala, N-15.
Couvelaire, Ac-1.
Demelin, H-12.
Devraigue, H-12.
Funck-Brentano, I-12.
Guéniot, G-10.
Gy, G-11.
Jeannin, C-9.
Le Lorier, B-10.
Macé, A-10.
Potocki, Y-11.
Rudaux, M-3.

OPHTALMOLOGISTES *et assistants.*

Bollak, H-11.
Cantonnet, F-13.
Dupuy-Dutemps, D-16.
Joseph, D-16.
Lapersonne (de), A-9.
Monthus, B-14.
Morax, H-11.
Odoul, F-13.
Offret, Q-12.
Poulard, E-10 et Q-12.
Rochon-Duvigneaud, J-12.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTES *et assistants.*

Baldenweck, J-11.
Bourgeois, B-13.
Lombard, J-11.
Sourdille, B-13.

ÉLECTROTHÉRAPEUTES, RADIOLOGISTES *Chefs de laboratoire, assistants et suppléants.*

Aubourg, M-6.
Barret, S-3.
Baudon, G-13.
Beaujard, K-6.
Blanche, R-6.
Bouchacourt, P-5.
Bourguignon, V-9.
Chaperon, S-3.
Charlier, P-5.
Chicotot, Z-5.
Darbois, J-15.
Dariou, H-16.
Delherm, B-15.
Demoulins, K-6.
Desternes, G-13.
Detré, I-15.
Ehrmann, V-9.
Gastou, N-12.
Grunspan, B-15.
Guibert, E-11.
Guilleminot, A-13.
Haret, H-16.
Hermann, V-9.
Hischmann, H-15.
Labbé (D.), C-13.
Laquerrière, B-15.
Lebon, M-6.
Legros, I-15.
Lobligeois, W-5.
Lomon, C-12.
Maingot, J-15.
Mahar, R-6.
Ménard, F-14.
Moussoir, Z-5.
Pestel, F-14.
Petit, E-11.
Tison, W-5.
Turchini, C-13.
Varet, F-14.

SUPPLÉANTS *de consultations.*

MÉDECINE

Bory, H-13.
Boudon, K-4.
Chené, R-5.
Faroy, I-13.
Giroux, A-11.
Gy, G-11.
Jacob, B-11.
Lebar, L-6.
Leconte, F-11.
Pelisse, D-14.
Pignot, J-13.
Stévenin, T-3.
Thibaut, E-8.

CHIRURGIE

Barbier, D-15.
Bonnet, H-10.
Claeys, B-12.
Doré, E-9.
Ehrenpreis, C-11.
Gouguet de Girac, G-12.
Hérisson, H-14.
Huyghues de Beaufont, F-12.
Luzoir, N-11.
Mondor, A-12.
Maurer, I-14.
Phocas, M-5.
Roy, H-10.

CHEFS DE CLINIQUE

Bénard, A-1.
Brocq, D-11.
Chatelin, V-1.
Douay, O-3.
Ecalle, Ab-1.
Flandin, D-1.
Girode, F-7.
Houdard, E-5.
Leblanc, G-1.
Lemaire, Q-3.
Logre, Ak-1.
Lutembacher, Aa-1.
Marsan, E-6.
Martingay, G-10.
May, F-1.
Phélip, Q-9.
Rouget, H-10.
Sevestre, Q-1.
Touraine, N-1.
Velter, A-9.
Weil (M.-P.), G-2.
Vignes, Ac-1.
Vincent, Ak-1.

Adjoints.

Béhague, V-1.
Berne-Lagarde (de), E-6.
Blechmann, Q-3.
Boutet, Ak-1.
Boutlier, V-1.
Brodin, D-1.
Burnier, N-1.
Chevallier, N-1.
Cleisz, Ac-1.
Costantini, E-5.
Couinaud, G-10.
Dufourmentel, H-10.

Gautier, F-1.
Haller, O-3.
Huber, D-1.
Legrand, Q-9.
Leveuf, F-1.
Madier, Q-9.
Maillet, Q-1.
Miégeville, H-10.
Nadal, Q-1.
Pélissier, Ab-1.
Pierret, A-1.
Prélat, A-9.
Rouillard, G-1.
Rouiller, G-10.
Séjournet, D-1.
Vaudescal, Ab-1.
Weissenbach, F-1.

CHEFS DE LABORATOIRE

Beauvy, F-7.
Bertrand, V-1.
Bloch (M.), N-1.
Bonnet-Roy, H-10.
Bournigault, G-2.
Brulé, E-5.
Cartier, G-10.
Charbonnier, E-6.
Cléret, H-10.
Couanet, Z-4.
Descomps, A-1.
Deval, A-1.
Dorlencourt, Q-3.
Dumont, A-1.
Feuillié, G-1.
Foix, G-1.
Gastinel, Aa-1.
Grigaut, D-1.
Hautant, A-9.
Herrenschmidt, F-7.
Joltrain, F-1.
Lachowski, Ab-1.
Laudat, F-1.
Lecointe, G-10.
Lelièvre, Ac-1.
Lévy, V-1.
Lièvre, G-1.
Marie, Q-1.
Monbrun, A-9.
Morel, E-6.
Philippe, Ab-1.
Pomaret, N-1.
Raulot-Lapointe, F-1.
Renaud, A-7.
Ribot, G-1.
Ronneaux, D-1.
Sézary, N-1.
Tixier, Q-1.
Troisier, D-1.
Verliac, E-6.

INTERNES

Achard, M-2.
Alajouanine, J-9.
Alary, C-7.
Alibert, M-1.
Antoine, B-4 (1er sem.).
Arbeit, O-1.
Aubin, N-4.
Aurousseau, E-5.
Auvigne, C-7.
Azoulay, Ad-1.
Bardon, N-3.
Basel, Aa-1.
Baudet, H-8.
Baudouin, V-8.
Bénit, I-12 (1er sem.); N-15 (2e sem.).
Bertaux (A.), N-7.
Bertrand (L.), E-5.
Bigot, C-1.
Binet, J-7.
Blamoutier, E-1.
Bloch (R.-G.), H-6 (1er sem.); V-4 (2e sem.)
Bloch (J.), F-7.
Bloch (S.), O-2.
Bocage, V-1.
Boirac, N-2.
Bonnard, E-2.
Boppe, F-9.
Bordet, I-5.
Borrien, H-1.
Bouchet, F-6 (1er sem.); Q-11 (2e sem.).
Boulanger-Pilet, P-2.
Boulay, D-10.
Boulin, H-2.
Bourdreaux, N-15 (1er sem.).
Bourgeois (F.), P-1.
Bourgeois (M.), I-3.
Boutelier, N-5.
Braine, N-10.
Bretignier, F-8.
Brizard, N-6.
Brouet, B-7.
Brousse, An-1.
Broussolle, D-1.
Buquet, I-11.
Butler d'Ormond (de), G-8.
Cabouat, J-10.
Cambessédès, G-3.
Cathala, J-8.
Ceillier, V-6.
Charrier, E-6.
Chastang, Ad-2.
Chatelin, V-7.
Chatellier, J-11.
Clap, F-7.
Clément (R.), R-1.
Cochez, B-5.
Codet, U-5.
Cojan, Z-2 (1er sem.); Q-2 (2e sem.).
Colleville, R-4.
Colombet, I-9.
Cornet, I-6.
Couinard, G-5.
Coulaud, J-2.
Cousin, A-9.
Dalsace, N-1.
Debray, L-3.
Deglaire, H-12.
Deguignand, F-2 (1er sem.); H-3 (2e sem.).
Delahaye, Ai-1.
Delotte, B-9.
Denis (Mlle), Q-1.
Deron, V-6.
Deschamps, T-1.
Doumer, Ah-1.
Dubois (H.), U-2.
Dubois (R.), U-2.
Ducastaing, D-11.
Duponchel, B-7.
Durand, B-3.
Durand (J.), D-10.
Duter, U-4.
Duval, M-2.
Ecot, F-3.
Eltrich, N-10.
Ernst, D-8 (1er sem.); B-4 (2e sem.).
Errard, I-10.
Eudel, H-9.
Evrard, X-3.
Feldstein, J-11.
Ferrier, U-7.
Fey, E-5.
Fitte, B-9.
Flandrin, J-10.
Forestier, I-4.
Fouet, N-1.
Fournier, I-10.
Fris-Larrouy, T-2.
Fruchaud, E-6.
Gaillard, R-4.
Galop, H-6.
Gambillard, C-7.
Garcin, F-9.
Gardin, G-1.
Gaudart d'Allaines (de), S-2.
Gaume, W-3.
Gayet, A-4.
Gennes (de), U-1.
Gerber, M-3.
Gibert, D-4.
Gineste, G-5.
Girard, I-2.
Giroux, B-6.
Greder, C-9.
Grenier, I-11.
Gresset, N-9.
Guelfucci, N-7.
Guérin, Ag-1.
Guillard, D-12.
Guillaume, A-7.
Guillouet, Ai-1.
Haguenau, C-3 (1er sem.).
Hartglass, N-14.
Hartmann, H-11.
Hertz, V-4.
Hirschberg, Ah-2.
Huc (Ed.), G-7.
Huc (Georges), Q-11.
Huet, A-7.
Hufnagel, W-2.
Humbert, P-3.
Hutinel, F-1.
Ill, N-14.
Jacob, G-8.
Jacquelin (André), D-5.
Jacquelin (Ch.), Z-1.
Jacquet, G-3.
Janet, C-6.
Joannon, Ai-1.
Joanny, P-4.
Kermorgant, V-1.
Krebs, B-1.
Küss, F-10.
Labeaume (Mlle), R-4.
Laburthe-Tolra, L-5.
Lagrange, A-9.
Lamare, E-7.
Langle, R-2.
Lantuéjoul, S-1.
Laplane, U-5.
Lascaux, A-7.
Lascombe, D-11.
Laurent (Marcel), Ah-1.
Lauret, W-3.
Lauzier, U-3.
Lebrun, N-9.
Leroux (1er sem.), Q-11.
Le Basser, H-7.
Léchelle, C-5.
Le Gac, N-7.
Lemariée, F-7.
Lempérière, D-1.
Léobardy (de), I-8.
Lermoyez, F-1.
Leroy (M.), C-8.
Lesage, A-3.
Levent, B-2.
Levesque, A-5.
Lévy (Mlle G.), V-3.
Lory, A-8.
Lucas-Championnière, A-7.
Malgat, P-4.
Marais, C-8.
Marcassus, K-1.
Marceron, V-5.
Maréchal, A-1.
Marie, V-1.
Marquézy, E-4.
Martin de Laulerie, D-6.
Masmonteil, V-4.
Massart, Q-9.
Massary (de), D-9.
Mathieu (R.), Y-2.
Maurel, H-10.
Mégret, D-12.
Ménard, Aa-1.
Mercier, H-5.
Mérigot de Treigny, H-11.
Meyer, A-2.
Michaux (Mme), G-2.
Michel, A-6.
Michon, H-6.
Millet, K-3.
Minvielle, I-1.
Morax, Ad-2.
Mordret, J-6.
Moreau, V-2.
Morice, B-8.
Morisson-Lacombe, O-3.
Moulonguet, N-10.
Mouquin, N-6.
Moutier, N-14.
Nabias (de), K-3.
Noël, N-2.
Nouzon, N-5.
Oberlin, H-7.
Olivieri, B-9.
Ollier, X-3.
Oulié, H-7.
Papillon, G-1.
Paraf, E-3.
Paturet, B-8.
Peignaux, C-2.
Peltier, H-8.
Penot, D-12.
Perin (Lucien), C-4.
Perrochaud, F-4.
Petit-Dutaillis, E-6.
Philardeau, V-4.
Picard, G-7.
Picard (René), Y-1.
Pichon, V-2.
Piédelièvre, H-3 (1er sem.).
Pilatte, F-10.
Plichet, I-7.
Poissonnier, P-4.
Pollet, H-9.
Portes, I-10.
Powilewicz, Y-1.
Prieur, K-2.
Quénu, D-11.
Rabut, F-5.
Ramadier, F-8.
Ravina, J-4.
Réau, K-3.
Récamier, L-5.
Reinhold, B-8.
Renard (J.), H-4.
Richard (A.), Q-11.
Richoux, E-7.
Rivalier, Q-2 (1er sem.).
Roberti, L-1.
Rouffiac, W-3.
Rouffignac, G-6.
Rougeulle, H-8.
Roullé, An-1.
Ruelle, B-7.
Ruppe, S-2.
Saxe, P-3.
Scheikevitch, J-1 (1er sem.); C-3 (2e sem.).
Schulmann, A-2.
Semelaigne, Q-4.
Sénèque, H-6.
Serrand, D-7.
Soupault, N-9.
Stiassnie, B-10 (1er sem.); N-3 (2e sem.).
Surun, D-13.
Thalheimer, Q-9.
Thinh, J-10.
Thivolet (Mlle), D-3.
Thouvenin, A-8.
Tourneix, H-7.
Trousset, W-1.
Truffert, H-10.
Turnesco, O-3.
Turquety, Q-3.
Vallery-Radot, Q-6.
Vincent, N-3 (1er sem.); B-10 (2e sem.)
Wallon, Aa-1.
Walter, S-1.
Walther, C-8.
Weiss, U-1.
Wiart, N-4.
Wilmoth, Q-9.
Winter, J-12.
Xoudis, O-3.

NOTA. — *Dans la liste ci-dessus figurent quelques internes provisoires qui occupent des places habituellement réservées aux titulaires, et les internes d'Hendaye.*

INTERNES PROVISOIRES

Adam, Y-1.
Andral, X-2.
Aris, L-4.
Bartet, Q-8.
Bazert, D-13.
Béthoux, X-1.
Bonnot, Ae-2.
Bourdier, Ai-1.
Boyau, Ad-1.
Broca, I-13.
Brun du Bois-Noir (de), L-2.
Cerné, Q-10.
Chevallier, B-8.
Coty, U-6.
Delmas, N-8.
Denoyelle, H-13.
Deroche, D-7.
Derville, Z-3.
Desnoyers, A-10.
Dugué, Ag-1.
Dujarier, Q-5.
Engelhard, F-11.
Hermet, R-3.
Genin, Z-3.
Godard, Hb-1.
Isch-Wall, C-10.
Jousseaume, A-11.
Larget, G-4.
Le Chaux, W-4.
Lelong, D-14.
Le Rasle, K-4.
Marchal, E-8.
Merot, A-10.
Metzger, U-4.
Moniot, U-8.
Niel, X-2.
Richon, B-11.
Rousse, Ai-1.
Salès, Q-7.
Solente, U-3.
Théodoresco, J-13.
Fierny, Af-2.
Vallière-Vialeix, R-5.
Vigneron, X-1.
Walser, G-11.
Weissmann, M-4.
Wesselle, I-11.

EXTERNES

Abermeau, K-3.
Ach, H-9.
Ackermann, P-3.
Adam, K-3.
Adelmann, Z-1.
Adrian, J-6.
Agnès, P-4.
Alamartine, E-3.
Alary, B-4.
Allaire, V-7.
Allot, B-2.
Amabilis, B-4.
Ameline, R-2.
Amiot, I-9.
Andrieux, B-3.
Appert, N-10.
Arbeltier, G-2.
Ardillier, O-3.
Arfeux, R-2.
Arnaud, F-7.
Armanigeat, B-4.
Armingeat, E-9.
Arrivat, E-6.
Arsac, F-9.
Arthaud, R-6.
Arviset, Q-10.
Aubriot (Mlle), I-12.
Aubry, R-3.
Auclair, G-7.
Audigier, J-9.
Auger, G-4.
Augustin, F-3.
Autier, L-5.
Auxion (d'), V-5.
Avackian (Mlle), Ab-1.
Avramovitch, E-6.
Aymard, K-5.
Azalbert, I-11.
Azam, C-12.
Babalian, N-6.
Bagou, N-3.
Baldy, C-8.
Banzet, C-8.
Baranger, E-4.
Baranger, H-4.
Barbé, G-12.
Barbaro, F-5.
Barbillon, N-7.
Bardol, I-14.
Bariéty, L-4.
Barillot, O-3.
Barreau, M-1.
Barret, N-9.
Barry, G-4.
Barthe, N-13.
Baruk, N-6.
Bascourret, H-8.
Basset, W-4.
Baudry (Mlle), O-2.
Bavachi, A-2.
Baye, F-2.
Bazélis, B-8.
Bazouge, B-9.
Béclère, D-1.
Beguin, B-12.
Benda, D-6.
Bernard (Ray.), H-7.
Bernard (Mlle Suz.), F-3.
Berson, A-3.
Berthet, C-7.
Berthier, H-5.
Berthon, E-3.
Bertin, A-5.
Bertrand (J.), S-2.
Bertrand, V-1.
Bertrand-Fontaine (Mme), F-1.
Besson, B-5.
Biancani, A-7.
Biancani, N-6.
Bianquis, F-10.
Biar, H-6.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA SITUATION DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE LA CLASSE 1920

Des étudiants de la classe 1920 nous demandent quelle situation leur est réservée et notamment s'ils pourront obtenir des sursis.

Réponse. — La circulaire ministérielle du 28 avril 1920, que nous avons publiée dans le n° 42, du 4 mai 1920, répond à cette question. Elle se termine ainsi : les étudiants en médecine de la classe 1920... « peuvent au bout d'un an de service bénéficier du sursis prévu par l'article 25 de la loi du recrutement ».

LES MÉDECINS RÉTRIBUÉS PEUVENT-ILS FAIRE PARTIE DES COMMISSIONS ADMINISTRATIVES?

M. Louis Soulié, sénateur, demande à M. le ministre de l'Hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales si les circulaires ministérielles, prescrivant de ne pas nommer comme membres des Commissions administratives des hospices les médecins rétribués par ces établissements, sont toujours en vigueur. (*Question du 3 mai 1920.*)

Réponse. — Il n'existe pas, à ma connaissance, d'instructions générales prescrivant de ne pas nommer administrateurs d'hospices des médecins rétribués par ces établissements, mais la jurisprudence administrative était fixée en ce sens, qu'il y avait incompatibilité entre les fonctions de membre d'une Commission administrative d'un établissement hospitalier et celle de médecin rétribué de cet établissement. Il en a été ainsi jusqu'à ce qu'un arrêt du conseil d'Etat (Basses-Alpes, hospices de Digne, 3 avril 1908) ait décidé, qu'aucune disposition de loi n'a édicté d'incompatibilité entre les fonctions de président de la Commission administrative d'un hospice et celles de médecin rétribué de l'établissement. C'est pourquoi le ministre de l'Hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales a pu, le 20 avril 1920, envoyer aux préfets une circulaire appelant leur attention sur la nécessité d'introduire dans la Commission administrative hospitalière un médecin, en vue de faciliter l'étude des problèmes techniques et sans faire de distinction entre les médecins rétribués ou non. (*J. O.*, 19 mai 1920.)

M. Louis Soulié, sénateur, demande à M. le ministre de l'Hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales si un préfet n'est pas fondé à s'opposer à ce qu'un médecin rétribué par un hospice soit désigné par un Conseil municipal pour le représenter à la Commission administrative dudit hospice. (*Question du 3 mai 1920.*)

Réponse. — La réponse à cette question découle de la réponse faite à la question précédente. C'est, au contraire, avec faveur que l'on peut voir un Conseil municipal désigner un médecin même rétribué par un hospice pour siéger au sein de la Commission administrative dudit hospice. (*J. O.*, 19 mai 1920.)

LE RECRUTEMENT DES MÉDECINS ET PHARMACIENS DES TROUPES COLONIALES

M. l'amiral Guépratte, député, expose à M. le ministre de la Guerre que, pour répondre aux besoins du corps de santé colonial, le ministère de la Guerre, par la loi du 21 décembre 1916 (instruction 13.379 1/11, du 20 juin 1917), et la loi du 12 août 1917, autorisait le recrutement parmi les médecins et pharmaciens diplômés, que ce décret, prolongé de six mois après la période des hostilités, a omis de mentionner les pharmaciens, dont le cadre est cependant loin d'être au complet, et demande si l'on ne pourrait pas, par analogie avec ce qui a été fait pour les médecins, prolonger le décret pour les pharmaciens, ajoutant que le mode de recrutement normal du temps de paix ne se fait plus par suite de la fermeture de l'école d'application du corps de santé colonial et que plusieurs pharmaciens, diplômés, démobilisés, seraient désireux de bénéficier de la mesure que l'on croirait devoir prendre. (*Question du 24 avril 1920.*)

2e *réponse.* — La loi du 21 décembre 1916, modifiée par celle du 10 août 1917, relative à l'admission des officiers de complément de tous armes et services dans l'armée active, avait été faite pour les besoins d'encadrement pendant la guerre. Son application, prévue pour la durée de la guerre, a pris fin à la cessation des hostilités. Toutefois, une loi du 30 octobre 1919 en a prolongé les effets pour les seuls médecins, en raison du déficit considérable qui existait parmi ce personnel. L'effectif des pharmaciens des troupes coloniales, bien que n'étant pas au complet, présente un beaucoup plus faible déficit, et le service peut être assuré de façon normale. Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de prolonger, pour les pharmaciens, le recrutement exceptionnel du temps de guerre. (*J. O.*, 9 mai 1920.)

MÉDECINS DES COLONIES

M. Georges Barthélemy (Pas-de-Calais), député, demande à M. le ministre des Colonies : 1° en vertu de quelles dispositions les emplois disponibles des services de santé dans les chefs-lieux de l'Afrique occidentale française présentant les plus grands avantages au point de vue rémunération ou des conditions d'existence ne sont jamais confiés aux médecins civils de l'Assistance médicale indigène ; 2° si ces dispositions ne sont pas de nature à entraver le recrutement des médecins civils dont nos colonies ont le plus grand besoin ; 3° quelles mesures il compte prendre pour faire au personnel déjà ancien de l'Assistance médicale et de grade élevé une situation en concordance avec ses services et son expérience et pour assurer, aussi bien dans les chefs-lieux que dans l'intérieur de la colonie, une plus équitable répartition du personnel médical. (*Question du 22 avril 1920.*)

Réponse. — 1° Il n'y a pas de dispositions réglementaires pour la répartition du personnel médical dans les différents postes. Ce sont les gouverneurs généraux et gouverneurs qui procèdent à cette répartition selon les principes suivants : les chefs de colonie doivent envisager, en premier lieu, l'intérêt général du service, puis la spécialisation (bactériologie, hygiène, etc.), les aptitudes (chirurgicales, médicales), les services déjà rendus dans tel emploi. Dans les chefs-lieux les plus importants, le service est assuré par des médecins municipaux, liés aux municipalités par des contrats individuels, les médecins de l'Assistance médicale proprement dite en sont écartés en principe, leur rôle les destinant aux agglomérations indigènes importantes, lesquelles ne coïncident pas toujours avec les chefs-lieux. 2° Cette manière de faire ne peut qu'améliorer la valeur du recrutement, en attirant les sujets compétents et spécialisés, en leur garantissant l'utilisation de leur spécialité et en maintenant entre les candidats, quelle qu'en soit l'origine, une émulation qui est favorable à l'intérêt public. 3° Il convient de laisser aux gouverneurs généraux et gouverneurs la plus grande liberté pour appliquer ces principes dont ils n'ont jamais cessé de s'inspirer. Le développement progressif des services de l'Assistance médicale et l'augmentation de ses ressources en personnel civil doit rendre possible la réduction du personnel militaire H. C. et l'attribution aux praticiens civils des emplois spéciaux, mais les avantages de carrière, conditionnés par les vacances et les disponibilités budgétaires, ne peuvent être accordés, en ce qui concerne le personnel de l'Assistance médicale, que par les gouverneurs généraux et gouverneurs. (*J. O.*, 19 mai 1920.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 52. — MARDI 8 & JEUDI 10 JUIN 1920. 93e ANNÉE. MARDI 8 & JEUDI 10 JUIN 1920. — N° 52.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Deuxième concours de chirurgien des hopitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Descomps, Arrou, Lapointe, René Marie qui acceptent et de MM. Chevassu, Routier et Grégoire qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

— Concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Lermoyez, Lemaître, Grivot qui acceptent et de MM. Lombard, Bourgeois, Mauclaire, Veau, Parmentier qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lille. — Un concours pour la nomination de deux médecins adjoints des hospices et hôpitaux de Lille aura lieu le lundi 18 octobre 1920 à 8 heures du matin.

Inscriptions au secrétariat de l'administration, 41, rue de la Barre, à Lille, avant le jeudi 30 septembre 1920 à 5 heures du soir.

— Nantes. — Après concours M. le Dr Bianchi a été nommé radiologiste suppléant des hôpitaux.

M. le Dr Fernand Lerat a été nommé accoucheur suppléant.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Concours de l'agrégation. — *Médecine générale.* — *Leçon orale de 3/4 d'heure après 4 heures de préparation.* — Séance du 4 juin. — MM. Nové-Josserand : « Des phlébites aiguës ; » — Gueit : « Les délires alcooliques. »

Liste des admissibles à l'épreuve orale :

Paris : MM. Abrami, Baudouin, Chiray, Clerc et Fiessinger, 60 ; Crouzon, Israëls de Jong, Laederich et Troisier, 59 ; Descomps, 58.

Alger : MM. Raynaud, 58 ; Aubry et Porot, 55 ; Derrien, 54.

Lille : MM. Duhot, 59 ; Sézary, 58.

Lyon : MM. Cordier et Routier, 59 ; Bonnamour, J. Chalier, Fabre et Rebattu, 58.

Montpellier : MM. Margarot, 60 ; Gaujoux, 57 ; Boudet et Carrieu, 55.

Nancy : MM. Caussade, 58 ; Chevallier, 57.

Toulouse : MM. Laporte et de Verbizier, 56.

Hygiène et bactériologie, parasitologie et histoire naturelle. (Hygiène et bactériologie.) — Epreuve pratique : MM. Debré, 25 ; Orticoni, 25 ; Paraf, 25 ; Rochaix, 25 ; Philibert, 25.

— Sont nommés :

Paris : MM. Debré et Philibert, 83.

Lyon : M. Rochaix, 79.

— Il n'est pas fait de désignation pour Bordeaux (section parasitologie et histoire naturelle) et pour Nancy (section d'hygiène et bactériologie).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Concours de l'adjuvat. — Lecture des compositions : MM. Michon, 23 ; Massart, 25 ; Huc, 25 ; Richard, 27.

Epreuve écrite. — MM. Soupault, 26 ; de Gaudart d'Allaines, 28 ; de Nabias, 21 ; Wilmoth, 24 ; Marais, 22 ; Lamare, 26 ; Brouet, 23.

— Concours du prosectorat. — *Epreuve de physiologie.* — MM. Maurer, 13 ; Bloch (René), 15 ; Charrier, 15 ; Gatellier, 15 ; Monod (Raoul), 12 ; Bloch (Jacques), 14 ; Caudrelier, 12.

Epreuve de chirurgie. — MM. Maurer, 17 ; Bloch (R.), 19 ; Charrier, 18 ; Gatellier, 17 ; Monod (Raoul), 17 ; Bloch (J.), 17 ; Caudrelier, 17.

Epreuve de médecine opératoire. — MM. Maurer, 26 ; Bloch (R.), 29 ; Charrier, 28 ; Gatellier, 27 ; Monod (Raoul), 24 ; Bloch (J.), 25 ; Caudrelier, 26.

CONCOURS DE MÉDECIN DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — *Epreuve clinique.* — Séance du 4 juin. — MM. Méry 11 + 7 = 18 ; Lemarignier 15 + 5 = 20 ; Boureille 14 + 6 = 20.

MÉDAILLES DE LA RECONNAISSANCE FRANÇAISE. — *Médailles d'argent.* — MM. les Drs Berne (de Biarritz), Frochlicher (de Sissonnes), Mme le Dr Houdré (de Paris), MM. les Drs Hugues (de Cannes), Meyer (de Nancy), Nègre (de Toulon), Verneau (de Paris).

Médailles de bronze. — MM. les Drs Béchet (d'Avranches), Benoit (du Blanc), Bouley (de Beaune), Chabenat (de Paris), Duboys de Lavigerie (de Paris), Guilloud (de Monte-Carlo),

Mlle le Dr Landais (de Paris), MM. les Drs Levassort (de Paris), Lusseau (de Poitiers), Merley (de Nimes).

JURISPRUDENCE

LA LOI NOUVELLE DU 4 MAI 1920 SUR LA PROROGATION DE CERTAINS BAUX ET LOCATIONS VERBALES

Le *Journal officiel* du 5 mai 1920 contient la promulgation d'une loi, votée le 4 mai par le Sénat et la Chambre des Députés, relative à la prorogation de *certains* baux et locations verbales contractés *entre le 1er août 1914 et la cessation des hostilités*.

Pour comprendre la raison de cette loi nouvelle, il faut rappeler que l'article 56 de la loi du 9 mars 1918, sur les baux à loyer, décide que les baux et locations verbales *en cours au 1er août 1914* seront prorogés, à la demande du locataire et aux conditions fixées au bail, à compter du décret fixant la cessation des hostilités, dans les conditions suivantes : les baux à usage commercial, industriel ou professionnel sont prorogés pour une durée égale au temps écoulé entre le décret de mobilisation et le décret fixant la cessation des hostilités, et les baux pour les locaux à usage d'habitation sont prorogés pour un délai de 2 années. L'article 58 de la même loi fixe le délai dans lequel les locataires doivent faire connaître leur volonté au bailleur, à peine de forclusion : pour les locataires mobilisés, le délai est de 3 mois suivant le délai qui fixe la cessation des hostilités et pour les locataires non mobilisés de 3 mois précédant l'expiration du bail.

En ce qui concerne les locations verbales, la loi du 4 janvier 1919 dispose que les locataires peuvent faire leur notification à toute époque de l'année, et que, si un congé leur est signifié par leur propriétaire, ils doivent faire leur notification dans les 20 jours de la réception de ce congé.

Postérieurement, à la date du 27 juin 1919, la Chambre des Députés vota, sur la proposition de M. Levasseur, une proposition de loi qui étendait considérablement les dispositions légales qui viennent d'être rappelées : notamment, elle prorogeait les baux et locations *intervenus en renouvellement* de baux et locations antérieurs au 1er août 1914 ; elle prorogeait, en outre, dans toute l'étendue du département de la Seine, tous les baux et locations verbales conclus entre le 1er août 1914 et le 9 mars 1918, date de la promulgation de la loi sur les loyers.

Cette proposition de loi fut modifiée par le Sénat; elle fut l'origine de la loi du 23 octobre 1919 (*J. O.* du 24 octobre). Celle-ci assimile aux baux et locations verbales les baux et locations verbales *renouvelés* entre les mêmes parties contractantes ou leurs ayants droit et pour les mêmes locaux, à la condition que le prix du nouveau bail ne soit pas inférieur à celui du bail primitif; elle décide que les cessionnaires ou sous-locataires du bail ont droit à la prorogation instituée par l'article 56 de la loi du 9 mars 1918 dans les mêmes conditions que le locataire, pourvu que la cession ou la sous-location soit antérieure à la promulgation de la loi, s'il s'agit de locaux à usage d'habitation.

Mais, le législateur a écarté la partie de la proposition de loi de M. Levasseur tendant à proroger, dans le département de la Seine, les baux et locations verbales conclus après la déclaration de la guerre. Ainsi qu'il a été expliqué au cours des débats qui ont eu lieu au Sénat, celui-ci n'entendait procéder, en cette matière délicate, qu'avec toute la circonspection nécessaire (séance du 4 sept. 1919, *Débats parl.*, *J. O.* du 5 sept., p. 1324).

La question de la prorogation des baux et locations verbales, conclus postérieurement à la déclaration de guerre, fut donc étudiée de nouveau; elle a donné lieu à un examen qui a abouti à la loi du 4 mai 1920, dont il importe de faire connaître ici les dispositions.

On sait que la date de la cessation des hostilités a été fixée au 24 octobre 1919 par la loi votée le 23 octobre.

On verra plus loin que la loi nouvelle a édicté une mesure d'ordre général pour les baux relatifs aux locations de plaisance ou qui constituent sous une dénomination quelconque une habitation en plus du local familial. En ce cas, il n'y a pas de prorogation, et ce d'une manière absolue.

Baux et locations auxquels s'applique la loi. — L'article 1er décide que les baux écrits ou verbaux à usage d'habitation conclus, ou se plaçant, pour l'entrée en jouissance, entre le 1er août 1914 et la cessation des hostilités, ainsi que tous renouvellements, tacites reconductions et prorogations légales consécutives à ces baux, qui n'assureraient pas au preneur une jouissance allant jusqu'à l'expiration du délai de 2 ans, à compter de ladite date de cessation des hostilités, fixée par la loi du 23 octobre 1919, seront prorogés à la demande du locataire, *s'il appartient à certaines catégories.*

Il résulte de cet article 1er que la loi n'a visé que les baux et locations verbales *à usage d'habitation ;* elle exclut ceux à usage commercial, industriel et professionnel.

Elle accorde la prorogation non plus seulement si le bail ou la location verbale a été conclu avant le 1er août 1914, mais aussi si le bail ou la location verbale a été passé entre le 1er août 1914 et le 24 octobre 1919, date de la cessation des hostilités. Le législateur n'a donc pas maintenu le principe qui l'avait conduit à voter l'article 56 de la loi du 9 mars 1918 : ce texte contenait une condition essentielle pour que la prorogation fût acquise, il fallait que les baux et locations fussent en cours au 1er août 1914 ; le législateur n'avait pas voulu que des locataires, ayant loué postérieurement à la déclaration de guerre et ayant par conséquent connu la force majeure dérivant de la guerre, pussent venir invoquer une loi fondée sur la force majeure.

Mais comme il s'agit d'une faveur toute particulière, la loi ne l'a accordée qu'à des catégories spéciales de locataires.

Bénéficiaires de la loi. — Pour bénéficier de la prorogation, l'article 1er dispose que le locataire doit appartenir aux catégories suivantes :

1° Mutilés ou réformés de guerre ;

2° Veuves de guerre ;

3° Ascendants de militaires ou marins morts pour la France ayant recueilli la veuve ou les enfants de ceux-ci ;

4° Bénéficiaires des lois des 31 mars 1919 et 24 juin 1919 ;

5° Sinistrés dont l'habitation a été détruite ou rendue inhabitable par fait ou accident de guerre.

Cette énumération est limitativement déterminée. La loi du 31 mars 1919 est la loi qui a modifié la législation des pensions des armées de terre et de mer en ce qui concerne les décès survenus, les blessures reçues et les maladies contractées ou aggravées en service. La loi du 24 juin 1919 est celle qui est relative aux réparations à accorder aux victimes civiles de la guerre ; son article 1er porte que tout Français ne se trouvant pas dans une des situations auxquelles s'applique la loi du 31 mars 1919 sur les pensions des armées de terre et de mer et qui, par suite d'un fait de guerre survenu entre le 2 août 1914 et l'expiration d'un délai d'un an à dater du décret fixant la cessation des hostilités, aura, dans les circonstances prévues par l'article 2, reçu une blessure ou contracté une maladie ayant entraîné une infirmité, aura droit à une pension définitive ou temporaire ; en cas de décès de la victime, ses ayants droit peuvent, dans les mêmes conditions que les ayants droit du militaire, se prévaloir des dispositions de la législation sur les pensions militaires ; en cas de disparition dûment constatée, les ayants droit des personnes disparues obtiennent également le bénéfice de la législation sur les pensions militaires.

Aux termes de l'article 3, le droit de prorogation qui est visé à l'article 1er est strictement attaché à la personne du preneur qui ne peut consentir aucune cession ni sous-location. Cette condition, imposée par la loi, est juste, puisque c'est la situation de certaines personnes, dignes d'un intérêt particulier, qui a été la cause déterminante de la mesure de faveur édictée. Aussi la loi frappe-t-elle de nullité de plein droit toutes cessions ou sous-locations qui seraient consenties en violation de l'interdiction prononcée (art. 3, § 2).

(*A suivre.*)

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.



HÉMOGLOBINE
DESCHIENS
ANÉMIE
CONSOMPTION
FER VITALISE
OXYDASES DU SANG
NEURASTHÉNIE
CONVALESCENCES

L'ASTHÉNIE DE L'ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE ET DE LA GRIPPE

Par D. A. LITVAK.

(Travail du service de M. SICARD *à l'hôpital Necker.)*

S'il est vrai que les symptômes apparents sont différents au cours de l'encéphalite épidémique et au cours de la grippe; s'il est vrai que les troubles respiratoires classiques, typiques dans cette dernière, sont exceptionnels dans la majorité des cas d'encéphalite épidémique, néanmoins ces deux affections ont plusieurs points communs qui nous semblent intéressants et dont nous désirons faire l'objet spécial de cette étude.

Quel est en effet le symptôme caractéristique de la grippe, symptôme qui n'échappe presque jamais et qui pour ainsi dire donne la note prédominante à la maladie nommée grippe ? Nous n'hésitons pas à dire que c'est l'*asthénie*, signe capital et primordial de la maladie. En voici les preuves.

C'est tout au début de l'apparition de la grippe, c'est-à-dire au printemps de 1918, qu'il faut que nous nous reportions pour observer le cadre typique et pour ainsi dire schématique de la maladie. A cette époque la grippe fit sa première apparition [et nous l'avons observée à Bologne (Italie)] et ses symptômes consistaient non pas dans des troubles respiratoires qui étaient tout à fait exceptionnels (1), mais dans la fièvre qui débutait sans être précédée de frissons jointe à un malaise général, rachialgie et douleurs quelquefois articulaires, plus fréquemment diaphysaires. Il n'était pas rare d'observer la céphalée et des vomissements sans aucun rapport avec l'alimentation. Mais en dehors de tous ces troubles, d'ailleurs communs à un grand nombre d'infections, il existait un fait capital bien noté par mes maîtres Boschi et Dagnini (voir p. 4, loc. cit.) consistant dans l'*asthénie disproportionnée avec la brièveté et la bénignité de la maladie*. Cette asthénie se présentait quelquefois au début de l'affection, parfois aussi au cours de son évolution, mais plus souvent vers la fin, lorsque le malade semblait entrer en convalescence. C'est alors que l'asthénie se manifestait dans toute son intensité et pouvait persister plusieurs semaines et même plusieurs mois. Nous avons observé un grand nombre des malades dont l'asthénie assez intense et généralisée à tous les appareils, en particulier à celui du système nerveux, durait 1 an environ. Plusieurs formes de ces asthénies postgrippales ressemblaient tantôt à des différentes espèces de névroses, tantôt à de vraies psychoses.

En décrivant cette asthénie nous n'avons pas la prétention de révéler un phénomène nouveau. En effet le fait est universellement connu et décrit dans tous les traités, en particulier du système nerveux (Ghowers, Oppenheim, Strumpell, etc.). Mais nous avons cru bon de le rappeler pour le comparer au symptôme analogue et qui à notre avis est aussi un signe caractéristique et principal de la maladie appelée encéphalite épidémique. En effet, en analysant les troubles consistant en somnolence, altération de l'état général nous croyons qu'un certain nombre de ces troubles dépend d'une seule cause, *l'asthénie*.

Analysons d'abord le symptôme de la somnolence. Déjà depuis longtemps on a remarqué que les lésions qui atteignent le mésocéphale s'accompagnent de somnolence pathologique. Pour expliquer ce fait plusieurs auteurs ont admis l'existence d'un centre ipnique. D'après Dubois, Wernicke, Thomsen, son siège aurait lieu dans le 3e ventricule dans le voisinage de la 3e paire cranienne; d'après Lhermitte et Claude, elle serait dans l'infundibulum, et d'après Salmon, dans l'hypophyse. Sans vouloir entrer dans la discussion du centre ipnique nous disons seulement que son existence même est niée par plusieurs auteurs, selon lesquels la somnolence pathologique serait due soit à une défaillance du centre d'association, soit à une intoxication des cellules corticales qui ne recevraient pas l'excitation périphérique. Nous nous rallions à l'opinion de Zagari (1) en admettant que le mécanisme intime du sommeil physiologique et celui de la somnolence de l'encéphalite épidémique ne sont pas les mêmes. En effet, rien n'autorise l'identité de ces 2 phénomènes. Et comme l'a bien remarqué le professeur de la clinique de Modena, si on analyse l'état des malades pendant le sommeil léthargique on s'aperçoit de la dépression psychique assez notable qu'ils manifestent pendant l'effort qu'il est obligé de soutenir pour comprendre et pour répondre. Chose importante; cette difficulté de pensée, cette dépression psychique persiste souvent même quand l'individu ne se trouve plus dans l'état de somnolence. Le soulagement et le calme, le retour des forces que l'on observe après le sommeil physiologique *réparateur* ne succèdent jamais au sommeil léthargique. Enfin le sommeil léthargique est presque toujours accompagné d'un état de stupeur et d'épuisement, phénomènes qu'on ne constate pas dans le sommeil physiologique.

Ebstein, Graves, Maultner ont fait les mêmes observations à propos de la somnolence de la « nona » et également dans le sommeil des nègres et d'une façon générale dans les maladies nerveuses. Après une étude profonde de la physiologie du sommeil ils arrivent à admettre que le sommeil pathologique est dû à une lésion de la substance grise mésocéphalique qui détermine une interruption entre les centres corticaux et la périphérie.

Quoi qu'il en soit de l'origine anatomique du sommeil pathologique, il nous importe ici seulement de souligner que, par les symptômes que nous venons de citer, il nous semble que le mécanisme du sommeil dans l'encéphalite diffère de celui du sommeil physiologique et que le premier vraisemblablement n'est que l'expression de l'état d'asthénie de la substance mésocéphalique d'origine toxiinfectieuse. En admettant cette origine du sommeil dans l'encéphalite épidémique, nous comprenons mieux

(1) BOSCHI et DAGNINI. Osservasioni cliniche sulla recente epidemia influensale (*Soc. méd. chir.*, 17 avril 1919).

(1) ZAGARI. Encefalite letargica, poliencefalite da influenza; *Riforma med.*, 1920, nos 10 et 11.

pourquoi souvent il est remplacé par de l'insomnie, du délire, de l'agitation, etc. Ceci nous permet aussi d'expliquer soit la lenteur de la guérison si les toxines s'éliminent peu à peu ou le vrai coma et la mort au fur et à mesure que les toxines augmentent. C'est ainsi qu'il nous semble logique aussi d'expliquer la longue durée de l'état psychique succédant à la somnolence encéphalitique. Revenant maintenant à la grippe, nous voyons la grande analogie du symptôme que nous avons décrit tout à l'heure avec l'asthénie notée soit au début, soit au cours ou à la fin de cette maladie. Mais si le symptôme asthénie constitue le caractère principal qui unit ces deux tableaux cliniques, grippal et encéphalitique, il n'est pas le seul.

Nous avons parlé déjà de la lenteur de la guérison dans ces deux maladies. Mais en dehors de cette lenteur, dans les séquelles que suivent la grippe nous trouvons un autre fait qui vient à soutenir notre thèse. Comme nous avons dit, il nous était possible d'observer différentes formes des névroses et des psychoses ainsi que des troubles nerveux d'origine organique. Nous nous rappelons un cas observé avec notre maître Dagnini à l'hôpital majeur de Bologne (Italie), lequel 6 à 7 mois après avoir eu la grippe caractéristique présentait de la fièvre, du délire, mouvements choréiques aboutissant quelques jours après à la mort. Et nous rappelons aussi un autre malade observé avec notre maître Gavazzeni lequel après avoir eu la grippe (ensemble avec des autres membres de la famille) présentait des phénomènes diffus de méningo-encéphalo-myélite (accès convulsifs, paralysie des membres, troubles des sphincters, réaction méningée) et qui, cependant après plusieurs mois, guérissait.

On sait que Strumpell, Leichtenstern, Ebstein, Oppenheim, Franjen, Gassirer, Muller, Brana, Klebs et plusieurs autres ont décrit, en 1890, l'encéphalite aiguë non suppurative d'origine grippale. Jaccoud, dans son traité (1877), en décrivant la somnolence dit que la grippe de 1712 était appelée maladie *soporeuse*. De tous ces faits faut-il conclure que l'origine microbienne de la grippe et de l'encéphalite épidémique soit la même?

Nous ne pouvons, actuellement, que faire des hypothèses à ce sujet, [mais au point de vue clinique nous avons tenu à souligner dans cet article qu'un symptôme primordial, l' « asthénie », paraît être un véritable trait d'union entre ces deux affections : grippe épidémique et encéphalite épidémique.

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, publié sous la direction d'Emile Sergent, membre de l'Académie de médecine, médecin de la Charité; L. Ribadeau-Dumas, médecin des hôpitaux, et L. Babonneix, médecin des hôpitaux. — *Déontologie*, par Le Gendre, et *Jurisprudence médicale*, par Ribadeau-Dumas. In-8, 1920, 700 pages (tome I du Traité Sergent, Ribadeau-Dumas, Babonneix). — Prix : 30 fr.; franco, 33 fr. — Paris, A. Maloine et fils, édit.

La Pratique de l'héliothérapie, par le Dr A. Aimes, chef de clinique à la Faculté de Montpellier. In 8, 1920, 3e édition, 14 figures et 8 planches hors texte. — Prix : 10 fr.; franco, 11 fr. — Paris, A. Maloine et fils, édit.

ACTUALITÉS

LES ARTICULATIONS BALLANTES

On s'est beaucoup occupé des articulations ballantes pendant et depuis la guerre. Cette infirmité a d'ailleurs été observée de tout temps comme une suite fréquente des grands délabrements articulaires et sans doute aussi des résections trop étendues ou mal faites. Mais quel remède offrait-on autrefois au malheureux blessé qui en était atteint? un appareil prothétique presque toujours, l'amputation quelquefois. La cure opératoire des membres ballants est, en somme, toute moderne. Si on ne peut dire qu'elle soit née au cours de cette guerre, du moins est-il certain que ses réalisations pratiques ne datent que d'hier. Nous essaierons de donner une vue d'ensemble sur la question en nous aidant des travaux récents qui lui ont été consacrés, c'est-à-dire principalement des nombreuses communications faites à la Société de chirurgie, des thèses ou des articles de Lardet, Massart et Bovier.

L'expression articulation ballante est bonne quoique manquant de concision et vaut mieux qu'un mauvais néologisme, car elle traduit avec exactitude le caractère le plus apparent de l'infirmité. Il s'agit en effet ici avant tout d'un trouble fonctionnel dont les lésions causales, si essentielles qu'elles soient, sont trop variables par leur nature et par leur étendue pour servir de base à une définition. Ce trouble dans sa forme la plus accentuée consiste en une mobilité anormale mais purement passive de la jointure, entraînant l'inertie du membre qui obéit sans résistance aux impulsions communiquées ou à l'action de la pesanteur.

Physiologiquement, une articulation peut être dite ballante sans atteindre à ce degré extrême d'impotence. Il suffit qu'elle présente le dérèglement caractéristique, ce phénomène de la mobilité anormale passive, à un moment quelconque de son fonctionnement. Aussi l'infirmité comporte-t-elle des variétés diversement classées selon les auteurs.

Ollier décrit 3 types : la *laxité proprement dite* qui au coude par exemple peut, dans l'exécution des mouvements normaux, amener la chute latérale de l'avant-bras; l'*articulation flottante active* qui cesse d'être flottante quand les muscles se contractent et alors est ou bien *accommodable*, c'est-à-dire capable de mouvements réguliers, ou bien *non accommodable* si ses mouvements sont incoordonnés; enfin la *flottante passive* dont l'impotence est complète et permanente.

Neudörfer distinguait plus simplement les *articulations ballantes d'accommodation* et *ballantes paralytiques*.

Quénu a aussi réduit les formes à deux : le membre, grâce à sa musculature, manœuvre encore plus ou moins bien et il est dit *passivement ballant* ou il ne sert plus à rien et il est *activement ballant*. Cette terminologie, pour exacte qu'elle soit, peut prêter à la confusion après celle d'Ollier dont elle emploie inversement les épithètes.

La classification de Gentil comprend les *articula-*

tions utiles, les *utilisables* qui sont *actives* ou *passives* et les *inutilisables* ou *paralytiques*.

Pratiquement les articulations flottantes actives ou passivement ballantes, celles qui sont utiles ou utilisables parce que l'infirmité dont elles sont atteintes est annulée ou réduite par la contraction musculaire, ne relèvent qu'exceptionnellement d'un traitement opératoire. Bovier et Massart les éliminent presque complètement du cadre de leurs études. C'est à ces cas qu'il faut réserver les petits moyens, le massage, les bains chauds, l'héliothérapie susceptibles de réparer certaines atrophies, la rééducation musculaire et éventuellement les appareils qui sans gêner le jeu des muscles régularisent les mouvements.

Quelques statistiques publiées pendant la dernière guerre permettent d'apprécier utilement la fréquence du désordre fonctionnel que nous étudions. Nové-Josserand et Tuffier indiquent 90 épaules ballantes sur 237 cas de résection, soit 38 p. 100; Hardouin 23 sur 32; Couteaud et Le Roux 25 p. 100. Les coudes flottants sont relativement un peu plus rares. Il y en a 127 p. 410 résections dans la statistique de Nové-Josserand et Tuffier, soit 30 p. 100 et respectivement 4 p. 23, 2 p. 6, 16 p. 51, 14 p. 17 dans les groupes de faits recueillis par Auvray, Marquis, Hardouin, Bégouin. L'épaule et le coude sont les jointures de beaucoup le plus souvent en cause. Après vient le genou sur la dislocation duquel nous n'avons guère à citer que la statistique de Bégouin qui a observé seulement 4 genoux ballants sur 77 réséqués. La hanche est encore plus rarement atteinte. Le cou-de-pied et le poignet ne le sont presque jamais. Et, comme le fait remarquer Bovier, le privilège dont jouissent ces deux dernières articulations est probablement explicable par une disposition anatomique qui leur est propre : les nombreux tendons qui les entourent l'une et l'autre passent pour la plupart en pont au-dessus des extrémités articulaires, et forment ainsi des moyens de contention qui ne risquent d'être détruits qu'exceptionnellement par le traumatisme ou la résection.

Les causes de l'infirmité sont diverses et plusieurs causes interviennent souvent dans la pathogénie d'un cas donné. Ce sont les destructions osseuses étendues, les suppurations prolongées, les résections mal faites, c'est-à-dire en dehors du périoste et détachant de ce dernier les insertions musculo-tendineuses, l'insuffisance des soins postopératoires, d'autre part les troubles musculaires qui sont tantôt la destruction des muscles, tantôt leur paralysie par section nerveuse, tantôt leur dégénérescence due à l'infection ou simplement d'ordre trophique.

Quant aux lésions anatomiques, évidemment contingentes comme les causes elles-mêmes, elles présentent néanmoins en certains de leurs détails un aspect assez uniforme pour mériter une courte description. Les extrémités osseuses sont profondément altérées; le périoste adhère étroitement aux tissus cicatriciels voisins et lâchement au tissu osseux. Celui-ci est érodé, poreux et friable, décalcifié; la moelle qu'il contient est jaunâtre et peu vasculaire ; ces altérations existent souvent sur une grande étendue et peuvent même, après une résection unilatérale, se rencontrer sur l'os non réséqué. Les parties fibreuses de l'articulation synoviale, capsule, ligaments et périoste, se sont soudées de manière à constituer un faisceau dense, cicatriciel, tendu entre les deux os et se continuant plus ou moins avec le périoste. Les muscles sectionnés ou détachés de leurs insertions se sont atrophiés. Les nerfs juxtaarticulaires ont, souvent aussi, été atteints. Presque toujours, ils sont étirés au niveau de l'article détruit, ainsi que les vaisseaux d'ailleurs, par le poids du membre. Et ce sont ces lésions vasculaires et nerveuses qui expliquent les douleurs, les troubles circulatoires et trophiques presque constants.

Le traitement des jointures ballantes comprend des moyens purement externes, des procédés d'irritation locale sclérosants et les nombreuses variétés de la méthode opératoire.

Nous n'insisterons pas sur les appareils prothétiques, quelques-uns fort ingénieux, qui ont été imaginés pour rendre supportables les membres ballants ou en améliorer le rendement fonctionnel. Ces appareils ont évidemment encore certaines indications en dehors du traitement chirurgical ou parfois comme complément de celui-ci; mais leur emploi est de plus en plus limité.

Par contre la physiothérapie sous ses diverses formes garde sa valeur dans tous les cas et elle a pu même quelquefois suffire à rendre utilisable un membre qui semblait pour toujours impotent. On sait en effet quelle est l'importance de l'atrophie musculaire dans la pathogénie de l'infirmité ; quand cette atrophie n'est pas d'origine paralytique, elle peut rétrocéder assez sous l'effet d'un traitement physique bien conduit pour que la jointure devienne active et accommodable.

Les injections de chlorure de zinc, les pointes de feu profondes déjà employées contre les pseudarthroses ont amélioré des articulations, non pas véritablement ballantes, mais lâches, dont elles ont restreint les mouvements de latéralité. Mauclaire a obtenu quelques résultats intéressants des injections de chlorure de zinc dans les cas de genoux ballants.

Le traitement chirurgical de l'affection est une question touffue et au premier abord il est assez malaisé de se diriger à travers la foule des procédés et des techniques qu'il comporte. Il semble qu'on ait cherché la solution du problème dans des directions très différentes. Cette diversité tient sans doute pour une part à l'ingéniosité personnelle des opérateurs, mais beaucoup plus encore à la nécessité de régler l'acte opératoire selon le degré de l'infirmité, la nature et l'étendue des lésions, l'articulation qui est en cause et même selon la profession du blessé.

Pour mettre un peu d'ordre dans l'exposé de ce traitement, nous pouvons d'abord ranger les interventions en deux groupes : celles qui ankylosent la jointure ballante et celles qui lui restituent un fonctionnement plus ou moins normal.

Il est entendu que l'ankylose n'est qu'un pis-aller mais souvent la solidité et la puissance du membre indispensable à de nombreux travailleurs manuels

ne sont pas trop chèrement achetées à ce prix. D'ailleurs cette solution médiocre est la seule possible en certains cas. Les indications des opérations ankylosantes se rencontrent surtout au genou et au coude.

Au genou, il s'agit d'obtenir la soudure fémoro-tibiale qui n'a pas suivi régulièrement une résection post-traumatique. Si cette résection a laissé subsister une des extrémités osseuses intacte avec son cartilage, il peut suffire de la compléter, comme a fait Martin, pour amener l'ankylose. Mais le plus souvent on cherche à solidariser les deux os par quelque moyen mécanique précédant et favorisant la consolidation physiologique par le cal. Schwartz, Tuffier ont employé la suture ou l'agrafage métallique. Mauclaire a, deux fois, implanté le fémur taillé en pointe dans le tibia excavé pour le recevoir. La tendance actuelle est de fixer les os à l'aide soit d'une cheville d'os mort, soit d'un greffon vivant — baguette de tibia ou péroné — pris sur le malade lui-même. C'est à ce dernier procédé qu'ont eu recours Tuffier, Chaput, Schwartz.

Le coude ballant ne doit être ankylosé que lorsque l'impotence est absolue et la musculature inutilisable. Ce ne sont malheureusement pas des éventualités exceptionnelles. Ici comme précédemment, pour souder les os, il est essentiel de les mettre et de les maintenir en contact. Après ablation des tissus fibreux interposés, on peut soit suturer simplement au fil métallique les extrémités osseuses avivées, soit user du procédé par implantation : Mauclaire a enfoncé le cubitus taillé en pointe dans l'humérus perforé d'avant en arrière, Gaudier et Jamet au contraire ont implanté l'humérus dans le bloc osseux formé par le radius et le cubitus ; la suture est utilement ajoutée à l'implantation.

L'épaule ballante est évidemment elle aussi justiciable parfois de l'ankylose, mais dans le cas de cette articulation plus souvent encore que lorsqu'il s'agit du coude, l'opération manque son but, en ce sens que la consolidation au lieu de se faire par un cal osseux est purement fibreuse et laisse au bras une mobilité plus ou moins étendue. Si cette soudure fibreuse est assez serrée pour supprimer la ballance, le résultat obtenu n'en est pas moins bon, au contraire, puisqu'un certain jeu subsistera au niveau de l'ancienne articulation. Ainsi se rejoignent en ce point les deux formes opposées que peut prendre l'intervention chirurgicale et qui sont, avons-nous dit, la création d'une ankylose ou la réfection d'une jointure utilisable. Nous reviendrons à ceci tout à l'heure. Examinons d'abord parmi ces procédés de réfection de la jointure ceux qui n'utilisent que les parties molles.

Ils ont été appliqués presque uniquement à l'épaule et au coude. Les uns ne visent qu'à assurer le rapprochement des extrémités osseuses par le plissement transversal des éléments musculaires et fibreux. Ainsi Stern a pu, en fronçant le deltoïde par des points en U au catgut chromé, le raccourcir de manière à relever l'humérus jusqu'au niveau de la cavité glénoïde. Il a restitué de la sorte non seulement leur fonction aux articulations sous-jacentes mais une certaine mobilité active à l'épaule elle-même. Morestin a de même réparé un coude ballant « en suturant les parties molles de façon à former autour des extrémités osseuses une coque ferme par le froncement et le tassement des tissus ».

D'autres procédés ont une portée plus physiologique. Ce sont de véritables myoplasties qui cherchent non seulement à rapprocher les os, mais à remédier à l'insuffisance fonctionnelle des muscles détruits ou paralysés, ou désinsérés, ou insérés vicieusement. Chutro a présenté à la Société de chirurgie deux blessés atteints d'épaule ballante très grave par destruction étendue de l'humérus et paralysie deltoïdienne, auxquels il avait fait une suture « par imbriquement » du deltoïde et du trapèze désinsérés au niveau de leurs bords correspondants et une suture delto-pectorale. La ballance fut supprimée avec ses effets à distance sur les autres articulations du membre, mais l'épaule ne récupéra pas de mouvements spontanés. Coville pratiquant une opération analogue eut l'idée de libérer le trapèze de l'épine de l'omoplate par une résection de la crête osseuse d'insertion, afin de donner un point d'appui solide à la suture trapézo-deltoïdienne. Au bout d'un an le bras avait retrouvé un fonctionnement très satisfaisant et en particulier une abduction active de 30°. Walther, chez un blessé qui avait perdu, outre un quart de son humérus, l'omoplate et l'extrémité externe de la clavicule, rattacha le deltoïde en arrière aux muscles de l'ancienne fosse sus-épineuse, en avant au moignon claviculaire et aux tissus fibreux avoisinants. Sencert aussi a obtenu deux excellents résultats en réinsérant le deltoïde à l'acromion, à l'épine de l'omoplate et à la clavicule. Dans un troisième cas particulièrement grave par suite de l'étendue de la perte humérale et de la paralysie deltoïdienne, il fit une opération intéressante déjà préconisée autrefois par Vulpius et Hildebrandt : le grand pectoral désinséré du sternum et de la clavicule fut déplacé en dehors aussi loin que possible et fixé à l'épine de l'omoplate et à l'acromion ; le bras redevint utilisable. Mauclaire a tenté une myoplastie plus compliquée encore et portant non seulement sur le grand pectoral et le trapèze, mais sur le grand dorsal et le grand rond.

Vallas et Bovier ont préconisé contre le coude ballant une opération plastique bien réglée dans laquelle on reconstitue, aussi anatomiquement que possible, l'ancienne jointure avec les tissus plus ou moins altérés qui en restent. Bovier sous le nom d'arthroplastie l'a minutieusement décrite dans sa thèse et dans le *Lyon chirurgical*. Il pense qu'elle pourrait être appliquée à l'épaule et au poignet. Voici en quoi elle consiste : on pénètre dans la région articulaire par la cicatrice ou mieux par une incision latérale externe. Les extrémités osseuses sont repérées. On trouve tendu entre elles un trousseau fibreux, cicatriciel, profond qui renferme les restes de la capsule articulaire et des débris périostiques. Il faut pratiquer sur ce cordon fibreux des incisions longitudinales régulièrement espacées qui le divisent en lanières dont la continuité avec le périoste des extrémités osseuses sera soigneusement respecté. Ce sont ces éléments capsulo-périostiques

qui en proliférant, reconstitueront une nouvelle capsule. Les muscles périarticulaires sont alors recherchés et un aide ayant mis les os au contact, ces muscles les épitrochléens, les épicondyliens, le triceps sont réinsérés en bonne place au périoste les uns de l'humérus, l'autre du cubitus. Un appareil plâtré est appliqué pour 3 semaines au moins ; Bovier vante les résultats obtenus. Cotte doit à une opération de ce genre la guérison très complète d'un coude ballant.

Les procédés de réparation que nous venons de voir touchent peu aux os, mais pour rapprocher ceux-ci on peut agir plus directement. Il s'agit en somme de remplacer les liens flasques et trop lâches qui unissent les extrémités osseuses de l'articulation ballante, par une attache fibreuse courte et forte, capable d'annuler le flottement sans supprimer toute mobilité. Une telle opération voisine avec celle qui cherche l'ankylose et elle en dérive d'ailleurs, car elle n'a été au début que l'échec heureux de chirurgiens qui voulaient seulement souder les os.

On commence donc par réséquer le bloc de tissu cicatriciel qui siège à la place de la jointure, puis les extrémités des os sont régularisées afin que leur contact s'établisse dans les conditions les plus favorables. Au coude, si la cavité sigmoïde du cubitus a été conservée, on y place le bout huméral, en laissant libre le radius pour lui conserver des mouvements de rotation ; lorsque la résection initiale a porté sur les deux os de l'avant-bras, il peut être utile de les désolidariser et même de réséquer un peu du radius. Quénu, pour un coude ballant a fait une opération modelante, taillant le cubitus en tenon et l'humérus en mortaise. A l'épaule, l'humérus est mis en contact avec la cavité glénoïde ou avec l'acromion et la clavicule ; au besoin, il pourrait être appuyé aux côtes, comme le fit Gersuny, quoique cette technique paraisse peu recommandable. La zone scapulaire la plus fréquemment adoptée pour le logement de l'humérus est l'angle formé par la cavité glénoïde, l'acromion et la coracoïde. A la hanche, c'est le grand trochanter qui est, en général, placé contre la cavité cotyloïde. Une bonne adaptation des parties osseuses en présence est nécessaire; Cotte récemment préféra réséquer le grand trochanter trop déformé, quitte à augmenter le raccourcissement du membre.

Les os étant affrontés, il s'agit de les maintenir dans la bonne position, ce qui s'obtient de diverses manières. Nous ne revenons pas sur le rôle important que joue à ce point de vue l'utilisation des parties molles périosseuses. L'appareil plâtré est un autre moyen de fixation médiate dont on a parfois tiré le meilleur parti. C'est ce que prouvent les guérisons d'épaule ballante obtenues par Dionis du Séjour à l'aide d'un appareil à anses immobilisant le bras dans l'abduction horizontale. En général, pour éviter l'écartement des os, on recourt à ce procédé plus direct et plus sûr qu'est la suture, soit au fil métallique, soit au catgut chromé, celui-ci préféré par Mayet pour des raisons plus théoriques que pratiques.

Avant la guerre, Vallas et Quénu avaient déjà pratiqué la suture osseuse pour épaules ballantes. Depuis, la suspension de l'humérus à la voûte acromio-coracoïdienne a donné des succès plus ou moins complets à Cruet, Souligoux, Tavernier, Leriche en France, à Lange et à Nagedorn à l'étranger. D'autre part, la suture huméro-antibrachiale s'est montrée capable de restituer un coude mobile et actif avec Quénu, Nové-Josserand, Bérard, Latarjet. D'après Massart, la suture au coude aurait l'inconvénient de donner une articulation trop serrée ou une demi-ankylose peu solide et peu utilisable. La suture temporaire de Latarjet ne semble pas mériter ce reproche si on en juge d'après 3 cas rapportés par cet auteur à la Société de chirurgie.

Voici, examinés d'un peu plus près, les résultats qu'on peut attendre de ce procédé opératoire : à l'épaule, l'abduction se récupère d'une façon très variable, souvent médiocre, ce qui tient en partie à la faiblesse qu'entraîne pour le deltoïde le rapprochement de ses insertions ; la propulsion et la rétropulsion sont meilleures ; quant à la rotation qui aurait pour effet de tordre les attaches fibreuses de l'humérus, elle est habituellement nulle. Au coude, la flexion se fait bien; l'extension vraiment active manque très souvent; la pronation et la supination varient comme l'état des connexions radio-cubitales.

Comme le fait remarquer Lardet, la forme et l'étendue des mouvements sont étroitement liées à la valeur fonctionnelle de la musculature. Et quoique, bien entendu, rien n'empêche d'associer les myoplasties à l'intervention proprement osseuse, un sage principe est de chercher à faire la néarthrose d'autant plus serrée et même raide que les muscles sont moins bons, à l'épaule surtout.

Pour finir nous devons mentionner une méthode de traitement des articulations ballantes qui n'a encore que bien peu de faits à son actif mais n'en est pas moins intéressante et se développera sans doute, nous voulons parler des greffes articulaires en désignant par là non seulement les greffes articulaires totales qui n'ont pas été essayées dans les jointures ballantes et n'y semblent guère indiquées, mais la pose de greffons osseux ou de pièces prothétiques destinées à remplacer une extrémité articulaire. A trois reprises, Mauclaire a usé de la prothèse interne pour des épaules ballantes, fixant à la diaphyse humérale une pièce en ivoire de même forme que la tête de l'os. Pour diverses raisons ces trois tentatives ont échoué. Mais il n'y a pas lieu d'abandonner la méthode qui, de l'avis même de l'auteur, pourrait réussir dans des conditions plus favorables, c'est-à-dire loin de la période infectieuse, chez un sujet ayant encore des muscles et peu de tissu cicatriciel.

Quant à la greffe osseuse employée pour refaire un segment détruit de l'article, l'idée en avait été émise par Ollier, au sujet de l'épaule, dans son *Traité des résections*. Cependant il n'y a guère que deux opérations de Tavernier qui, sous une forme un peu particulière, représentent une application pratique de cette idée. Elles furent pratiquées sur des poignets dont la ballance avait pour cause la destruction de l'extrémité inférieure du radius. En pareil cas, que pouvait-on faire? Sans doute il eût été assez rationnel de raccourcir simplement le cubitus; mais

la main aurait beaucoup perdu de sa force. Tavernier réséqua du cubitus un fragment ne représentant en longueur que la moitié de ce qui manquait au radius et se servit de ce fragment pour allonger d'autant le radius. Cette greffe par transposition réussit parfaitement et donna un bon résultat anatomique et fonctionnel dans les deux cas.

P. CHASTENET DE GÉRY.

BIBLIOGRAPHIE

GENTIL. L'épaule ballante, *Th. de Lyon*, 1904.

BOVIER. Le coude ballant, *Th. de Lyon*, 1916.

LERICHE. De la résection dans les plaies du coude par projectiles de guerre (rapport Quénu), *Soc. de chir.*, 1916, p. 416.

BÉRARD. Traitement des arthrites suppurées du coude par plaies de guerre (rapport Quénu), *Soc. de chir.*, 1916, p. 1431.

LERICHE. Présentation de réséqués du coude (rapport Quénu), *Soc. de chir.*, 1916, p. 1434.

WALTHER. Réparation d'une large perte de substance de l'épaule par transplantation du deltoïde, *Soc. de chir.*, 1916, p. 1459.

MAUCLAIRE. Grande perte de substance de l'extrémité supérieure de l'humérus, etc., *Soc. de chir.*, 1916, p. 1764.

COVILLE. Myoplastie du moignon de l'épaule au moyen du trapèze, etc., *Soc. de chir.*, 1916, p. 1900.

QUÉNU. Opération pour coude ballant, *Soc. de chir.*, 1916, p. 1925.

MAUCLAIRE. Genou ballant après résection de l'extrémité inférieure du fémur, etc., *Soc. de chir.*, 1916, p. 2385.

CHAPUT. Tumeur blanche du genou. Résection du genou. Nonconsolidation. Enchevillement, etc., *Soc. de chir.*, 1917, p. 817.

BÉGOUIN. Quelques remarques sur les résultats fonctionnels éloignés de la résection du genou pour plaies de guerre, *Soc. de chir.*, 1917, p. 1225.

CHUTRO. Grosse perte de substance de l'extrémité supérieure de l'humérus accompagnée de paralysie du deltoïde, *Soc. de chir.*, 1917, p. 1230.

MAUCLAIRE. Coude ballant complètement impotent après une résection du coude. Implantation dans l'humérus de l'extrémité apointée du cubitus, *Soc. de chir.*, 1917, p. 1394.

GAUDIER et JAMET. Coude ballant, suite de résection du coude, traité par l'implantation de l'humérus, etc., *Soc. de chir.*, 1917, p. 1626.

TIXIER. Résection de l'épaule droite (discussion Souligoux), *Soc. de chir.*, 1917, p. 2005.

A. SCHWARTZ. Fracas du genou suivi de genou ballant, etc., *Soc. de chir.*, 1917, p. 2034.

CHUTRO. Grosse perte de substance de l'humérus droit. Paralysie du deltoïde. Bras ballant, *Soc. de chir.*, 1917, p. 2203.

LARDET. Les articulations ballantes consécutives aux résections des grandes articulations du membre supérieur pour blessures de guerre. Leur traitement, *Th. de Lyon*, 1918.

STERN. Bras ballants et suspension de l'humérus (rapport Walther), *Soc. de chir.*, 1918, p. 21.

SOULIGOUX. Bras ballant, *Soc. de chir.*, 1918, p. 270.

DIONIS DU SÉJOUR. Traitement des résections très étendues de l'épaule, etc. (rapport Mauclaire), *Soc. de chir.*, 1918, p. 715.

LATARJET. Résections primitives de l'épaule avec myoplasties secondaires (rapport Mauclaire), *Soc. de chir.*, 1918, p. 828.

SENCERT. A propos des épaules ballantes, *Soc. de chir.*, 1918, p. 1163.

MAUCLAIRE. Genoux ballants très améliorés par les injections péricapsulaires de chlorure de zinc au 1/20, *Soc. de chir.*, 1918, p. 1377.

COTTE. Coude ballant par perte de substance étendue. Bon résultat par reconstitution de la gaine capsulo-périostée (rapport Broca), *Soc. de chir.*, 1918, p. 1588.

PATEL. Suspension cubito-humérale pour coude ballant, *Soc. de chir.*, 1918, p. 1838; — Suspension cléido-humérale, etc., *Soc. de chir.*, 1918, p. 1839.

LATARJET. Observations de coudes ballants consécutifs à des résections diaphyso-épiphysaires très étendues. Leur traitement chirurgical, *Soc. de chir.*, 1918, p. 1975.

MASSART. Du traitement chirurgical de l'épaule ballante consécutive aux blessures de guerre, *Lyon chir.*, 1919, p. 77; — Le coude ballant consécutif aux résections post-traumatiques, *Lyon chir.*, 1919, p. 207.

BOVIER. Traitement des articulations ballantes par l'arthroplastie, *Lyon chir.*, 1919, p. 325.

MARTIN. Genou ballant, etc. (rapport Mauclaire), *Soc. de chir.*, 1919, p. 1425.

PATEL. Résection étendue de l'épaule gauche; épaule ballante; myoplastie, *Soc. de chir. de Lyon*, 19 juin 1919.

LERICHE. Épaule ballante traitée par l'ostéosynthèse, *Soc. de chir. de Lyon*, 8 janv. 1920.

COTTE. Hanche ballante traitée par la reposition sanglante après capsulorraphie, *Soc. de chir. de Lyon*, 4 mars 1920.

— Depuis que cet article a été écrit, le traitement de l'épaule et du genou ballants a été le sujet, à la Société de chirurgie de Lyon (séances des 20 et 27 mai), de diverses communications dont on peut retenir ceci :

Au niveau du genou, l'ostéosynthèse exécutée à l'aide d'agrafes, de plaque (Cotte, Leriche) ou d'un fil métallique en anse transversale (Tavernier) suffit en général à assurer l'ankylose nécessaire, mais n'empêche pas toujours le déplacement externe du fémur (Durand) et doit être aidée, dans les cas graves, de l'enchevillement par greffon. En ce qui regarde l'épaule ballante, d'après Tavernier et Leriche, les opérations, associées ou non à des myoplasties, qui ne solidarisent les os que lâchement, seraient souvent suivies d'échecs dus principalement à la luxation antéro-interne de l'humérus et par suite ne vaudraient pas les opérations réalisant une soudure osseuse complète.

P. C. G.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 25 MAI 1920)

Lésions pulmonaires déterminées par les gaz suffocants. — MM. A. MAYER, A. GUIEYSSE et E. FAURÉ-FRÉMIET décrivent les lésions de la trachée et des bronches, et les lésions du parenchyme pulmonaire. Ils insistent sur l'œdème aigu qui est la lésion la plus caractéristique et la plus importante causée par les gaz suffocants.

Sur le sort des projections microbiennes dans l'air. Influence de l'humidité. — MM. A. TRILLAT et MALLEIN. Les projections microbiennes produites par l'acte de parler, de tousser, etc., sont constituées par des gouttelettes capables d'ensemencer des boîtes de Pétri à plusieurs mètres de distance du sujet. Les expériences des auteurs ont montré que le nombre des colonies récoltées à l'air sec est à peu près nul, tandis qu'il est notable dans l'air humide et considérable, quand l'air humide renferme des traces d'aliments.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 1er JUIN 1920)

Accidents convulsifs traités par l'intervention chirurgicale. — M. BAZY fait une communication sur ce sujet. Il cite plusieurs exemples de malades, atteints d'accidents convulsifs, épilepsie jacksonienne, qui, après avoir subi une opération chirurgicale, ont vu disparaître ces accidents.

Le tartrate borico-potassique dans le traitement de l'épilepsie et la médication borée. — MM. Pierre MARIE, CROUZON et BOUTTIER ont étudié les résultats obtenus dans le traitement de l'épilepsie par les sels de bore. Ces résultats sont au moins équivalents à ceux fournis par la médication bromurée.

Le sel de bore dont l'emploi a donné les meilleurs effets est le tartrate borico-potassique, à la dose moyenne de 3 g. par jour en solution aqueuse.

La diminution du nombre et de la violence des crises survient dès les 8 ou 10 premiers jours et progresse de plus en plus, c'est ainsi que, dans les cas graves, le nombre des crises, dans le cours du 3e mois de traitement, avait baissé des deux tiers pour arriver parfois à zéro.

Un grand avantage de ce traitement est qu'on n'observe aucun des inconvénients si pénibles de la médication bromurée. L'usage du tartrate borico-potassique peut être continué pendant des mois sans que les malades s'en plaignent; ils se soumettent très volontiers à cette médication.

Le mode d'action du tartrate borico-potassique est très différent de celui des bromures. Ceux-ci en effet opèrent surtout en diminuant les réactions des centres nerveux, d'où l'affaiblissement ou la disparition des réflexes tendineux, cutanéo-muqueux, et même pupillaires; le tartrate borico-potassique au contraire ne produit aucun effet de ce genre.

Et d'ailleurs les quantités de bore ou de brome contenues dans 3 g. de médicament sont très différentes : pour le tartrate borico-potassique la dose de bore est de 15 cg., tandis que dans 3 g. de bromure de potassium il n'y a pas moins de 2 g. de brome.

Le médicament est aussi bien toléré et aussi efficace chez les enfants et les vieillards que chez les adultes.

Tumeurs inflammatoires causées par les injections d'huile de vaseline. — M. LETULLE en son nom et au nom de MM. ALGLAVE et LEVRAIS fait une communication sur les dangers de ces injections. Voici les conclusions de ce travail :

1° L'huile de vaseline est susceptible de produire de véritables tumeurs inflammatoires, vouées à une évolution souvent lente mais progressive et ininterrompue (un cas datant de 16 ans).

2° Le seul traitement est l'extirpation chirurgicale à condition qu'elle soit praticable et que les tumeurs ne soient pas disséminées au point que l'extraction en soit impossible.

3° Dans ces dernières conditions l'ablation du bloc fibro-huileux n'arrête pas la marche de la lésion.

4° Il faut éviter toute injection d'huile de vaseline dans les tissus, c'est une opération dangereuse qui doit être rigoureusement condamnée.

M. BALZER s'est servi autrefois d'huile de vaseline comme véhicule pour le mercure ou d'autres substances injectables. Il a eu des accidents qu'il a aussitôt signalés.

Réduction de la période de la contagiosité des fièvres éruptives par la méthode de Milne. — MM. G.-H. LEMOINE et M. FAVRE. Cette méthode (1) a permis, pendant la guerre, de traiter dans une même salle les malades atteints de scarlatine et de rougeole, sans qu'il se soit produit de cas de contagion.

Appliquée pour la première fois, il y a 40 ans, par le Dr Robert Milne dans des asiles recevant un grand nombre d'enfants provenant des faubourgs les plus malsains de Londres, elle a mis fin aux épidémies qui s'y développaient d'une façon continue, au point de réduire le nombre des cas à une moyenne de 30 à 40 par an, dans un milieu comprenant couramment 7.000 à 8.000 enfants.

Robert Milne insiste d'une façon particulière sur la nécessité de traiter les malades d'une façon très précoce, dès l'apparition des prodromes, coryza, larmoiement, tache de Köplick pour la rougeole, angine pour la scarlatine.

La méthode consiste, rappelons-le, en une désinfection rigoureuse de la gorge : amygdales, piliers, cavité pharyngienne, région postérieure des fosses nasales doivent être badigeonnées toutes les 2 heures pendant 24 heures avec une solution d'huile phéniquée à 1/10 et un peu plus longtemps, 3 à 4 jours, si les soins n'ont pu tout d'abord être donnés toutes les 2 heures. En même temps on procède à des frictions de toute la surface du corps « depuis la racine des cheveux jusqu'à la plante des pieds » avec de l'essence d'eucalyptus. Cette opération doit être effectuée 2 fois par jour pendant 4 jours, puis une seule fois par jour pendant 6 jours.

Les conditions dans lesquelles se présentent les malades atteints de fièvre éruptive, dans la pratique journalière des grandes villes, au cours d'une épidémie, rendent l'application de cette méthode difficile dans nos milieux hospitaliers. Les malades entrent d'ordinaire à l'hôpital en pleine éruption, souvent déjà atteints de complications, et de plus, ces entrées s'effectuent souvent par groupes plus ou moins nombreux ; le personnel déjà limité devient rapidement insuffisant.

Mais il n'en est pas de même pour certains groupements tels que ceux de la famille, de certains internats d'enfants ou de jeunes gens, de groupes militaires limités, où les sujets peuvent être plus étroitement surveillés.

C'est dans ces conditions que MM. Lemoine et Favre ont fonctionné à Ligny-en-Barrois et à Guiscard au cours de la campagne, où les entrants journaliers étaient peu nombreux. Les médecins, d'autre part, restant à l'hôpital d'une façon permanente, pouvaient surveiller eux-mêmes l'application de la méthode.

Dans certains milieux donc et dans certaines circonstances, la méthode de Milne doit être regardée comme la meilleure. En abrégeant la période de contagiosité, elle met à l'abri du danger créé par les convalescents, surtout pour la scarlatine.

(1) Cf. GAULLIEUR L'HARDY. La méthode de Milne, *Gaz. des hôpit.*, n° 71, 24 juin 1911, p. 1099 ; — La méthode de Milne, *Gaz. des hôpit.*, n° 70, 20 juin 1914, p. 1139 ; — La méthode de Milne expérimentée avec succès depuis 3 ans, en France, par un médecin militaire, *Gaz. des hôpit.*, n° 74, 30 juin 1914, p. 1219.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 15 MAI 1920)

Du rôle de l'azote non uréique dans la détermination des symptômes urémiques. — MM. H. CHABANIER et A. DE CASTRO GALLARDO ont constaté la coïncidence d'une augmentation du taux de l'azote non uréique et de symptômes d'intoxication urémique et, au contraire, l'existence d'un taux normal de cet azote non uréique chez de grands néphrétiques ne présentant aucun de ces symptômes. Le syndrome d'intoxication urémique a donc comme cause efficiente un trouble, souvent brutal, du métabolisme des substances protéiques et non à proprement parler l'insuffisance sécrétoire des reins.

Il résulte de ces faits que si le taux de l'urée sanguine nous renseigne sur l'ordre de grandeur de l'insuffisance rénale c'est en définitive le taux de l'azote non uréique qui permet d'évaluer le trouble du métabolisme et de porter un pronostic immédiat.

Dosage de l'urée dans le sang à l'état normal et pathologique. Résultats comparatifs obtenus par les méthodes à l'hypobromite et au xanthydrol. — M. LAUDAT. Quand on applique avec précision ces méthodes, on constate que l'hypobromite apporte toujours une erreur par excès. Cette erreur est, en moyenne, de 25 p. 100 chez le sujet normal; elle peut tomber à 3 p. 100 chez les grands azotémiques, et, au contraire, atteindre 75 p. 100 chez les hépatiques.

La formation du pigment brun noir (mélanine) au cours de la phagocytose chez les insectes. — M. A.-Ch. HOLLANDE. Lorsque le sang de l'insecte renferme une tyrosinase et un chromogène, c'est-à-dire lorsque le sang de l'insecte noircit au contact de l'oxygène de l'air, les leucocytes-phagocytes du sang de l'insecte, au cours de la digestion des éléments étrangers (microbes ou corps inertes), agiront, par leurs diastases oxydantes, de la même façon que l'oxygène de l'air sur le plasma sanguin contenu dans la vacuole renfermant le corpuscule incorporé par le phagocyte (ou peut-être encore sur le plasma adsorbé par le corpuscule au contact du sang de l'insecte). Il s'ensuivra la formation d'un pigment brun noir (mélanine). Il n'existe aucun rapport entre la production de ce pigment et la nature de l'élément phagocyté, même quand il s'agit de bacilles de Koch. Dans la suite, la mélanine formée abandonne lentement les leucocytes, se répand dans le sang et en est absorbé par les cellules péricar-

diales de l'insecte. Au fur et à mesure que la phagocytose s'effectuera, le protoplasme des cellules péricardiales s'enrichira en mélanine. (Laboratoire de zoologie et parasitologie, Ecole supérieure de pharmacie de Nancy.)

Action de l'anticatalase sur les toxalbumines de la toxine diphtérique. Hypothèse biophysique des réactions des colloïdes. — M. R. Thieulin compare le pouvoir toxolytique des divers autolysats de foie avec leur teneur en hépatocatalase et conclut à l'inaction de cette oxydase sur les toxalbumines. Comme suite à ces recherches et à des travaux précédents, l'auteur émet sur les réactions vitales des colloïdes l'hypothèse biophysique suivante.

Deux mouvements vibratoires opposés animent les colloïdes ; on les distingue : in vitro par une charge électrique contraire (colloïdes électropositifs et électronégatifs), deux colloïdes de signe contraire se précipitent réciproquement; in vivo, l'action vitale d'un colloïde peut être, ou renforcée par un colloïde de même signe (agglutinine et or colloïdal), ou annihilée par un colloïde de signe contraire (phénomène d'interférence, telle l'action du fer colloïdal sur les agglutinines, de l'antihémolysine sur l'hémolysine).

Masque manométrique. — M. Pech.

Un coccobacille isolé chez quatre malades. — M. Lorain.

Infantilisme hydatique. — M. F. Dévé a constaté à plusieurs reprises, chez des malades jeunes atteints de kystes hydatiques non compliqués du foie ou de l'abdomen, un degré plus ou moins accusé d'infantilisme. Cet état dystrophique, indépendant de toute tare héréditaire et de toute affection infantile débilitante, paraît devoir être rattaché à l'intoxication hydatique chronique.

Le réflexe oculo-cardiaque et les modifications de la tension oculaire. — MM. Magitot et Bailliart se sont posé les questions de savoir : 1° si le réflexe oculo-cardiaque était vraiment un réflexe oculaire ; 2° si on pouvait l'invoquer pour expliquer les phénomènes nerveux qu'on observe parfois dans les crises d'hypertension oculaire. Leurs expériences leur ont permis de poser les conclusions suivantes :

a. Pour provoquer le réflexe oculo-cardiaque, il est nécessaire d'imprimer une pesée de 150 à 200 g. au moins. Peu importe que cette pesée s'exerce d'avant en arrière à travers les paupières, directement sur la cornée, latéralement sur la sclérotique ou encore d'arrière en avant sur le globe.

b. Le réflexe oculo-cardiaque n'est pas un réflexe spécial à l'œil. Il peut exister sans lui, et les auteurs ont pu le provoquer expérimentalement en injectant de la gélose (à 40°) dans des orbites dont l'œil avait été énucléé.

c. L'augmentation de la tension oculaire est incapable à elle seule de provoquer des modifications du rythme cardiaque et respiratoire. Les phénomènes nerveux des glaucomes sont donc d'ordre névritique et des réflexes comparables à ceux qu'on observe au cours de la colique hépatique ou néphrétique.

d. Le réflexe oculo-cardiaque n'a rien de particulier à l'œil. Il est aussi bien orbito-cardiaque ou naso-cardiaque.

C'est un réflexe sensitif banal qui ne mérite nullement l'attention qu'on lui a prêtée.

La Lutte contre la tuberculose pulmonaire basée sur une théorie nouvelle de la tuberculinisation des sommets, par le Dr Emile Spehl, professeur à l'Université de Bruxelles, ancien chef de service des hôpitaux, membre du Conseil supérieur d'hygiène. Préface de Maurice Letulle, professeur à la Faculté de Paris, membre de l'Académie de médecine. Gr. in-8 raisin, de 450 p., avec 26 tables et un tableau résumé des moyens à mettre en œuvre dans la lutte contre la tuberculose pulmonaire. — Prix : 16 fr. — Paris, G. Doin.

NOTES POUR L'INTERNAT

LES PARALYSIES DIPHTÉRIQUES

ÉTIOLOGIE. — Les paralysies diphtériques ont été décrites pour la première fois par Trousseau, Maingault; elles constituent les complications les plus fréquentes de la diphtérie. Les paralysies limitées se verraient dans 1/6 des cas et les paralysies généralisées dans 1/20 des cas (Roger). Plus fréquentes en général chez les adultes (Landouzy) et au cours des formes graves de la diphtérie. En général, elles succèdent surtout à l'angine diphtérique et plus spécialement quand il y a eu en même temps diphtérie nasale, d'après Dieulafoy.

D'une façon générale, on peut dire, avec Babonneix, que les paralysies localisées frappent surtout la région atteinte primitivement par la diphtérie, et que les paralysies généralisées débutent ordinairement par cette région.

SYMPTOMES. — Nous distinguerons, pour l'étude clinique, deux grandes formes : les paralysies localisées au voile du palais et les paralysies généralisées.

A. **Formes localisées au voile du palais.** — Le *début* est variable. Il y a des paralysies *précoces* que les classiques considèrent comme peu graves et peu importantes, et que Marfan et Barbier considéreraient, au contraire, comme ayant une signification grave.

En général, c'est *pendant la convalescence*, 8, 15 jours, 1 mois parfois après la chute de la fausse membrane que survient la paralysie du voile. Parfois elle s'annonce par quelques signes généraux : l'albuminurie qui persiste ou réapparaît; la pâleur de la face, la diarrhée persistante, la fièvre légère accompagnée de tachycardie, l'amaigrissement, l'instabilité mentale chez l'enfant.

Triboulet a remarqué que, bien souvent, ce sont les angines diphtériques en apparence bénignes qui sont suivies de paralysies. Mais l'examen méthodique des selles par la réaction de Meyer montre la présence de sang, persistant même pendant la convalescence. Ce symptôme important, que Triboulet rattachait à la présence d'ulcérations intestinales, traduirait les décharges successives de produits toxiques par la muqueuse intestinale, même dans les cas en apparence bénins.

Bien souvent ces petits symptômes sont nuls ou effacés, et la paralysie débute par de l'hésitation motrice du voile du palais.

PÉRIODE DE PARALYSIE CONSTITUÉE. — On peut distinguer trois formes cliniques distinctes, suivant que la paralysie est totale, unilatérale ou partielle.

1° *Paralysie totale des muscles du voile.* — Les symptômes fonctionnels consistent surtout en troubles de la phonation, de la déglutition, de la respiration, de l'audition.

Troubles de la phonation. — Il s'agit de nasonnement, voix enrouée, voilée, avec impossibilité de prononcer certaines lettres (labiales par exemple) et difficulté de parler longtemps. Ces troubles proviennent de l'inocclusion de l'arrière-pharynx par les muscles péristaphylins et pharyngo-staphylins, de telle sorte que le courant d'air expiré se divise en deux au niveau du voile du palais : un qui passe par le nez et l'autre par la bouche. Si bien que si l'on pince le nez la phonation devient presque normale.

Troubles de la déglutition. — Le malade avale de travers. Par suite de l'inocclusion du pharynx nasal, les liquides et surtout les liquides chauds sont rejetés par le nez en partie. Pour obvier à cet inconvénient, le malade essaie de boire lentement et la tête renversée en arrière.

Les solides passent assez facilement. Parfois, cependant, par suite de la paralysie des élévateurs du larynx, on a pu noter la pénétration d'aliments dans le larynx, d'où accès de suffocation et même possibilité d'une broncho-pneumonie de déglutition.

Enfin, il est à noter parfois que, par suite de la paralysie des muscles du pharynx, la déglutition nécessite de tels efforts répétés que le malade se fatigue et qu'il refuse toute nourriture.

Chez le *nourrisson*, on doit signaler la difficulté de la succion, ce qui gêne l'allaitement.

Troubles de la respiration. — Ils sont en général peu accentués, consistant en ronflement, difficulté pour gonfler les joues, pour souffler, etc.

Troubles de l'audition. — Ils sont également légers et dépendent de la paralysie du péristaphylin externe qui n'agit plus sur la trompe d'Eustache.

Signes physiques. — Si l'on examine la gorge du malade on peut constater que le voile du palais et la luette pendent verticalement, flasques et inertes, immobiles pendant les efforts de phonation. La muqueuse du voile est insensible à la piqûre et le réflexe nauséeux est bien souvent aboli. L'anesthésie régionale peut s'étendre d'ailleurs aux gouttières pharyngo-laryngées; d'où la pénétration possible de particules alimentaires dans le larynx au cours de la déglutition.

Dans certains cas, la muqueuse serait pâle, du fait de troubles vaso-constricteurs.

2° *Paralysie unilatérale du voile.* — Il s'agit là de l'hémiplégie palatine, décrite par Jaccoud, et qui est consécutive en général à une angine unilatérale; la luette est déviée vers le côté sain.

3° *Paralysies partielles du voile.* — Décrites par Duchenne, elles peuvent atteindre chaque muscle du voile et réalisent alors des formes cliniques très variables. Mais ces paralysies partielles et incomplètes sont très rares. La paralysie totale du voile du palais est de beaucoup la plus fréquente, et Marfan fait même remarquer que, bien souvent, il ne s'agit pas d'une paralysie du voile seul, mais de tout le rhino-pharynx. Cette paralysie débute par la région qui a été la première atteinte par la diphtérie.

B. **Formes généralisées.** — Elles sont en général plus rares et plus tardives. Elles débutent toujours par le voile pour atteindre ensuite et progressivement le pharynx, le larynx, les yeux, les membres inférieurs et supérieurs, le tronc; dans certains cas même des troubles cardio-pulmonaires peuvent survenir qui réalisent un type clinique spécial de la plus haute gravité.

Dans ce cas, la paralysie, qui débute par le voile du palais, s'accompagne souvent de signes généraux plus graves que de coutume : teint plombé et livide, tristesse et abattement, tachycardie, albuminurie plus ou moins abondante. Quelquefois, convulsions avec crises de vomissements. Dans les jours qui suivent la paralysie s'étend pour atteindre les divers viscères et groupes musculaires.

1° *Pharynx.* — La paralysie du pharynx se traduit par des troubles de la déglutition avec chute fréquente de particules dans la glotte (broncho-pneumonie de déglutition); cette déglutition difficile s'accompagne d'une toux sèche et convulsive.

2° *Larynx.* — La paralysie des muscles du larynx peut s'accompagner de troubles de la voix, de dyspnée, de stertor même.

3° *Muscles des yeux.* — Les symptômes qui découlent de la paralysie des muscles des yeux varient suivant que la musculature externe ou interne est seule atteinte ou que les deux sont prises à la fois.

a. *Musculature externe.* — Rarement touchée. Cependant on peut noter parfois du strabisme interne par paralysie du droit latéral externe (VIe paire) ou de la diplopie, du ptosis par paralysie de la IIIe paire.

b. *Musculature interne.* — C'est la plus fréquemment touchée. On peut observer des troubles de la pupille et des troubles de l'accommodation. La mydriase est uni ou bilatérale. La vue s'affaiblit progressivement et il peut y avoir tous les degrés depuis l'amblyopie légère jusqu'à l'amaurose (Rousseau). Le malade ne peut contracter sa pupille et la paralysie des muscles ciliaires empêche de voir les objets rapprochés et de lire de près. Enfin, il peut y avoir exceptionnellement de la neuro-rétinite toxique, comme au cours des accidents de l'alcoolisme.

c. *Paralysie totale.* — Il s'agit d'une ophtalmoplégie totale, l'œil paraissant comme figé dans de la cire (Hutchinson). La fente palpébrale est diminuée et il y a de l'enophtalmie.

Ces paralysies oculaires se rapprochent de celles du tabes par leur apparition brusque, leur caractère parcellaire. Mais il n'y a pas de neuro-rétinite, pas de signe d'Argyll-Robertson. Parfois même il y a un syndrome inverse au signe d'Argyll, c'est-à-dire abolition du réflexe à l'accommodation, alors qu'il persiste le réflexe à la lumière. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — Un concours pour la nomination aux places d'élève externe en médecine vacantes le 1er mars 1921 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris aura lieu le lundi 20 septembre 1920, à 16 heures précises, dans la salle des concours de l'administration, 49, rue des Saints-Pères.

Les étudiants, qui désirent prendre part à ce concours, seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 11 heures à 15 heures, du lundi 2 août au mardi 30 août 1920 inclusivement.

Par exception, les candidats qui doivent être appelés sous les drapeaux à la fin de l'année sont appelés à subir consécutivement les deux épreuves réglementaires dès l'ouverture du concours. Ils devront en faire la déclaration au moment de leur inscription.

— La répartition des internes en pharmacie de 1re année aura lieu le vendredi 25 juin, à 14 heures, à la salle des concours, rue des Saints-Pères.

Hôpitaux de province. — Marseille. — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

1. MM. Zucarelli (Joseph), Girbal, Berthier, Lahayville, Pieri, Henry, Crémieux, Tristan, Gauthier, Raybaud,

11. Marcou, Bourde, Mollin, Acquaviva, Brahic, Esquier, Margaillan, Parrocel, Claudel, de Rocca-Serra,

21. Artaud (Adrien), Turriès, Coulomb, Mastier, Perrin, Artaud (Louis), Salen, Métral, Massot, Mathieu,

31. Aviérinos, Rathelot (Jean), Roussellier, Morenon, Fajon, Rathelot (Alban), Arnaud, Mlle Smadja, MM. Benet, Chabert,

41. Garcin, Mlle Samama, MM. Trabuc (Fernand), Michotet, Paoli, Bec, Fournier, Escudier, Zucarelli (Charles), Caublot,

51. Santelli, Combaz, Mlle Latil, MM. Gaudin, Jourdan, Marini, Gros, Louge, Mlles Roure, Vidal,

61. M. Péramond, Mlle Schuck, MM. Volpatti, Donnier, Conil, Guieu, Trabuc (Félix), Cézylli, Mlle Chaix, MM. Canakis,

71. Bourret, [Donati, Grégorj, Mlles Barjavel, Sansonetti.

Faculté de médecine de Paris. — Un concours pour les emplois vacants de chefs de clinique s'ouvrira, à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 5 juillet 1920, à 9 heures du matin.

1° Clinicat médical : titul., 1 ; adj., 2 ; 2° clinicat oto-rhino-laryngologique : titul., 1 ; adj., 2 ; 3° clinicat médical infantile : titul., 1 ; 4° clinicat chirurgical infantile : titul., 1 ; adj., 1 ; 5° clinicat gynécologique : titul., 1 ; adj., 1 ; 6° clinicat de la première enfance : titul., 1 ; adj., 1 ; 7° clinicat des maladies contagieuses : titul., 1 ; adj., 1 ; 8° clinicat thérapeutique : titul., 1.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, guichet n° 2, jusqu'au samedi 26 juin inclusivement. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, de midi à 3 heures.

Sont admis à concourir : tous les docteurs en médecine français. Il n'y a pas de limite d'âge.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

— Concours de l'adjuvat. — Lecture des compositions : MM. Le Basser, 26 ; Tourneix, 22 ; Oberlin, 28.

— Concours du prosectorat. — *Epreuve de dissection.* — MM. Maurer, 29 ; Bloch (René), 28 ; Charrier, 29 ; Gatellier, 30 ; Monod (Raoul), 25 ; Bloch (Jacques), 29 ; Caudrelier, 27.

— Sont proposés : MM. Bloch (René), Charrier et Gatellier.

Facultés des départements. — Alger. — M. le prof. Trabut est promu de la 2e à la 1re classe.

MM. les prof. Dufour et Ardin-Delteil sont promus de la 3e à la 2e classe.

— M. le Dr Coudray est nommé chef des travaux de pathologie générale et microbiologie.

— Montpellier. — M. le prof. Forgue a été nommé assesseur du doyen.

M. le Dr Vallois, prosecteur, a été chargé des fonctions d'agrégé et des fonctions de chef des travaux d'anatomie.

— Toulouse. — Il est créé un emploi de moniteur d'obstétricie.

CONCOURS DE MÉDECIN DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — *Epreuve clinique.* — Séance du 7 juin. — MM. Guerrier, 18 + 8 = 26; Marx, 14 + 5 = 19; Besançon, 13 + 6 = 19.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Le Conseil supérieur de l'Instruction publique est convoqué en session ordinaire le 28 juin 1920.

La durée de cette session sera de 5 jours.

LES MÉDECINS CONTRE LES GRÈVES. — La désorganisation nationale causée par les grèves du mois de mai a soulevé dans le monde médical une nouvelle et très vive réprobation.

A Bordeaux, tous les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux ont signé une vigoureuse protestation contre la suppression du gaz et de l'électricité dans les hôpitaux.

Pour la première fois, l'éventualité du refus des soins aux grévistes a été envisagée sérieusement par des organes tels que nos excellents confrères *Le Journal des praticiens* et *Le Moniteur médical* et elle est actuellement l'objet d'une intéressante discussion dans le *Concours médical.*

En même temps, des syndicats médicaux décident de refuser les soins aux grévistes révolutionnaires. La Société médicale de Pau et le syndicat médical du Béarn viennent, en effet, de voter l'ordre du jour suivant :

« Considérant que l'assistance aux malades est la sauvegarde de la santé publique, facteur primordial de la prospérité nationale et de tout progrès social ; que cette assistance ne saurait être efficacement assurée par le Corps médical qui en a la charge, si ses moyens d'action se trouvaient amoindris par la désorganisation des services d'intérêt public, nécessaires actuellement à l'exercice de la médecine : postes, télégraphe, téléphone, transports, eau, gaz, électricité, essence, ravitaillement, etc. ;

Constatant que les grèves actuelles n'ont pas un objectif de légitimes revendications professionnelles, mais sont des manifestations révolutionnaires ayant pour but la désorganisation des services d'intérêt public ; que ces grèves apportent des entraves intolérables à l'accomplissement de la mission sociale des médecins et compromettent ainsi gravement la santé publique et l'évolution même de la société ;

Affirmant leur sympathie pour les vrais travailleurs et leur dévouement absolu aux malades ;

La Société médicale de Pau et le Syndicat médical du Béarn,

Emettent le vœu que les pouvoirs publics prennent d'urgence et sans faiblesse, toutes les mesures utiles pour prévenir ou pour faire cesser les grèves désorganisatrices des services d'intérêt public dont le fonctionnement régulier et sans à-coup est indispensable à l'exercice de la médecine et à la vie nationale ;

Décident que toute assistance médicale sera rigoureusement refusée aux grévistes désorganisateurs des services d'intérêt public, étant entendu que l'hôpital leur reste ouvert pour les cas urgents. »

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 14 juin. — Jury : MM. Letulle, président; Hartmann, Gosset, Cunéo. — Mme Hartglas. Cure d'altitude et sanatorium populaire de haute montagne. — M. Jarrand (Pierre). Traitement des acnés. — M. Roullaud (André). Contribution à l'étude du sodohu. — M. Remilly (André). Sur 32 observations de femmes opérées pour tuberculose. — M. Pinot (Jules). Traitement des fractures de l'olécrâne. — M. Galot (Edouard). Les pseudarthroses de l'avant-bras. — M. Chauvenet (Louis). Contribution à l'étude de la tuberculisation des luxations de la hanche.

Mardi 15 juin. — Jury : MM. Teissier, président; Balthazard, Bernard, Brindeau. — M. Jeannet (Marie-Pierre). L'anergie au cours de la gestation. — M. Le Gall (Aristide). Exposé et critique de la loi du 25 octobre 1919. — M. Sigraudeau (Gabriel). A propos d'un cas d'endocardite maligne. — M. Kerner (Henri). Les principales erreurs de diagnostic dans la présentation du siège.

Jury : MM. Achard, président ; Marfan, Jeanselme, Carnot. — M. Barry (Yves). Essai sur la spécificité antistaphylococcique de l'ion-étain. — M. Lavoine (Charles). L'expectoration des tuberculeux traités par les injections intraveineuses de sels cériques. — M. Lesecq (Joseph). Le traitement radiothérapique des adénopathies cervicales. — M. Sagot (Lucien). L'endocardite gonococcique. — M. Hirszberg (Alexandre). Stase intestinale chronique.

PRATIQUE MÉDICALE

LA SYPHILIS NERVEUSE
SON TRAITEMENT IODO-MERCURIEL PAR LE LIPOGYRE

Levaditi et Marie, reprenant à la lumière d'expérimentations nouvelles l'intuitive conception de Noguchi, viennent de démontrer la pluralité des races de tréponèmes (1). Ces deux auteurs nous montrent, par le groupement d'un grand nombre de faits cliniques, que les syphilitiques voués au tabes et à la paralysie générale ont été contaminés par une race spéciale de spirochètes ayant acquis une aptitude plus grande à se localiser dans les centres nerveux, ce sont des spirochètes *neurotropes,* par opposition à l'autre variété, spirochètes *dermotropes,* agents des syphilis à manifestations muqueuses et cutanées.

De ces données pathogéniques doivent sortir des règles thérapeutiques. Le tissu nerveux, peu accessible au mercure et à l'arsenic, constitue pour les tréponèmes un véritable maquis histologique en raison de cette quasi-imperméabilité aux agents spécifiques du milieu cérébro-spinal, dont Balzer a si bien analysé le mécanisme (*Bull. méd.*, 20 déc. 1919).

Que devra donc être l'attitude thérapeutique rationnelle chez un sujet où des manifestations cutanées et muqueuses légères font craindre une contamination par une race de spirochètes neurotropes? Un traitement général persévérant, quelles qu'aient été la rapidité et la perfection du blanchîment initial, doit intervenir; traitement « prudent, mais sans mollesse, énergique quand la situation le commande » (Barthélemy). Le système nerveux doit être surveillé de très près, et pour peu que l'infection soit ancienne, malgré l'absence de tous troubles apparents, la plus légère lymphocytose doit faire craindre l'imminence d'accidents cérébro-médullaires et légitime un traitement actif (G. Lyon).

Pratiquement, en quoi doit consister ce traitement? Les arsenicaux, excellents pour porter le coup initial, ne doivent cependant être maniés qu'avec une extrême prudence. Si, en effet, ils se fixent aisément sur les centres nerveux, ils les fragilisent à l'extrême, au point de tertiariser parfois précocement l'infection contre laquelle on les a mis en œuvre. La mercurialisation, qu'il faut intensive, est souvent brutalisante; quant à l'iodure, insuffisant à lui seul, il a l'inconvénient d'introduire en même temps que l'iode une surcharge médicamenteuse en sodium et potassium, dont l'action peut être urémisante ou convulsivante. Ce n'est point le cas du lipogyre, éther gras iodé mercuriel (diiodobrassidate d'éthyle hydrargyré) qui, possédant une affinité très nette pour les tissus nerveux et lymphatiques, constitue l'arme de choix à utiliser contre le neurotropisme.

En fait, ce médicament a donné dans quelques cas de syphilis nerveuse de très encourageants succès que nous analyserons dans un prochain article. Retenons pour aujourd'hui sa tolérance remarquable par le tractus digestif qui, en permettant d'en continuer l'usage pendant fort longtemps, est aussi un puissant facteur de réussite quand il s'agit d'accidents à évolution aussi longue que ceux que nous venons d'envisager.

(1) Levaditi et A. Marie. *Ann. de l'Inst. Pasteur.* 1919, t. XXXIII, n° 11.

REVUE GÉNÉRALE

Les tumeurs dans leurs rapports avec les traumatismes

OU MIEUX AVEC LES ACCIDENTS DU TRAVAIL (1)

Par le Dr COURTOIS-SUFFIT,
Médecin des hôpitaux de Paris,
Expert près les tribunaux.

Le sujet que j'aborde aujourd'hui est particulièrement difficile. Ne croyez pas qu'usant d'un procédé oratoire bien connu j'exagère à dessein les difficultés que nous allons rencontrer, pour me donner le facile plaisir de les résoudre... Ces difficultés sont certaines et je vous les exposerai dès le début afin que se dégagent plus clairement ensuite les faits non seulement les plus évidents, mais aussi ceux qui dans l'état actuel de nos connaissances paraissent les plus vraisemblables.

Tout d'abord, si vous m'entendez répéter à chaque instant le mot de *traumatisme*, il convient que vous n'oubliez pas que ce mot sous-entend toujours : *accidents du travail*.

Cette distinction vous paraîtra peut-être un peu subtile, elle est cependant, en l'espèce, tout à fait légitime :

L'accident du travail, en effet, est un traumatisme, c'est entendu, mais, si je puis ainsi dire, c'est un *traumatisme « spécialisé »*.

C'est un traumatisme qui est régi dans ses conséquences par une loi, la loi du 9 avril 1898, dont le caractère essentiel, primordial et définitif, est d'être forfaitaire et transactionnelle.

Ce qui veut dire que toute blessure survenue au cours du travail est indemnisée suivant une échelle fixée d'avance, variant avec la réduction de capacité ouvrière, mais absolument indépendante des maladies ou infirmités que présentait l'ouvrier avant le sinistre.

Cette formule comprend toute la question dite « de l'état antérieur » qui a certainement été traitée devant vous avec toute l'ampleur qu'elle mérite par M. le professeur de médecine légale, et sur laquelle je ne veux pas m'appesantir, mais dont il est indispensable, cependant, que je dise quelques mots. Si, en effet, le mot traumatisme sous-entend « accident du travail », les mots « état antérieur » sont sous-entendus dans tous les chapitres de cette leçon, puisque cet état constitue, quand le traumatisme ne se produit pas sur une tumeur déjà connue, « la prédisposition », cette chose vague et singulièrement imprécise qui au cas de cancer est tout et sans laquelle celui-ci ne saurait apparaître.

Des exemples vous feront comprendre le sens de la loi et je les choisirai volontairement très gros pour mieux frapper votre attention :

« Un individu est atteint de blennhorragie; il reçoit une contusion sur l'articulation du genou : une arthrite se déclare qui évolue comme les arthrites blennhorragiques et se termine par ankylose. L'indemnisation de l'ouvrier doit être totale, sans qu'on prenne souci de l'infection primitive, qui cependant est la raison même de l'évolution de la détermination articulaire.

« Un individu est atteint de tabes fruste : il se fracture la jambe au cours de son travail sous l'influence d'une cause futile; cette fracture se consolide mal : des troubles trophiques apparaissent; son impotence devient rapidement absolue; le chiffre de la rente est forcément très élevé... mais, de l'affection nerveuse préexistante, il ne saurait être question. »

Les faits semblables sont légion : n'est-ce pas ce qui se produira pour l'apparition d'un néoplasme à la suite d'un trauma banal, et n'est-ce pas aussi le fait de cette prédisposition latente, de cette sorte de diathèse héréditaire ou acquise dont la nature intime nous échappe d'ailleurs totalement et faute de laquelle, cependant, la tumeur ne se serait pas développée.

A la lumière de ces faits, la loi de 1898 apparaît brutale, et d'autant plus intransigeante qu'elle ne comporte aucune atténuation, et que tous les amendements qui ont été proposés, et qui auraient eu pour but, par exemple, de ne pas indemniser les aggravations résultant de lésions ou d'infirmités préexistantes, n'ont pas été admis.

Le vœu qui pouvait paraître motivé, de voir le principe absolu de l'indemnisation transactionnelle et forfaitaire des blessures céder la place à celui des *responsabilités atténuées* ou d'une indemnisation vraiment proportionnelle au dommage, n'a pas été pris en considération.

A première vue, il peut paraître logique que, lorsque le traumatisme n'est pas créateur, mais simplement aggravateur, sa responsabilité cesse d'être intégrale... Cela est, peut-être, logique mais en fait cela n'existe pas, et comme nous ne sommes pas ici pour discuter la loi mais pour apprendre à l'appliquer, sachons une fois pour toutes que, en matière d'accidents du travail, malgré beaucoup de jugements encore sur ce point contradictoires, « l'état antérieur ne compte pas »... Je ne vous en parlerai plus.

Je vous ai dit que le sujet que je traite devant vous aujourd'hui était hérissé de difficultés... voulez-vous me permettre de vous les montrer les unes après les autres.

Si, en effet, scientifiquement parlant, la relation de cause à effet entre le traumatisme et les tumeurs est très loin d'être établie ou facile à établir... il n'est pas de notion vulgaire plus courante, plus universellement admise non seulement par les ouvriers, mais aussi par les gens les plus éclairés.

Il n'est pas de femme atteinte de cancer du sein qui ne signale, quelques semaines, quelques mois ou quelques années auparavant, un coup, une chute, une contusion quelconque, et, fait important à signaler, les malades parlent toujours d'un coup, et jamais d'une plaie, ce qui, au point de vue pathogénique, pourrait avoir une importance.

Vous vous heurterez donc, dès le début, à une opinion toute faite, aussi ancrée dans l'esprit des magistrats que dans le cerveau des ouvriers, et vous serez obligés de la combattre par des arguments d'ordre scientifique qui, parfois, hélas! ne sont pas évidents par eux-mêmes.

Mais, ceci n'est rien, il y a plus grave. Cette opinion est souvent défendue par des médecins et vous aurez à lutter contre des textes : ceux-ci, bien entendu, sont de valeur inégale, et quelques-uns même sont si étranges qu'ils sont nuls, scientifiquement : en voulez-vous des preuves?

(1) Leçon professée à la Faculté de médecine de Paris (cours complémentaire de médecine légale).

On a publié des observations ainsi conçues, dans lesquelles la cause du cancer est établie comme il suit :

Chute de cheval : aucun symptôme notable ; 22 ans plus tard glio-sarcome du cervelet;

Coupure de la lèvre inférieure par rasoir ; 10 ans plus tard : cancer de la lèvre;

Chute dans l'eau ; 3 semaines plus tard sarcome du fémur!

Il y a quelques mois le Dr Thierry signalait à la Société de chirurgie une observation du même genre dont il ne nomme pas l'auteur et qui peut se résumer ainsi :

Premier cas de néoplasme malin, suite d'une blessure de guerre. Un officier reçoit un éclat d'obus à l'angle de la mâchoire inférieure. Pas de plaie, simple contusion : ultérieurement, un an après, apparition d'une tumeur de la parotide. L'auteur, dit le Dr Thierry, n'hésite pas à admettre un rapport de cause à effet.

Mais il n'est pas, Messieurs, que des textes de ce genre, dont le moins dont on puisse en dire c'est qu'ils sont par trop simplistes. Il est des observations qui émanent des auteurs les plus autorisés, les plus sérieux, les plus recommandables. Lisez attentivement ces observations et vous verrez que les unes manquent d'un examen histologique suffisant : Arrou a publié deux observations de tumeurs posttraumatiques, diagnostiquées sarcomes, après un premier examen histologique ; un nouvel examen pratiqué ultérieurement montra qu'elles n'étaient formées que de tissu inflammatoire ; que les autres manquent de renseignements sur l'accident lui-même, sur sa date, sur l'espace qui l'a séparé de l'apparition du trauma ; que les autres ne donnent aucun renseignement sur l'état de la région avant l'accident et cependant combien il eût été important de savoir si tel sein traumatisé n'était pas atteint d'adénome, si tel épithélioma venu après une contusion ne s'était pas développé au point précis qu'occupait un nævus.

C'est par milliers que se chiffrent les observations de traumatismes et c'est avec la plus grande peine que l'observateur impartial arrive à réunir quelques cas de cancer d'origine traumatique présentables au point de vue scientifique.

Segond a dit : *L'observation probante, le fait impeccable démontrant sans discussion possible qu'un traumatisme peut être la cause déterminante d'un cancer n'existe pas.* Mais est-ce tout ? Non.

Feuilletons ensemble la jurisprudence et nous allons immédiatement rencontrer des exemples qui nous montreront les difficultés que rencontrent les experts et surtout les magistrats.

Voici, résumé, un cas qui a donné lieu à 4 expertises différentes, c'est-à-dire à 4 opinions divergentes.

Il s'agit d'un ouvrier qui reçoit sur le dos une pierre de la grosseur de sa tête. Il tombe, reste un moment évanoui, puis il revient à lui et, après quelques minutes, peut rentrer à son domicile. Un médecin constate une contusion violente de la région sacro-lombaire. Six mois plus tard un expert écrit qu'il subsiste une infirmité permanente et partielle égale à 30 p. 100. Une deuxième expertise est ordonnée, qui est pratiquée 2 mois après la première. L'expert conclut à la guérison absolue sans infirmité permanente. Douze ans plus tard, le blessé déclare qu'il ressent des douleurs au point primitivement traumatisé ; le premier médecin qui l'avait soigné note l'existence d'une tuméfaction et conclut à un rapport de cause à effet entre le trauma et la tumeur qui est opérée et qui apparaît comme un sarcome à cellules géantes. L'ouvrier affirme que depuis le jour où il a été blessé il a toujours ressenti des douleurs.

Le premier médecin base son opinion sur ce fait qu'il y a eu concordance exacte entre le point lésé et le lieu du développement de la tumeur et que, s'il y a eu un trop long espace de temps entre la cause et l'effet, il y a eu cependant continuité des phénomènes pathologiques.

D'après lui, il y a lieu à indemnisation.

Un nouvel expert est nommé qui conclut exactement en sens contraire et qui, affirmant qu'un sarcome ne peut se développer 12 ans après le trauma, déclare qu'il ne peut y avoir de lien étiologique valable.

Un 4e expert est nommé par le tribunal. Il conclut à la responsabilité du traumatisme en disant que l'épanchement sanguin du début démontre qu'il y a eu dilacération des tissus, que cette lésion a dû laisser une induration cicatricielle, que cette lésion cicatricielle est devenue un terrain favorable à l'apparition d'un sarcome et que le rapport de cause à effet doit être considéré comme démontré.

La Compagnie d'assurances demande, à son tour, une contre-expertise. Le nouvel expert conclut en déniant toute responsabilité au traumatisme se basant sur ce fait que la date d'apparition d'un sarcome après un traumatisme est de 3 semaines au minimum et de 2 ans au maximum et qu'il est impossible d'admettre qu'un sarcome puisse rester 9 ans stationnaire.

Le tribunal cependant a accepté les relations de causalité en se basant sur la continuité des phénomènes pathologiques pendant les 12 années séparant l'accident de l'apparition de la tumeur.

Je pourrais vous citer d'autres faits semblables tirés de la jurisprudence, mais j'aurai l'occasion de vous rapporter plus tard d'autres jugements, et je voudrais vous montrer que le chapitre des difficultés, que je vous ai annoncé, n'est pas clos. Je tiens à n'être pas taxé d'exagération. Vous savez tous qu'un traumatisme violent a généralement pour effet d'aggraver la tumeur sur laquelle il se produit. C'est un des points les moins discutables. Or, des auteurs, tout à fait recommandables, ont publié des observations absolument opposées, dans lesquelles des traumatismes ont amélioré ou ont paru améliorer des tumeurs malignes, et voilà qui n'est pas fait pour faciliter notre appréciation.

Un dernier mot enfin. Vous venez de voir que vous vous heurterez à l'opinion du peuple qui est bien aussi celle de tout le monde ; à des observations mauvaises au point de vue scientifique, à des observations incomplètes, à des jugements discordants, à des opinions discutables, et tout cela n'est rien :

Vous aurez surtout à lutter contre certains médecins, *de nuance un peu foncée*, qui se sont rués sur les accidents du travail et qui, pour défendre les intérêts de leurs clients... et les leurs ! ne manqueront pas, eux aussi, de s'appuyer sur des textes plus ou moins discutables au point de vue scientifique, pour ébranler l'opinion des magistrats et contre-attaquer votre rapport.

Je ne veux pas insister davantage, mais vous voyez combien, quand vous rédigerez vos conclusions, vous devrez user, à la fois, de prudence et de fermeté !

L'hésitation que nous venons de constater dans les jugements, et dans certains textes, est le reflet certain et en quelque sorte légitime des différentes opinions qui ont été émises sur le sujet qui nous occupe.

Si, en effet, les rapports de succession chronologique entre les traumatismes et les néoplasmes sont trop fréquents pour être niés d'emblée, ils échappent cependant presque toujours à nos moyens

d'analyse et les découvertes récentes de la bactériologie, de l'anatomie pathologique, de la médecine expérimentale n'ont pas fourni d'éléments d'appréciation définitive sur l'origine et les conditions évolutives des tumeurs.

Les preuves de ce que j'avance sont multiples et nous les trouvons aisément dans l'énumération des différentes opinions qui ont été émises sur ce sujet.

En un mot, il s'agit de répondre avec précision à la question suivante :

Un traumatisme unique peut-il, survenant chez une personne exempte de toute tumeur antérieure ou de toute prédisposition locale au point contus, être la cause de l'apparition d'un cancer?

Sans remonter au déluge et tenter de faire un *historique* qui nous entraînerait trop loin, il est évident que, dans la 2e moitié du XIXe siècle, les chirurgiens subissant l'influence de VERNEUIL eurent une tendance à admettre une relation de cause à effet entre les traumatismes et le cancer.

Or, si, comme le disent Segond et Lenoir qui ont fait, de la question qui nous occupe, une étude complète à laquelle nous faisons de larges emprunts, on serre la question de près dans les principales publications qu'il faut consulter pour bien connaître la doctrine de Verneuil (thèses de Berger, Ricard et autres), il *n'existe pas un fait rigoureusement démonstratif*.

Et cependant, dans presque tous les traités de chirurgie, on trouve la mention du traumatisme au chapitre étiologique du cancer, qu'il s'agisse du sein, de la verge, des nerfs ou des os. Il est vrai que la plupart du temps les auteurs se bornent à de très vagues appréciations et se contentent d'exprimer leur avis par des formules imprécises : « Il se peut que... Il n'est pas impossible... »

Mais soyons justes, les traités de médecine n'ont rien à envier aux traités de chirurgie. Il est assez curieux de constater que les auteurs, à l'inverse des jours, se suivent et se ressemblent, et qu'ils ne manquent pas de replacer soigneusement dans leurs écrits ce qu'ils trouvent chez leurs prédécesseurs, et bien souvent sans vérifier les textes ou les observations primitifs.

Citons, cependant, parmi les travaux les plus dignes de foi :

Le travail de Gross qui note 43 fois sur 100 le traumatisme dans les antécédents des sujets atteints d'ostéo-sarcomes.

Un mémoire de Heurtaux qui, sur 341 cas de cancers du sein, a noté 26 fois un traumatisme mammaire violent dans les antécédents des malades.

Dans ces dernières années l'étude détaillée des accidents du travail et de leurs conséquences a amené les auteurs à exprimer leur opinion sur les rapports de cause à effet pouvant unir le cancer au traumatisme.

Brouardel a dit :

« Il semble résulter des faits consignés par les auteurs, de ceux que j'ai vus, que, à la suite d'une contusion, un cancer peut exceptionnellement se développer, mais il n'est pas établi que l'étiologie ne soit pas plus complexe et que le traumatisme aurait eu cet effet sur une personne non prédisposée. »

Thoinot pense que l'origine traumatique du cancer est parfaitement admissible au point de vue théorique, mais que, pratiquement, la certitude de cette étiologie ne pourra être établie qu'exceptionnellement.

Forgue et Jeanbrau estiment que le rôle étiologique du traumatisme ne paraît réel que pour le sarcome, surtout pour l'ostéo-sarcome.

Pour Ollive et Le Meignen, c'est seulement dans un nombre *très limité* de cas qu'on pourra admettre une relation de cause à effet entre le traumatisme et le cancer.

Malherbe admet l'influence du traumatisme sur la genèse du sarcome; il estime, au contraire, que cette influence est douteuse sur les autres tumeurs malignes.

Segond, en 1907, demanda leur opinion par voie de referendum à plus de 600 chirurgiens français et étrangers. Il ne reçut que 23 réponses... et, sur ces 23, 6 n'avaient pas d'opinion ferme, 4 se montrèrent très sceptiques; les autres furent plus positifs.

Le Dr Thiéry déclara qu'il avait été l'interne et le chef de clinique de Verneuil, et que jamais il n'avait vu dans son service une tumeur ayant paru se développer sous l'influence du traumatisme.

Segond donna son avis sur le plébiscite en disant : *Que si le traumatisme peut, dans un certain nombre de cas, aggraver le cancer ou servir de prétexte à son éclosion, il ne peut jamais par lui-même et par lui seul créer de toutes pièces une tumeur maligne chez un sujet sain et non prédisposé.*

Ce qui revient à dire que, pour le *plus grand nombre des tumeurs* posttraumatiques, la responsabilité causale de l'accident est nulle et qu'elle ne saurait motiver l'ombre d'une réparation pécuniaire.

Plus récemment, pendant la guerre, il y eut à la Société de chirurgie une discussion à propos de 2 observations de tumeurs d'origine traumatique présentées par le Dr Vitrac et rapportées par le prof. J.-L. Faure.

Les différents orateurs furent à peu près tous d'accord pour déclarer que le traumatisme est incapable de créer de toutes pièces une tumeur maligne, mais qu'il peut en aggraver et en précipiter l'évolution.

Le prof. Kirmisson résuma cette discussion en des termes excellents et qui nous paraissent devoir être retenus.

Il dit que la question des tumeurs d'origine traumatique se présentait sous 2 aspects :

L'un scientifique, impossible à résoudre;

L'autre médico-légal, et que dans ce dernier cas il était un certain nombre de circonstances dans lesquelles on ne pouvait nier l'influence du traumatisme.

Vous voyez, Messieurs, que nous sommes loin de cette opinion populaire dont je vous parlais en débutant qui admet que toute tumeur est la conséquence d'une contusion plus ou moins lointaine.

Par ce qui précède, j'ai cherché à vous montrer à quel point l'appréciation de faits, en apparence simples et d'observation courante, est malaisée. Nous devons maintenant faire un pas en avant et rechercher ce qu'il y a de solide et de véritablement démontré dans les rapports des tumeurs avec les traumatismes, et, pour ce faire, il nous faudra successivement examiner : d'abord le traumatisme en lui-même; puis son mécanisme dans ses rapports avec le terrain, c'est-à-dire avec le blessé; puis ses rapports avec la nature intime de la tumeur.

Nous resserrerons ainsi, me semble-t-il, les éléments du problème et nous tenterons de lui donner, autant que cela est possible, une base solide.

Du traumatisme en lui-même, de sa nature, il n'y a presque rien à dire. Tout ce que l'on sait c'est que, dans la très grande majorité des cas, il ne s'agit pas d'une blessure, mais seulement d'une lésion banale, d'un choc, d'une contusion.

Ce traumatisme peut être unique ou multiple.

Cette notion a d'ailleurs assez peu d'importance. Peut-être peut-on dire qu'un choc unique a été beaucoup plus souvent invoqué à l'origine du sarcome que de l'épithélioma. Cependant les femmes atteintes de cancer du sein invoquent habituellement comme cause première de leur maladie un seul traumatisme, et l'efficacité d'un choc unique dans l'apparition de certains cancers épithéliaux profonds, au niveau du testicule, du rein, de l'estomac, du côlon, a été admise par beaucoup d'auteurs.

Je ne vous parlerai pas des traumatismes répétés et prolongés, car il s'agit de l'apparition, après des frottements ou des excoriations, de cancroïdes ou de tumeurs épithéliales qui rentrent dans le domaine des maladies professionnelles, qui échappent à l'accident dont la caractéristique est d'être subit, brutal et suivi d'interruption immédiate du travail.

Pour exposer le *mécanisme du traumatisme* dans ses rapports avec le blessé, nous suivrons la classification proposée par Bérard (de Lyon), classification parfaitement claire et qui répond à tous les éléments de la question.

1° *L'accidenté était sain, en apparence, quand il fut atteint par un traumatisme dans la région où, plus tard, apparut la tumeur.*

Deux observations publiées par Le Noir vous montreront qu'il y a parfois des rapports chronologiques suffisants pour qu'on les tienne pour des rapports de cause à effet.

Un homme de 68 ans, paraissant en bonne santé, est atteint en août d'une blessure à l'occiput qui met l'os à nu. La plaie ne guérit pas, et, au bout de 12 semaines, on trouve de l'épaississement et de l'élévation des bords de la plaie, puis l'ulcération s'étend. En décembre, on fait l'ablation de la région ulcérée et on reconnaît qu'il s'agissait d'un carcinome.

On peut dire, dans ce cas, que le traumatisme a été certain, que son importance a été démontrée et que la correspondance exacte entre le point frappé et la tumeur peut être établie.

Dans le cas suivant les trois termes du problème ont été réalisés.

Un ouvrier peintre tombe sur le dos du haut d'une échelle. Il continue son travail pendant 7 mois, se plaignant, presque incessamment, de douleurs qu'on attribue aux causes les plus diverses.

Puis, se déclarent : paraplégie, incontinence des urines et des matières, escarres. La mort survient par cachexie 15 mois après l'accident. A l'autopsie on constate qu'il y a eu fracture non consolidée des apophyses épineuses et transverses de la 1re dorsale et de la 1re lombaire, et que, à la hauteur de ces fractures, s'est développée une énorme tumeur : endothéliome des méninges médullaires.

Evidemment, on pourrait encore ergoter sur ce fait. Est-il possible d'affirmer qu'avant le traumatisme la région blessée était absolument saine. Evidemment non, mais il est impossible également d'affirmer le contraire, et le blessé doit bénéficier du doute, si doute il y a, car les rapports chronologiques sont trop évidents pour que l'on ne soit pas forcé d'en tenir compte.

Ce qu'il faut répéter sans cesse, ce qu'il faut avoir bien présent à l'esprit c'est que, jusqu'à la date de l'accident, le blessé était vigoureux, bien portant, qu'il travaillait régulièrement et qu'immédiatement après le traumatisme, et depuis lors, il a perdu ses forces, a subi un état de déchéance progressive, uniquement explicable par la constatation ultérieure du néoplasme.

2° *L'accidenté était déjà cancéreux au moment de l'accident : le traumatisme a porté en un point plus ou moins éloigné du néoplasme préexistant.*

Plusieurs cas peuvent se produire :

a. Ou bien le *cancéreux est entré dans la phase de cachexie;* il est déjà plus ou moins profondément débilité et n'a plus les mêmes capacités de réparation : c'est ainsi que, s'il y a fracture, elle se consolidera plus lentement; que le point traumatisé pourra devenir un point d'appel pour le cancer; qu'un cal pourra subir la transformation cancéreuse; que la contusion, si elle siège sur le thorax, pourra plus facilement entraîner des complications pulmonaires...

b. Ou bien le *cancéreux n'est pas encore en état de cachexie,* et alors sa lésion nouvelle se cicatrisera aussi facilement que chez un autre et tout se passera comme chez un sujet sain.

c. Ou bien enfin il s'agit d'un cancéreux qui est atteint d'un traumatisme banal en un point éloigné de la tumeur primitive et chez lequel l'évolution de la maladie est hâtée par l'apparition d'un noyau secondaire au niveau du point frappé. C'est un cas relativement rare.

3° *L'accidenté est cancéreux : le traumatisme porte au niveau même du néoplasme préexistant.*

En ce cas, le trauma peut produire des *hémorrhagies* susceptibles d'accélérer l'évolution de la tumeur primitive, les ruptures vasculaires constituant des voies ouvertes à la généralisation.

Il est évident que, si l'aggravation procède d'un tel mécanisme, elle ne saurait tarder à se manifester et il conviendra toujours d'établir que l'aggravation s'est produite en continuité avec les symptômes tels que douleur, accroissement de volume, lesquels ont été constatés dès l'apparition du traumatisme au niveau du néoplasme.

Pour mieux fixer vos idées sur ce chapitre, laissez-moi vous donner quelques exemples :

Une contusion de l'abdomen peut entraîner, chez un cancéreux de l'estomac, des hématémèses à répétition rapidement mortelles.

Une *chute* de sa hauteur chez un homme atteint d'ostéo-sarcome de la cuisse peut provoquer une fracture du fémur, mettre en liberté des embolies néoplasiques capables de provoquer des métastases multiples du poumon à évolution rapide et singulièrement graves.

Dans tous ces cas, la tumeur étant reconnue au préalable, l'ouvrier, s'il travaillait au moment de l'accident, peut réclamer le bénéfice de la loi.

4° Enfin, l'*accident a déterminé la transformation néoplasique d'une lésion déjà existante, mais disposée par elle-même à une dégénérescence cancéreuse ultérieure.*

On sait que, spontanément, en dehors de toute cause occasionnelle tangible, les nævi, les cicatrices, les ulcères, les trajets fistuleux anciens, les cals de fracture peuvent subir la dégénérescence maligne : on sait également que beaucoup de tumeurs dites bénignes, fibromes, adénomes, peuvent se transformer sans aucun adjuvant accidentel en tumeurs malignes.

Or, ce qui, spontanément, peut se produire, le traumatisme peut le réaliser et les faits cliniques qui démontrent le bien-fondé de cette assertion sont nombreux et dignes de foi.

Il est bien entendu qu'au cas de transformations semblables le rôle de l'expert sera parfois difficile. Il devra examiner très soigneusement tous les rapports possibles qui peuvent unir l'accident à la tumeur; il devra rechercher si l'accident a été brutal, soudain; s'il a amené la cessation immédiate du travail; s'il a réellement affecté la région déjà malade; si le laps de temps qui s'est écoulé entre le trauma et la constatation de la tumeur a eu une durée acceptable.

5° Pour en finir avec ce long exposé du mécanisme étiologique, disons quelques mots des cas dans lesquels il se déclare spontanément et sans traumatisme nouveau une *tumeur maligne sur une séquelle de blessure ancienne.*

Des exemples vous feront mieux comprendre la possibilité de l'existence de ce groupe que le simple énoncé de son titre.

Un traumatisme a été l'occasion d'un fibrome, ou d'un adénome. *Si ultérieurement et sans nouvel accident* une de ces séquelles vient à subir la dégénerescence maligne, quelle devra être la conduite de l'expert?

Quand il s'agit d'apprécier la possibilité de l'influence du traumatisme en matière de cancer on prend en considération, très empiriquement, leurs rapports chronologiques; on se fixe sur la date d'apparition de la tumeur, et on admet qu'après 3 ans, c'est-à-dire au delà de la période de revision légale, les liens qui peuvent unir l'accident au traumatisme sont bien incertains.

Or, si le délai peut être accepté quand il s'agit d'une tumeur sur une région saine, il est beaucoup trop court quand il est question d'une tumeur maligne apparaissant sur une séquelle de traumatisme, c'est par années qu'il faut alors compter... mais quelle conclusion pourra faire adopter l'expert?

Il est extrêmement difficile de le dire. Cela devient une question d'espèce à laquelle vous donnerez la réponse que vous pourrez, laquelle ne sera d'ailleurs jamais qu'une hypothèse plus ou moins vraisemblable.

Que conclure de ce long chapitre dans lequel j'ai tenté d'exposer aussi clairement que possible le mécanisme étiologique de notre sujet?

Tout d'abord ceci : que la question de savoir si ce traumatisme peut de toutes pièces créer un cancer est, scientifiquement, très difficile à résoudre.

Que l'on peut admettre comme démontrées : l'influence des traumatismes chez les cancéreux; les métastases posttraumatiques d'un cancer préexistant; les tumeurs malignes aggravées par un accident; les cancers développés sur les séquelles des traumatismes.

Pour le reste, rien ne saurait faire éliminer l'*influence de la prédisposition.* Car un très grand nombre des observations publiées, dans lesquelles le traumatisme est considéré comme l'origine du cancer, sont inutilisables au point de vue scientifique, la preuve absolue manquant toujours, excepté pour quelques cas de sarcomes, et pour quelques cas, plus rares encore, d'épithéliomas.

Ceci nous amène à envisager les *rapports du traumatisme avec la nature intime de la tumeur.* La discussion porte rarement sur les tumeurs bénignes : lipomes, ostéomes, fibromes entre autres. Ces tumeurs relèvent presque toujours de traumatismes répétés, ce qui les ferait plus volontiers rentrer dans le cadre des maladies professionnelles.

On a cependant cité quelques exemples de productions bénignes, telles que ostéome du brachial antérieur dont Bérard a publié une observation topique qui peut se résumer ainsi :

Un jeune homme se fait une luxation du coude gauche en tombant de sa hauteur sur un carrelage. Bien que la réduction ait été obtenue sans peine le lendemain, il garde une ankylose du coude. Au bout de six mois, la radiographie montre la présence d'un volumineux ostéome du brachial antérieur implanté sur l'apophyse coronoïde du cubitus et une autre coulée osseuse englobant partiellement la tête radiale et le tendon du biceps.

Dans des cas semblables, le raisonnement est simple, la filiation des phénomènes est évidente : toute discussion serait oiseuse, le blessé doit être indemnisé.

Pour ce qui a trait à l'apparition des tumeurs malignes, vous savez déjà que l'interprétation des faits est plus délicate.

Or il faut bien retenir ceci : c'est que presque toutes les observations, dans lesquelles un traumatisme unique et violent paraît avoir eu une influence sur le développement d'une tumeur maligne, se rapportent à des sarcomes, et, du reste, ainsi que le signale fort justement Le Noir, on ne peut se défendre d'établir un certain rapprochement entre le sarcome, tumeur conjonctive embryonnaire et le processus de réparation des contusions, dans lesquelles il se produit autour du point d'attrition un exsudat séreux avec apport de jeunes cellules.

Pour le moment, contentons-nous d'observer les faits, et notons empiriquement que les *sarcomes* posttraumatiques des *os plats*, côtes, bassin, sont relativement beaucoup plus fréquents que ceux des *os longs* et que, pour les sarcomes du rachis, le traumatisme est signalé dans plus de 3/4 des observations.

Je vais vous en citer quelques observations particulièrement démonstratives et j'en résume 4 cas d'après Segond, qui sont des plus importants :

1er cas : Mécanicien de 43 ans, contusionné au niveau de l'ischion et des insertions des adducteurs par une pièce de fonte. Région saine auparavant. Six mois après, développement rapide d'un ostéo-sarcome au niveau précis du point contus. Ablation, récidive et mort. Le rôle étiologique n'est pas douteux.

2e cas : Cocher, 40 ans, reçoit un coup de pied de cheval sur la partie moyenne de la face antérieure de la cuisse gauche, saine auparavant. Six semaines plus tard, développement au point contus d'un fibro-sarcome.

3e cas : Mécanicien de 45 ans. Contusion à la face antérieure du 1/3 inférieur de la cuisse droite, région saine auparavant; 12 jours plus tard on remarque que l'ecchymose est en voie de régression et qu'il subsiste une petite tumeur ronde qui ne tarde pas à disparaître; 2 mois plus tard, réapparition de cette tumeur que l'opération démontre être un sarcome.

4e cas : Jardinier de 79 ans. Chute en avant, la poitrine portant sur un manche de fourche. Contusions du sein ; développement d'un hématome et apparition 3 mois plus tard d'un sarcome avec envahissement ganglionnaire.

Dans tous ces cas, sont nettement spécifiés :

1° La nature, le siège et la violence du traumatisme initial ;

2° L'intégrité de la région avant le traumatisme ;

3° L'apparition de la tumeur exactement au niveau du point contus ;

4° La continuité des manifestations pathologiques locales.

Non moins typiques sont les 2 observations de Vitrac, observées pendant la guerre.

Soldat blessé le 3 avril 1917. Gros éclat d'obus à la face externe de la cuisse. Extraction du projectile, apparition à la fin de juin dans le creux poplité d'une tuméfaction qui grossit, qu'on extirpe et que l'examen histologique démontre être un angio-sarcome.

Artilleur blessé le 10 mars 1916. Cuisse gauche serrée contre un arbre; contusion locale au mois de septembre, apparition en ce point d'un sarcome télangiectasique.

Les observations d'épithéliomas sont au point de vue médico-légal déjà un peu moins précises. Il en est quelques-unes de nettes, schématiques en quelque sorte, rapportées par Segond, puis par Le Noir.

Squirrhe du sein gauche, développé 6 mois après une contusion.

Epithélioma de la face développé un mois après une contusion. Epithélioma de la jambe 3 mois après une contusion.

Comme exemples de filiation, ces faits sont intéressants.

En parcourant la jurisprudence j'en ai trouvé d'autres, plus curieux, car ils ont donné lieu à des discussions médico-légales.

Un homme reçoit une violente contusion thoracique. Il succombe 5 ans après et l'autopsie révèle une dégénérescence cancéreuse des viscères abdominaux : estomac, foie, épiploon,

Le tribunal commet un expert à l'effet de savoir : 1° si la contusion a été la cause du cancer qui détermina la mort; 2° si la contusion a simplement diminué la force de résistance du sujet et l'a ainsi prédisposé au cancer; 3° s'il est possible qu'un cancer indépendant du traumatisme ait été influencé par celui-ci au point de hâter la mort.

Un premier expert répondit négativement aux deux premières questions, et à la troisième répondit que sans l'accident la mort eût été sans doute retardée de quelques mois.

Un deuxième expert répondit négativement à la première et à la troisième question et admit le bien-fondé de la deuxième, à savoir qu'un rapport étiologique médiat était probable.

Un troisième expert conclut qu'il existait un rapport étiologique entre le traumatisme et le cancer en ce sens que celui-ci ne se serait sans doute pas produit si la muqueuse n'avait pas été lésée.

Voici un autre fait rapporté par Segond :

Un journalier est heurté en pleine poitrine par la proue d'une barque qu'il tirait à lui pour la faire atterrir; 5 ans après, mort par cancer de l'estomac. Le tribunal fit droit à la demande des héritiers en se fondant sur le fait : 1° que le journalier avait reçu un choc particulièrement violent; 2° qu'il fut projeté sur le sol et qu'il ressentit de violentes douleurs qui nécessitèrent des soins immédiats; 3° que la maladie alla en s'aggravant jusqu'au décès; 4° qu'auparavant des témoins avaient pu affirmer qu'il n'avait jamais été malade.

Au point où nous en sommes de cette longue étude, vous croyez peut-être que nous marchons sur un terrain solide, que tout est devenu clair comme eau de roche. Détrompez-vous.

— Voici un arrêt qui émane de la Cour de Bordeaux (31 oct. 1908) qui admet que la loi de 1898 est applicable au traumatisme dont un charretier a été atteint par suite d'un choc, bien que la victime ait eu, avant le traumatisme, un noyau cancéreux que ce traumatisme a réveillé et dont il a hâté l'évolution.

— Voici un autre arrêt de la Cour de Bourges disant qu'il n'y a pas lieu d'allouer une rente, à raison de la mort d'un ouvrier décédé des suites d'un cancer de l'estomac, alors que cette maladie n'a pas été provoquée par l'accident qui a seulement précipité l'évolution du cancer.

2 cas identiques; 2 arrêts dissemblables.

Un arrêt de la Cour d'appel de Paris, en 1910, a admis la relation de cause à effet entre un accident et un cancer gastrique en se fondant sur ce fait que les experts avaient exposé qu'il n'y avait pas de cancer avant le traumatisme, que le traumatisme avait été grave et certain, que la tumeur s'était développée au point contus et dans un délai convenable.

En résumé, beaucoup d'épithéliomas traumatiques ont trait à des cancers internes, et surtout à des cancers gastriques et intestinaux.

En ces cas, la plupart des médecins, ayant admis qu'il pouvait exister parfois un rapport de cause à effet entre le traumatisme et les cancers viscéraux, estiment que le choc détermine une plaie de l'organe, une déchirure de sa muqueuse et que c'est sur la cicatrice que se développe l'épithélioma.

Le fait paraît possible chez un prédisposé au cancer, par analogie avec ce qui se passe pour les cicatrices cutanées.

Je vous citerai seulement la transformation possible des fibromes en fibro-sarcomes, en sarcomes, et même en carcinomes et de la dégénérescence également possible des adénomes en carcinomes.

Ces faits sont en effet à citer, puisque, si une tumeur maligne peut avoir pour point de départ un fibrome, on sait également qu'un fibrome peut être consécutif à des traumatismes et même à un traumatisme unique et violent.

Pour terminer cet exposé, que j'ai fait aussi schématique que possible, pour que vous en reteniez mieux les lignes principales, *je terminerai en vous donnant quelques conseils pratiques sur la façon dont il convient de rédiger un rapport médico-légal, dans un cas de ce genre.*

Je suppose que vous soyez commis par un tribunal, à l'effet de visiter un blessé victime d'un accident du travail, avec la mission suivante, qui est celle que donnent couramment les magistrats, à quelques détails près :

Commettons le Dr X... à l'effet de voir et examiner le Sr..., dire quelles sont les blessures occasionnées par l'accident dont il a été victime, quelles en ont été ou seront les conséquences dans l'avenir (infirmité temporaire ou permanente, partielle ou générale); dire si la lésion dont il est atteint est la conséquence directe du traumatisme, à quelle date se place la consolidation de la blessure...

Vous devrez successivement passer en revue les points suivants :

1° Il faudra, tout d'abord, spécifier très minutieusement les circonstances mêmes de l'accident. Cette étude est de la plus extrême importance.

Vous rechercherez s'il y a eu accident du travail au sens légal du mot, c'est-à-dire atteinte en une partie du corps de l'action soudaine, violente, anormale d'une cause extérieure : vous éliminerez ainsi les contusions répétées, les irritations continues, prolongées, qui sont peut-être susceptibles de provoquer l'apparition de néoplasmes, mais dont les effets rentrent alors dans le cadre des maladies professionnelles.

Vous passerez ensuite à la description du blessé. Vous n'oublierez pas de mentionner sa profession, notion de peu d'importance en espèce, puis vous donnerez son âge. Il n'est pas indifférent de le noter, puisqu'il est de notion courante que, si le *carcinome* n'est pas en général une maladie de la jeunesse, le

sarcome, au contraire, peut survenir chez des sujets peu âgés.

Vous n'oublierez pas de donner quelques détails sur les antécédents personnels du blessé. Vous rechercherez s'il n'y a pas eu antérieurement des signes d'ulcère gastrique ou intestinal. Nous savons en effet, que le cancer peut se développer sur d'anciennes cicatrices...

Mais alors nous entrons dans un chapitre de pathologie interne : puisqu'il s'agit de rechercher pour l'estomac, les douleurs épigastriques spéciales, les hématémèses, les signes d'hyperchlorhydrie antérieure, etc.

Vous penserez également à demander au blessé quelques détails sur ses antécédents héréditaires; mais il ne faudra pas attendre une grande lumière de ses réponses. Car il ne manquera jamais de signaler que ses parents étaient remarquablement bien portants.

Vous décrirez alors la lésion, son siège exact, sa forme, ses dimensions précises autant que possible, les symptômes douloureux qu'elle provoque spontanément ou qui se produisent pendant l'examen, l'état des organes voisins, et enfin, point capital, vous vous efforcerez de fixer sa *date d'apparition*.

C'est là, vous le comprenez après tout ce que je vous ai dit, un des éléments d'appréciation les plus utiles, un de ceux dont il importe le plus de tenir compte; car, ainsi que l'ont fait remarquer les auteurs et en particulier Le Noir, l'étude des cancers posttraumatiques aurait fait un grand pas si nous pouvons connaître avec une approximation suffisante les délais minimum et maximum entre lesquels l'apparition d'une tumeur peut raisonnablement reconnaître comme cause tel traumatisme de date donnée.

Or, tous ceux qui se sont occupés de cette question ne sont arrivés qu'à des conclusions approximatives et Thoinot a pu dire, avec raison, qu'en pareille matière il était plus facile de « raisonner que de prouver ».

Dès lors que peut-on admettre?

Ceci, tout d'abord, que l'*intervalle entre le traumatisme et la première constatation de la tumeur est extrêmement variable*.

Il semble, à première vue, que l'apparition trop rapide d'une tumeur après un traumatisme éveille, de suite, l'idée de la préexistence d'un néoplasme et cependant il ne faut pas oublier que certaines tumeurs se développent extrêmement vite après un choc. C'est le cas pour certains sarcomes.

Marbaix a considéré comme relevant du traumatisme un sarcome de la cuisse apparu *12 jours après* un coup de traverse.

Liniger a signalé l'apparition d'un ostéo-sarcome du bassin sur un foyer de contusion iliaque 4 semaines après un coup de pied de cheval.

Julliard a admis une relation de causalité entre un sarcome de la cuisse et un choc reçu 6 semaines auparavant.

Lapeyre invoque à l'origine d'un épithélioma de la lèvre une piqûre d'épine survenue 3 mois avant.

On trouve ainsi dans les recueils cliniques et judiciaires des délais échelonnés entre 3 mois et 36 mois, chiffre extrême au delà duquel la revision n'est pas autorisée par la législation française.

D'une façon toute schématique, on peut avancer que *le temps qui doit s'écouler entre le traumatisme et la tumeur est environ :*

De 3 semaines à 1 an pour le sarcome;

De 6 semaines à 1 an pour le cancer;

De 1 mois à 10 ans pour le gliome;

De 3 semaines à 2 ans pour les autres tumeurs.

Je le répète, *ces limites sont loin d'être mathématiques et certaines*. Ce sont de simples approximations qu'il faudra garder à l'esprit au moment de l'examen du blessé et de la rédaction du rapport.

Enfin vous devrez signaler comme un fait de la plus haute importance : s'il y a eu *continuité de manifestations pathologiques* entre la date de l'accident et celle de la découverte de la tumeur; vous devrez vous enquérir de la date d'apparition de la douleur, du gonflement, des hématomes, de la suppuration, tous faits de nature à démontrer que le processus morbide ne s'est éteint à aucun moment et qu'il existe une chaîne chronologique ininterrompue entre le traumatisme et la constatation du néoplasme.

Tels sont les faits bien précis auxquels vous devrez répondre avec netteté, je dirai avec *franchise*, car pour finir comme j'ai commencé vous aurez souvent à vous défendre contre l'opinion des ouvriers, contre l'opinion non moins erronée des gens cultivés, contre l'opinion de certains médecins qui, faisant état de textes scientifiquement discutables quoique figurant dans tous les traités, chercheront en attaquant votre rapport à ébranler le jugement des magistrats, à troubler leur conscience et leur constant souci d'équité et de droiture.

Et vous vous efforcerez, enfin, de terminer votre rapport par des *conclusions* courtes, claires, précises, de répondre aux questions qui vous sont posées par le magistrat, et *exclusivement à ces questions*.

Ce sont ces conclusions qui serviront de texte aux jugements qui seront prononcés, ce sont elles qui décideront du bien-fondé de la demande du blessé et de son droit à une indemnisation équitable.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 8 JUIN 1920)

Ulcus jéjunaux postopératoires. — M. Victor PAUCHET. La plupart des ulcus sont ignorés. Ils doivent être recherchés, diagnostiqués par le tubage, l'examen des matières et surtout les rayons X.

La gastro-entérostomie en soulage un grand nombre ; elle en guérit quelques-uns, mais très souvent les accidents reparaissent après l'opération, au bout de quelques mois ou quelques années, soit parce que l'ulcus persiste, soit surtout parce qu'il s'est formé un nouvel ulcus plus bas, sur le jéjunum. Cet ulcus jéjunal secondaire peut être évité en employant non pas de la soie ou du fil pour les sutures, mais du catgut. Il peut s'éviter aussi en réséquant une partie de l'estomac, quand celui-ci est hyperacide.

Chaque cas particulier comporte une opération spéciale et judicieusement appliquée, suivant les indications basées sur l'examen chimique, clinique et l'exploration intraabdominale.

L'ulcus jéjunal se manifeste par la réapparition des anciens symptômes et douleurs à gauche. Il faut opérer le malade. L'opération de choix consiste dans la résection large de l'estomac et de l'anse jéjunale. Cette gastrectomie donne des guérisons complètes et définitives.

Etude de l'immunité diphtérique par l'intradermo-réaction à la toxine diphtérique, ses applications à la prophylaxie scolaire de la diphtérie. — M. ARMAND-DELILLE, en

son nom et au nom de M. Pierre-Louis MARIE, fait connaître les résultats d'une étude sur l'immunité de l'organisme vis-à-vis de la toxine diphtérique, par la méthode de Schick, Park et Zingher, chez 200 enfants d'âge scolaire, avec un résultat de 37,5 p. 100 de résultats positifs, ce qui correspond à la moyenne déjà observée, à savoir qu'un tiers seulement des jeunes sujets est réceptif à la diphtérie.

Dans trois milieux où sévissait la diphtérie, ils n'ont injecté que les sujets présentant une réaction positive. Or, les 47 sujets négatifs, non traités par le sérum, n'ont présenté aucun cas de diphtérie pendant les 4 mois ultérieurs, écoulés jusqu'à maintenant.

Comme conclusion à ces investigations, ils considèrent qu'il y aurait un intérêt considérable à pratiquer cette réaction qui est d'ailleurs d'une innocuité absolue :

1° Dans tous les milieux scolaires, dès la rentrée des classes, avec mention du résultat porté sur la fiche scolaire ;

2° Dans les casernes, dès l'incorporation des jeunes recrues.

Il ne faut pas en effet attendre l'éclosion d'une épidémie pour faire une telle enquête, qui nécessite au moins 48 heures pour la lecture des résultats, alors qu'il y a intérêt à agir vite par la sérothérapie préventive.

3° Enfin, cette réaction pourrait être appliquée avantageusement sur le personnel hospitalier, afin d'en faire la sélection pour le service des contagieux.

Elections. — L'Académie procède à l'élection de trois membres correspondants nationaux (1re division).

La liste de présentation portait : en 1re ligne : MM. Follet (de Rennes), Ollive (de Nantes), Lépine (de Lyon) ; en 2e ligne et par ordre alphabétique : MM. Barbary (de Nice), Combemale (de Lille), Fontoynont (de Tananarive), Charles Perrier (de Nîmes), Sergent (d'Alger), Thiroux, des troupes coloniales. — MM. Follet, Ollive et Lépine sont élus.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 28 MAI 1920)

Gynandroïde hérédo-syphilitique. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et André BOULET montrent une hérédo-syphilitique de 34 ans, fille de paralytique général et répondant au type gynandroïde ou pseudohermaphrodite de l'hirsutisme d'Apert, les organes génitaux sont caractérisés par l'hypertrophie piriforme du clitoris, l'atrésie vulvaire, le nanisme utérin et annexiel. Les caractères sexuels secondaires somatiques dont l'hypertrichose à disposition masculine, barbe et moustaches, poils des pubis remontant vers l'ombilic, couronne pileuse des aréoles et de l'anus, petitesse des seins, étroitesse du bassin, excès de la grande envergure qui l'emporte sur la taille, brièveté des membres inférieurs et surtout des cuisses. Cependant la malade est réglée. Enfin les caractères sexuels psychiques secondaires manquent. L'imbécillité de la malade empêche l'éclosion du psychisme féminin général et d'autre part, au point de vue spécial sexuel, il n'existe aucune manifestation psychique ni normale, ni pathologique.

Androgynoïde sourd-muet. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et GOURIOU montrent un dégénéré cryptorchide hypospade et sourd-muet qui a un certain nombre de caractères sexuels secondaires d'une femme, figure glabre, gynécomastie, arrêt des poils pubiens selon une ligne horizontale limitant le mont de Vénus, adipose sous-cutanée à disposition féminine, petitesse de la grande envergure, largeur du bassin, longueur des membres inférieurs, obliquité des cuisses dessinant avec les hanches un harmonieux ovale. L'examen psychique montre seulement une débilité mentale marquée sans perversion, ni inversion génitale. L'hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien sans lymphocytose, ni réaction de Wassermann peut faire supposer l'hérédo-syphilis.

Angine diphtérique à rechutes. — M. BOIDIN.

Encéphalite léthargique à début choréique. — M. DUPOUY. — Communication faite à la séance du 21 mai :

Syndrome hémimyoclonique alterne séquelle d'encéphalomyélite épidémique. — MM. H. ROGER et G. AYMÈS (de Marseille).

(SÉANCE DU 4 JUIN 1920)

Forme choréique de l'encéphalite épidémique. Ses rapports avec la chorée de Sydenham. — MM. LESNÉ et LANGLE rapportent l'observation d'une malade de 8 ans présentant les signes classiques de la chorée de Sydenham. Elle avait eu 3 ans auparavant une première atteinte de chorée, le début fut lent et insidieux ; les mouvements étaient arythmiques et de grande amplitude sans secousses classiques des membres et du diaphragme. Il n'y eut à aucun moment ni léthargie, ni troubles oculaires, mais dans le cours de la maladie on vit apparaître une tuméfaction passagère des glandes salivaires (parotide et sous-maxillaire) et l'examen du liquide céphalo-rachidien y fit découvrir une augmentation du glycose (0g58 et 0g60 p. 1.000), deux symptômes dont M. Netter a signalé l'importance au cours de l'encéphalite épidémique et qui ne sont pas des manifestations de la chorée de Sydenham. De cette observation on peut inférer que la chorée vulgaire des enfants, la chorée de Sydenham peut parfois relever de l'encéphalite épidémique et en être l'expression symptomatique.

Encéphalite épidémique grave compliquée de diabète insipide. — MM. BRIAND et ROUQUIER. Un malade atteint d'encéphalite à forme choréo-myoclonique avec excitation psychique, agitation anxieuse, obsessions, a simultanément présenté, pendant plus de 2 mois, une polyurie variant, pour 24 heures, de 4 à 6 litres sans azoturie, chlorurie ou phosphaturie. Ce signe d'excitation bulbaire (A. Bernard) est à rapprocher de l'hyperglycorachie sur lequel von Œconomo, MM. Netter et Dopter ont, depuis longtemps, attiré l'attention. M. Dopter a observé un cas analogue, mais la polyurie présentée par son malade n'a revêtu qu'un caractère passager.

Vomissements incoercibles de la grossesse et médication adrénalinique. — MM. F. RATHERY et F. BORDET rapportent un cas de vomissements incoercibles de la grossesse avec atteinte très profonde de l'état général et acidose. L'action du traitement adrénalinique fut immédiate, les vomissements cessèrent et l'alimentation put être reprise. L'action sur la tension artérielle fut nulle ; on ne constate également aucune glycosurie.

Ostéome musculaire posttraumatique. — MM. F. RATHERY et F. BORDET rapportent un cas d'ostéomes multiples du membre inférieur survenus chez un soldat prisonnier en Allemagne. A la suite d'un coup de pied de cheval, un vaste hématome se forma il y a 2 ans. On constate actuellement un ostéome mobile intramusculaire de 8 à 10 cm. et de 2 cm. d'épaisseur et une très vaste tumeur osseuse faisant corps avec l'os et envoyant des prolongements multiples dans les muscles de la région postérieure de la cuisse. Les auteurs discutent à propos de ce cas la pathogénie des ostéomes musculaires posttraumatiques et montrent l'intérêt des deux tumeurs, l'une mobile, l'autre adhérente chez le même malade.

Encéphalite aiguë infantile choréo-athétosique. — M. ESCHBACH a observé, chez une fillette, une chorée aiguë fébrile qui se présenta avec les caractères d'une encéphalite et qui, survenant dans le milieu actuel, paraît devoir être considérée comme une forme choréique pure d'encéphalite épidémique.

Un cas d'argyrie. — M. GUILLEMOT présente une malade atteinte de pigmentation bleutée surtout accentuée aux parties découvertes, face et mains. Il s'agit d'une tabétique traitée depuis 10 ans par le nitrate d'argent à la dose de 1 cg. par jour.

Cyanose congénitale paroxystique avec examen radiographique. — MM. G. Variot et P. Lantuéjoul.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 2 juin 1920)

Grossesse chez une hystérectomisée. — M. Robineau rapporte une curieuse observation de M. Jacques. Il s'agit d'un cas de grossesse survenue chez une femme, chez laquelle il avait enlevé l'utérus, moins le col, les deux trompes et un ovaire. C'est là un cas exceptionnel.

M. J.-L. Faure se rappelle un cas analogue publié par Jaboulay.

Epanchement sérieux d'origine traumatique dans l'arrière-cavité des épiploons. — M. Lecène fait un rapport sur une observation adressée par M. Leclerc (de Dijon) : un jeune homme de 13 ans enserré entre un timon de voiture et un mur. Pas d'accidents immédiats; 15 jours après, apparition d'une tuméfaction dans l'hypocondre gauche, tuméfaction résistante, pseudokyste traumatique. Les accidents s'aggravent, M. Leclerc intervient 3 semaines après, trouve une grosse tumeur kystique, ponctionne, évacue 3 litres de liquide clair, cherche à décortiquer l'enveloppe du kyste; mais elle se déchire; la décortication complète est impossible, M. Leclerc ferme sans drainage; quelques jours après, la tuméfaction se reproduit : nouvelle intervention, évacuation de la poche, marsupialisation, drainage, guérison.

M. Lecène fait suivre cette observation de quelques réflexions sur la pathogénie de ces kystes posttraumatiques de l'abdomen supérieur.

Une discussion s'engage sur cette question, à laquelle prennent part MM. Arrou, Savariaud, Descomps et Lecène.

Prolapsus du rectum. — M. Proust analyse une observation de M. Küss relative à une femme de 69 ans atteinte d'un prolapsus rectal étranglé, prolapsus mesurant 15 cm. de long sur 5 cm. de large. Pas de phénomènes péritonéaux, mais état de shock très grave, si grave que M. Küss ne crut pas devoir intervenir.

A l'autopsie, véritable invagination du côlon descendant à travers le rectum resté en place, absence complète d'écoulement des matières.

Traitement des perforations d'ulcères gastriques ou intestinaux. — M. Mathieu revient à la discussion soulevée sur ce sujet. Il est intervenu 8 fois. Il a eu 2 morts de malades chez lesquels l'intervention a été trop tardive... Restent 6 cas sur chacun desquels M. Mathieu donne des détails, 3 morts, 3 guérisons; 2 fois, il a fait une gastro-entérostomie, 1 guérison, 1 mort.

M. Potherat apporte au débat deux observations de perforations d'ulcères de l'estomac qu'il a suturées; dans l'un de ces cas il a fait une gastro-entérostomie.

M. Duval a le regret de constater que les observations très intéressantes qui ont été communiquées ne permettent pas de trancher dans un sens ou dans l'autre la question qu'il a posée.

Traitement du cancer du testicule. — M. Descomps apporte 7 cas d'ablations de testicules cancéreux avec ablations de tous les ganglions de la fosse iliaque, 22 dans un cas, jusqu'à 64 dans un autre. Ces exérèses très étendues, ces castrations complétées par l'extraction de tous les lymphatiques donnent de bons résultats et, généralement, une survie assez longue.

Le Directeur-gérant Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — La médaille d'or de l'internat en pharmacie des hôpitaux de Paris et la bourse de voyage ont été attribuées à M. J. Bouillot, pharmacien de 1re classe, interne à l'hospice des Enfants-Assistés.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — *Médecine générale.* — Epreuve d'admission : MM. Abrami, 30 ; Aubry, 29 ; Baudouin, 30 ; Bonnamour, 28 ; Boudet, 27 ; Carrieu, 28 ; Caussade, 27 ; J. Chalier, 28 ; Chiray et Clerc, 30 ; Cordier, 29 ; Creyx, 30 ; Dubourg, 28 ; Duhot, 30 ; Favre, 29 ; Fiessinger, 30 ; Gaujoux, 28 ; Laporte et Margarot, 30 ; Porot, 28 ; Raynaud, 29 ; Rebattu, 28 ; Roubier, 29 ; Troisier, 30 ; de Verbizier, 27.

Sont proposés : Paris, MM. Clerc, Baudouin, Fiessinger, Chiray, Abrami ; Alger, MM. Raynaud, Aubry ; Bordeaux, M. Creyx ; Lille, M. Duhot ; Lyon, MM. Cordier, Roubier, Favre ; Montpellier, MM. Margarot, Gaujoux ; Nancy, M. Caussade ; Toulouse, M. Laporte.

Chirurgie générale et voies urinaires. — 3e épreuve : MM. Lapeyre, 25 ; Duboucher, 21 ; Papin, 28 ; Murard, 29 ; Gérard, 21 ; Charrier, 27 ; Barthélemy, 24 ; Cadenat, 30 ; Lombard, 25 ; Costantini, 24 ; Mathieu, 29 ; Ducuing, 30 ; Hamant, 22 ; Miginiac, 26 ; Chauvin, 22 ; Lardennois, 27 ; Bonnet, 28 ; Santy, 25 ; Basset, 29 ; Moure, 25 ; Küss, 26. — Voies urinaires : M. Heitz-Boyer, 28.

Sont nommés : Paris : MM. Lardennois, 59 + 27 = 96 ; Mathieu et Basset, 56 + 29 = 85 ; voies urinaires : M. Heitz-Boyer, 58 + 28 = 86. — Alger : MM. Costantini, 46 + 24 = 70 ; Lombard, 14 + 25 = 69. — Bordeaux : M. Papin, 48 + 28 = 76. — Lille : M. Gérard, 41 + 21 = 62. — Lyon : MM. Murard, 54 + 29 = 83 ; Bonnet, 52 + 28 = 80. — Montpellier : M. Lapeyre, 44 + 25 = 69. — Nancy : M. Barthélemy, 48 + 24 = 72. — Toulouse : M. Ducuing, 55 + 30 = 85.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CONCOURS DE L'ADJUVAT. — Epreuve orale : MM. Braine, 8 ; Lascombe, 13 ; Hertz, 17 ; Massart, 14 ; Huc, 12 ; Richard, 18 ; Soupault, 12 ; de Gaudart d'Allaines, 17 ; Wilmoth, 16 ; Lamare, 15 ; Le Basser, 18 ; Oberlin, 14.

CONCOURS DE MÉDECIN DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — *Epreuve clinique.* — Séance du 9 juin. — MM. Touchard, 13 + 6 = 19 ; Guymard, 11 + 5 = 16 ; Mlle Sériot, 14 + 8 = 21.

Séance du 11 juin. — MM. Boudeille, 13 + 6 = 19 ; Hufnagel et Picard, 17 + 7 = 24.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Sont nommés membres du Comité d'hygiène mentale : MM. les Drs Anglade, Lalanne et Tissot, membres élus par la Société amicale des médecins des établissements publics d'aliénés.

— COMMISSION PERMANENTE DES STATIONS HYDROMINÉRALES. — Sont membres de droit : M. Desmars, directeur de l'assistance et de l'hygiène publique ; M. le médecin inspecteur général Toubert, directeur du Service de santé au ministère de la guerre ; M. le médecin général de Couvalette, chef du Service central de santé au ministère de la marine ; M. le médecin inspecteur général Gouzien, président du Conseil supérieur du Service de santé des colonies ; M. le prof. Roger, doyen de la Faculté de médecine ; M. H. Gautier, doyen de la Faculté de pharmacie ; M. Croiset, président du Conseil d'administration de l'Institut d'hydrologie et de climatologie.

— Sont désignés par leurs pairs : M. d'Arsonval (Académie des sciences) ; M. Meillère (Académie de médecine) ; M. le prof. Gariel (Conseil supérieur d'hygiène publique) ; M. le prof. Albert Robin (Faculté de médecine de Paris).

— Sont nommés membres de la Commission permanente des stations hydrominérales et climatiques de France : MM. les Drs Faivre, inspecteur général des Services administratifs ; Graux (de Contrexéville), Bouloumié, Boursier, Carron de la Carrière, Baudouin, Linossier, Moncorgé, Bardet, Bordas, Durand-Fardel, Gardette et Meillon.

LA MÉDAILLE DE LA FAMILLE FRANÇAISE. — Il est créé sous le nom de médaille de la famille française, une distinction honorifique destinée à rendre hommage au mérite des mères de famille françaises qui ont dignement élevé de nombreux enfants, et à leur témoigner la reconnaissance de la nation.

Le modèle de bronze est accordé aux mères de famille ayant eu 5 enfants légitimes simultanément vivants, le dernier étant âgé d'au moins 1 an.

« Lorsque les mêmes conditions étant remplies, le nombre des enfants est de 8, la médaille est d'argent. Quand il est de 10 elle est de vermeil et porte le nom de médaille d'or (sic). » (*J. O.*, 28 mai 1920.)

Le Professeur DEMONS

(DE BORDEAUX)

Le prof. Demons vient de succomber à l'âge de 78 ans.

Demons a été l'un des maîtres les plus brillants et les plus estimés de la chirurgie provinciale. Ses travaux et son enseignement n'ont pas seulement honoré la belle Ecole bordelaise, mais aussi la science médicale française et nous n'oublions pas avec quelle autorité il présida le Congrès français de chirurgie en 1891.

C'est d'ailleurs au Congrès de chirurgie, dont il était l'un des créateurs, qu'il réservait la publication du plus grand nombre de ses travaux.

Demons avait fait toutes ses études à Bordeaux. Chirurgien des hôpitaux en 1869, il prit une part active à la guerre de 1870 à la tête de l'ambulance girondine.

Professeur suppléant de clinique externe à l'Ecole de médecine de Bordeaux, il fut maintenu comme agrégé au moment de la fondation de la Faculté de médecine et, en 1884, il fut nommé professeur de clinique chirurgicale en remplacement de Denucé.

Chirurgien d'une grande maîtrise, adroit et prudent, professeur remarquable, Demons fut un maître dans toute la force du mot. Pendant sa longue carrière chirurgicale à l'hôpital des Enfants et à l'hôpital Saint-André, il forma plusieurs générations d'élèves qui sont l'honneur de l'Ecole de Bordeaux.

Lorsque vint l'âge de la retraite, Demons se consacra à l'hôpital chirurgical Tastet-Girard, qu'il avait créé, et où il rendit les plus éminents services pendant les heures sombres de la guerre.

Demons était officier de la Légion d'honneur, membre correspondant de la Société de chirurgie, membre correspondant national de l'Académie de médecine et membre de l'Académie de Bordeaux.

Il y a peu de jours encore le Gouvernement lui décernait la médaille de la Reconnaissance française. Jamais distinction ne fut plus méritée. L. G.

LIVRES NOUVEAUX

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée [t. Ier] (1), par MM. Ribadeau-Dumas et Babonneix, médecins des hôpitaux de Paris.

Le 1er volume du *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, sous la direction de Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix, vient de paraître. Il est consacré à l'étude de la déontologie médicale par Le Gendre et de la Jurisprudence médicale par H. Ribadeau-Dumas.

Personne mieux que mon cher maître P. Le Gendre n'était qualifié pour parler des droits et des devoirs du médecin, qui par suite d'une évolution progressive et indéniable exerce maintenant une véritable fonction sociale.

En des pages d'un charme, d'une lucidité, d'une élégance, d'une tenue littéraire, vraiment remarquables, il a insisté sur les difficultés que présente la formation du médecin, sur le danger que crée pour la société le médecin dont l'instruction est insuffisante ou le moral mal orienté; il a montré qu'au point de vue de l'exercice professionnel, quiconque s'y engage sans être complètement prêt à faire face à ses exigences par une instruction technique solide, par une connaissance préalable des hommes et des milieux, est voué à un échec ou à une médiocrité pénible; que quiconque n'embrasse la profession médicale que dans l'espoir d'y faire fortune se prépare presque sûrement une déception profonde; que notre profession ne maintiendra son rang social que si la plupart de ses membres font preuve d'esprit de sacrifice et d'altruisme, et que, si elle s'exerce dans les conditions normales du commerce, sa déchéance est irrémédiable...

Il a dit enfin qu'au point de vue professionnel son livre aspirait à être un exposé sincère, impartial, de l'état actuel, matériel et moral de notre corporation...

L'œuvre de P. Le Gendre est le reflet et comme le couronnement d'une carrière qui peut être considérée comme l'honneur médical même. Elle doit être lue et méditée par tous ceux que notre profession attire et qui sont décidés à l'exercer loyalement et la tête haute.

A l'éminent collaborateur de la *Gazette des hôpitaux*, Me Henri Ribadeau-Dumas, est échue la tâche un peu aride d'exposer tout ce qui a trait à la jurisprudence médicale, et de faire un commentaire juridique des lois et des décrets qui concernent la médecine. Il faut grandement louer l'auteur de la méthode, de la précision et de la clarté dont il a fait preuve dans la rédaction de son important travail, on y trouve successivement tous les documents législatifs sur l'exercice de la médecine, les droits des médecins, la question de leur responsabilité civile et pénale, la loi relative à la protection de la santé publique, à la protection des enfants, à l'organisation du régime des aliénés, la loi relative à l'assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables, celle qui concerne la responsabilité des accidents dont les ouvriers sont victimes.

C'est, on le voit, une tâche énorme que l'auteur a menée à bien, et qui, venant à la suite de l'œuvre de Le Gendre, complète un volume unique et qui fait bien augurer de la collection qui commence. COURTOIS-SUFFIT.

(1) In-8°, 700 p. Prix : 30 fr. — Paris, Maloine et fils.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ÉLECTROTHÉRAPIE ET DE RADIOLOGIE. — Une conférence du professeur agrégé Guilleminot aura lieu le 17 juin 1920 à 20 h. 3/4 très précises à l'amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine, « sur la quantitométrie fluoroscopique des rayons X... »

Les docteurs et les étudiants en médecine sont instamment priés d'y assister.

SOMMAIRE DES ARTICLES ANALYSÉS

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

Sous la direction de M. CHASTENET DE GÉRY.

OS

Anomalies d'ossification de la rotule. (A. Mouchet. *Bull. de la Soc. anat.*, 1919, t. XVI, p. 452.) — L'auteur ayant observé chez un enfant de 14 ans une apophysite rotulienne du type des apophysites de croissance a reconnu que, dans le cas particulier, l'affection était liée à une anomalie d'ossification de la rotule. Cette anomalie bien visible sur les radiographies est caractérisée par l'indépendance de deux petits segments osseux occupant l'un, de forme triangulaire, l'angle supéro-externe de la rotule, l'autre, étroit, allongé verticalement, le bord externe de l'os moins la partie voisine du sommet. Des faits analogues ont été relevés au cours d'autopsies par Joachimsthal et par Grüber qui les a appelés « patella bipartita ». Ils sont importants à connaître afin d'éviter une erreur de diagnostic dans le cas où une rotule ainsi conformée a subi un traumatisme.

CHASTENET DE GÉRY.

Une variété rare de pouce surnuméraire. (A. Gosset et Jean Berger. *Bull. de la Soc. anat.*, 1919, t. XVI, p. 475.) — Le sujet, âgé de 27 ans, présentait à la main gauche à côté des 4 derniers doigts normaux deux pouces ainsi conformés : le pouce contigu à l'index était normal de forme et de dimensions, mais il n'était pas séparé de l'index par l'écart habituel, il n'avait pas d'éminence thénar et son abduction était très limitée ; le pouce externe, très petit, était dans une attitude de flexion complète à peu près irréductible et d'abduction forcée qui ne pouvait être corrigée qu'en entraînant celle de l'autre pouce, par contre il possédait une éminence thenar, mais peu développée. Sur la radiographie, on constata qu'il y avait fusion des métacarpiens des deux pouces réunis à angle obtus du côté du carpe, et qu'il n'existait qu'un seul sésamoïde pour chacun des deux pouces. Au cours de l'amputation qui fut pratiquée du pouce externe on nota, au niveau de ce doigt, la présence de deux artères collatérales et d'un muscle inséré au côté externe de la 1re phalange qui parut être le court abducteur. Ce qu'il y a d'exceptionnel dans cette anomalie est la bifurcation du 1er métacarpien ; les pouces surnuméraires n'ont en effet habituellement qu'un squelette réduit aux phalanges, le 1er métacarpien restant unique.

CHASTENET DE GÉRY.

Vascularisation des épiphyses en voie d'accroissement. (M. Latarjet. *Lyon méd.*, 1919, oct., t. CXXVIII, p. 518.) — Par l'injection d'encre de Chine diluée, après éclaircissement des pièces à l'aide de la méthode de Spalteholz légèrement modifiée, l'auteur a pu étudier la vascularisation des épiphyses chez le fœtus, le nouveau-né et le jeune enfant.

L'épiphyse cartilagineuse reçoit sa vascularisation du réseau capsulaire et synovial continu avec le réseau périostique. Ce réseau très riche est formé de rameaux étagés, parallèles à la surface de la pièce squelettique ; il donne naissance à des branches ramifiées qui plongent dans l'épiphyse et ont le caractère terminal. Quand le point osseux secondaire apparaît, on voit une de ces branches s'y ramifier en suivant les travées d'os jeune. La localisation du point osseux épiphysaire n'est pas liée à une richesse vasculaire plus grande de la région où il apparaît. Au niveau du cartilage de conjugaison les vaisseaux épiphysaires s'incurvent et se disposent parallèlement les uns aux autres sur tous les plans. Il y a discontinuité entre la vascularisation de l'épiphyse et celle de la diaphyse.

Ces données anatomiques sont importantes au point de vue clinique, expliquant le mode de propagation des infections aussi bien que la morphologie ou la localisation des lésions primitives et au point de vue de la chirurgie articulaire indiquant l'intérêt qu'il y a à ménager la capsule articulaire dans la résection sous-capsulo-périostée pour favoriser la nutrition de la future épiphyse.

CHASTENET DE GÉRY.

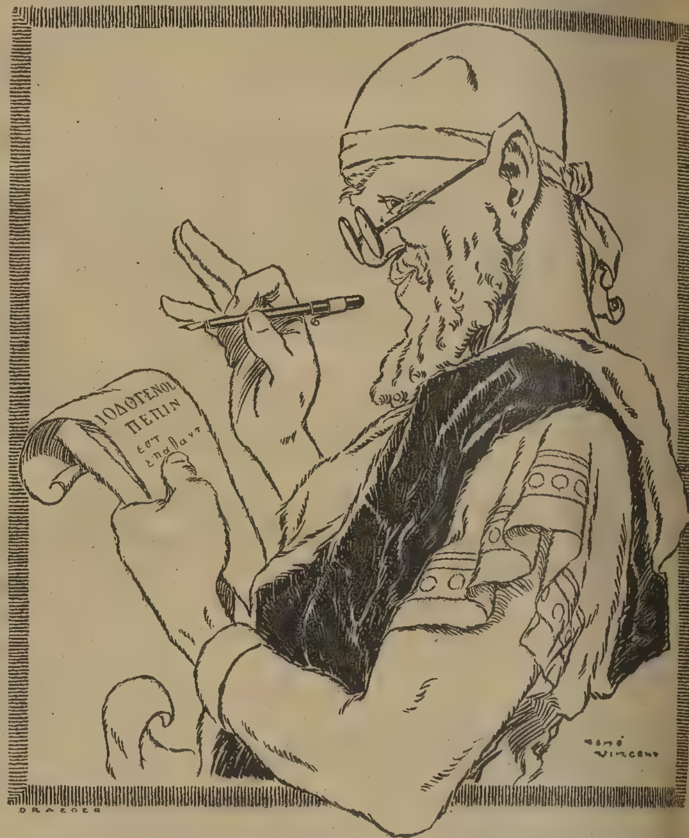
MUSCLES

Un cas de muscle manieux. (Delord et Vinon. *Montpellier méd.*, 1919. 15 nov., p. 69.) — Seuls des quatre derniers doigts, l'index et l'auriculaire ont, chez l'homme, deux extenseurs. Les extenseurs propres de ces deux doigts sont le reste d'un extenseur profond complet qui est la disposition normale chez de nombreux animaux et, selon l'espèce, s'insère à l'avant-bras ou reste localisé à la main, véritable homologue, dans ce cas, du pédieux. Le muscle anormal observé par les auteurs s'insérait à l'extrémité inférieure du radius, dans le fond de la gouttière qui loge l'extenseur commun des doigts et l'extenseur propre de l'index, puis il se divisait en deux faisceaux : l'un épais de 8 mm. allait se fixer par son tendon à la face postérieure de la tête du 3e métacarpien et par quelques fibres à la face profonde de l'extenseur du 3e doigt ; l'autre plus grêle s'insérait à la face profonde des deux tendons extenseurs de l'index. Dans son ensemble, le muscle était placé entre l'extenseur commun et l'aponévrose dorsale profonde.

CHASTENET DE GÉRY.

Contribution à l'étude des anomalies du muscle sterno-cléido-mastoïdien. (F. Corsy. *Marseille méd.*, 1920, 15 janv., p. 49.) — L'auteur a observé une anomalie rare du muscle assez mal fixé dans sa morphologie et ses insertions qu'est le sterno-cléido-mastoïdien. C'était une bandelette musculaire insérée en haut au-dessous de la pointe de la mastoïde au feuillet externe du sterno et en bas au sommet de la grande corne hyoïdienne ainsi qu'à la gaine interne du cératoglosse, offrant ainsi un trajet oblique en bas et en avant avec une portion superficielle de l'origine à la bifurcation de la carotide primitive et une portion profonde sous-jacente à la carotide externe.

Les anomalies du sterno-cléido-mastoïdien peuvent être rangées en 4 classes : La première comprend les anomalies qui restent dans les limites de la gaine propre du muscle ; on y trouve un cas d'absence du muscle, la fusion des chefs, leur multiplication, les modifications de structure. La seconde classe est caractérisée par l'extension du sterno dans les limites de l'aponévrose cervicale superficielle, soit que cette extension se fasse par en haut vers l'oreille et le maxillaire inférieur, soit qu'elle se fasse en avant, vers l'hyoïde ou le muscle homonyme, soit enfin qu'elle soit postérieure, amenant une insertion aux transverses de l'atlas ou de l'axis ou bien la fusion avec le trapèze. Dans la troisième classe prennent place les anomalies qui, débordant le cadre de l'aponévrose cervicale superficielle, peuvent très exceptionnellement mettre le sterno en continuité avec le muscle occipital ou abaisser les insertions de certaines de ses fibres sur la cage thoracique. La quatrième classe contient les faits très rares de fusion du stratum avec des éléments voisins : appareil hyoïdien digastrique et constricteur moyen, gaine



des vaisseaux du cou. Le cérato-occipital rencontré par l'auteur appartient à cette catégorie. C'est un élément de l'occipito-hyoïdien catalogué par Humphry, Testut, Ledouble.

CHASTENET DE GÉRY.

VAISSEAUX

Recherches anatomiques sur les veines du membre inférieur (à propos d'anévrismes artério-veineux.) (G. Jeanneney. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 fév. 1920, p. 87, 2 fig.) — La réapparition du thrill après la cure de l'anévrisme artério-veineux est attribuable, en quelques cas, à la multiplicité des lésions que l'intervention n'a pas toutes traitées. C'est au mollet particulièrement que se voit cette multiplicité des anévrismes artério-veineux par suite de dispositions anatomiques spéciales à la région.

La dissection des vaisseaux du creux poplité au pied et l'étude de coupes étagées met en évidence : 1° la multiplicité des veines; 2° la multiplicité des paquets artério-veineux; 3° l'intimité des rapports artério-veineux.

1° La veine poplitée a une satellite externe venue de la tibio-péronière et de la tibiale antérieure et une satellite interne formée par les articulaires. Au niveau de l'interligne, une coupe horizontale sectionne donc trois veines accolées à l'artère. A ces trois veines il faut joindre, pour se représenter la richesse veineuse du creux proplité, les anastomoses transversales des troncs principaux et toutes les collatérales qui doublent chaque branche artérielle.

A la jambe la veine tibiale postérieure peut être triple et même quadruple. La péronière est énorme et double. Le lacis veineux est particulièrement compliqué un peu au-dessous de l'origine de la péronière, c'est le confluent vasculaire bitibio-péronier, la plexus sural de Braune.

2° Au niveau du mollet chaque groupe veineux accompagne une artère; du tibia au péroné la couche vasculaire est continue.

3° Les artères et les veines cheminent accolées dans une gaine commune qui les solidarise étroitement et les expose à des lésions simultanées.

CHASTENET DE GÉRY.

SYSTÈME NERVEUX

Nouvelles recherches sur la circulation du liquide céphalo-rachidien. (V. Stepleanu-Horbatsky. *Presse méd.*, 28 avril 1920, n° 26, p. 254.) — La théorie de la circulation du liquide céphalo-rachidien a été émise pour la première fois par Cathelin en 1903. A. Babès et Buia, en 1914, eurent le mérite d'appliquer à l'étude de cette circulation l'excellente méthode au bleu de Prusse employée par Gerota pour les lymphatiques. L'auteur a entrepris avec Buia sur la même question, en 1916, des recherches importantes dont il apporte le compte rendu et les conclusions.

Ces recherches ont porté sur 26 cadavres de nouveau-nés ou d'enfants et sur 4 enfants vivants et ont eu pour base, sur le cadavre, l'injection de l'émulsion de Gerota dans l'espace médullaire sous-arachnoïdien, et sur le vivant l'injection d'une solution de bleu de méthylène dans l'espace sous-arachnoïdien lombaire. Elles ont permis les constatations suivantes :

L'injection au bleu de Prusse passe de l'espace sous-arachnoïdien dans la gaine périneurale, suit les lymphatiques qui en partent, arrive dans les ganglions et finalement dans la citerne de Pecquet, le canal thoracique et la grande veine lymphatique. L'injection au bleu de méthylène sur le vivant suit les mêmes voies. L'un et l'autre colorants injectés dans l'espace sous-arachnoïdien lombaire colorent dans la majorité des cas la moelle, l'isthme, la base du cerveau et pénètrent dans les ventricules. L'injection au bleu de Prusse d'une gaine nerveuse diffuse de bas en haut ou de haut en bas dans la gaine lymphatique périneurale. Le colorant se retrouve dans les sinus craniens, dans les jugulaires et dans les réseaux veineux du crâne.

L'auteur, interprétant les résultats obtenus, estime que la circulation du liquide céphalo-rachidien est démontrée, que cette circulation ne comporte pas, comme le croyait Cathelin, un cycle complet, mais « un écoulement continuel et très lent du liquide » par trois voies normales : 1° une voie principale représentée par les gaines nerveuses, les lymphatiques de ces gaines, puis les ganglions lymphatiques et les gros troncs lymphatiques, canal thoracique, etc.; 2° une voie de dérivation secondaire qui ferait passer le liquide céphalo-rachidien directement dans la circulation veineuse de l'encéphale; 3° une autre voie de dérivation qui ne semble pas constante, formée de gaines vasculaires et aboutissant au système lymphatique et à la grande circulation.

En somme, « on peut assimiler la circulation du liquide céphalo-rachidien à une véritable circulation lymphatique du système nerveux; les espaces sous-arachnoïdiens ne seraient que les lymphatiques mêmes des centres nerveux ».

CHASTENET DE GÉRY.

Note sur les racines postérieures (leur stimulation sur le sujet vivant et une démonstration de la décussation des fibres nerveuses). (E. P. Cumbernatch. *Lancet*, 6 mars 1920, vol. CXCVIII, p. 548.) — L'auteur, étudiant l'excitabilité et la conductibilité électriques des troncs nerveux des membres inférieurs, a essayé d'exciter leurs racines à la sortie des trous de conjugaison ou dans le canal rachidien. Ses premières tentatives furent infructueuses aussi bien avec le faradique qu'avec le galvanique. Le galvanique est très douloureux et le faradique tétanisant ne l'est guère moins quand on augmente beaucoup sa puissance. Cependant si le courant primaire est beaucoup moins souvent interrompu, c'est-à-dire une fois par seconde, les secousses causées par le courant induit au moment de la rupture sont peu ou ne sont pas douloureuses et l'augmentation du courant primaire devient alors tolérable. L'auteur a employé la bobine de Tripier munie d'un interrupteur qui peut donner de 1 à 60 interruptions par seconde.

L'électrode active formée d'un disque métallique garni, d'un quart de pouce de diamètre, est placée sur la peau de la colonne lombaire et l'électrode indifférente sur l'abdomen; l'interrupteur étant réglé à une interruption par seconde, la bobine secondaire est graduellement avancée sur la primaire jusqu'à ce que des contractions apparaissent dans les muscles des membres inférieurs. La région de l'électrode active comprend exactement les 2e, 3e et 4e vertèbres lombaires à un demi-pouce de la ligne médiane.

Le premier sujet auquel le courant fut ainsi appliqué eut des contractions musculaires dans le membre opposé au côté de l'application.

Le même phénomène se reproduisit sur 3 autres malades, 1 homme et 2 femmes. En augmentant beaucoup le courant on déterminait des contractions bilatérales mais toujours plus fortes du côté opposé. Sur un des malades on put voir une contraction du quadriceps opposé alors même que le quadriceps du côté excité restait au repos, et cette contraction se produisait, que l'électrode fût placée sur la 2e, la 3e ou la 4e vertèbre lombaire.

Il est très probable que ce phénomène est dû à l'excitation des racines postérieures dans la queue de cheval; si les racines antérieures étaient en cause, les contractions se montreraient du côté de l'excitation ou, en tout cas, seraient plus fortes de ce côté et les muscles actionnés seraient d'autant moins nombreux que l'électrode serait placée plus bas, c'est-à-dire exciterait un moins grand nombre de racines.

Le renversement du courant ne donne que des contractions légères ou nulles de chaque côté.

Ces expériences semblent prouver la décussation des fibres afférentes (sensorielles) après leur entrée dans la moelle.

CHASTENET DE GÉRY.

APPAREIL PULMONAIRE. GLANDES ENDOCRINES

Anomalie des scissures pulmonaires. (F. CORSY. *Marseille médical*, 1er fév. 1920, p. 131.) — Chez deux fœtus de 5 et de 4 mois la scissure pulmonaire supérieure droite était interrompue par un pont de parenchyme pulmonaire se prolongeant jusqu'au hile. Ce pont examiné histologiquement était constitué par du tissu conjonctif contenant des veines. Il s'agit d'une anomalie probablement rare dont un cas a été publié antérieurement par Alezais et dont la formation reste malaisée à comprendre.

CHASTENET DE GÉRY.

Sur l'anatomie normale des glandes parathyroïdes. (H. BERGSTRAND. *Acta medica Scandinavica*, 20 fév. 1920, vol. LII, p. 791.) — Les deux premiers chapitres de cette étude sont consacrés à une revue historique des nombreux travaux auxquels a donné lieu l'anatomie macroscopique et microscopique des parathyroïdes; puis l'auteur expose ses recherches personnelles en les interprétant de manière à montrer sur quels points elles infirment ou confirment les faits déjà connus.

Les parathyroïdes, sauf exceptions rares et peut-être douteuses, sont au nombre de 4 symétriquement placées par paire de chaque côté de la région cervicale. Leur découverte au cours d'une dissection chez un sujet normal ne présente pas de difficultés si l'on procède méthodiquement. On doit opérer comme s'il s'agissait de découvrir le corps thyroïde ou le thymus et prendre comme fil directeur l'artère thyroïdienne inférieure. La glande parathyroïde supérieure siège à l'endroit où cette artère se bifurque pour pénétrer dans le corps thyroïde; l'inférieure est habituellement située en un point qui correspond à la fois à l'extrémité inférieure du lobe thyroïdien latéral et à la partie supérieure du lobe thymique correspondant quand le thymus existe. Il ne faut pas compter sur la teinte brune que présentent ces glandes pour les distinguer, car cette coloration manque souvent chez l'enfant.

On a tendance à voir une relation entre l'hyperplasie ou l'hypoplasie des glandes d'une part, et d'autre part l'existence d'un trouble dans leur fonction physiologique. Il y aurait donc intérêt à apprécier exactement la grosseur des parathyroïdes. L'auteur a essayé de projeter sur le papier le contour des parathyroïdes de 200 cadavres et de peser les mêmes glandes sur des balances sensibles au milligramme. Malgré ses patientes recherches il n'a pu aboutir à aucune donnée positive; il lui est difficile de dire où commencent l'hyperplasie et l'hypoplasie; aussi bien il eût fallu tenir compte de la part qui revient, dans le poids total de la glande, au tissu interstitiel non fonctionnel et le retrancher de ce poids total. L'auteur avoue qu'il ne s'est pas lancé dans un tel travail.

Quant à la structure fine de la glande, voici comment elle peut être comprise : « Si l'on coupe une parathyroïde après congélation, et si on la colore au Bielschowsky, il est facile d'avoir une vue d'ensemble sur la structure de la glande. On voit qu'elle se compose d'un riche réseau de capillaires dans les mailles duquel s'engagent les cellules. Ces cellules en se groupant forment des follicules qu'entoure la trame des capillaires. Le sujet prenant de l'âge, les capillaires s'entourent de tissu conjonctif en même temps que les cellules se chargent d'éléments graisseux. Ces cellules se présentent tantôt comme bourrées de substance colloïde, tantôt comme dilatées et renfermant des vacuoles. Ces vacuoles peuvent être rondes ou irrégulières de forme; elles sont parfois remplies de sang. »

Une préparation colorée d'une parathyroïde provenant d'un sujet âgé montre nettement 2 variétés d'éléments cellulaires. Ou bien ces cellules peuvent être considérées comme des cellules identiques, mais arrivées à 2 stades différents de leur évolution, ou bien on peut les considérer comme essentiellement indépendantes. Ces 2 théories ont chacune leurs partisans. Bergstrand se prononce en faveur de la 1re et cela pour les raisons suivantes :

I. Chez le nourrisson on ne rencontre qu'une seule espèce de cellules : les *cellules principales*. Les autres, les *cellules de Welsh*, n'apparaissent que beaucoup plus tard.

II. On trouve toute une série de cellules intermédiaires entre ces 2 variétés.

III. Les cellules de Welsh montrent de nombreux signes de dégénérescence.

En quoi diffèrent histologiquement ces cellules? Les cellules principales variables en forme et en dimensions ont un noyau volumineux et clair, souvent excentrique et un protoplasma habituellement clair mais qui prend souvent une teinte foncée plus ou moins marquée; ce protoplasma n'est pas franchement granuleux, mais s'il l'est par hasard, ses granulations sont excessivement petites et ne prennent que les colorants basiques.

Les cellules de Welsh sont plus grandes et leur protoplasma est fortement granuleux. Les noyaux sont plus petits que ceux des cellules principales, ils sont homogènes et colorés d'une façon plus foncée. Les granulations sont nettement éosinophiles. Ces dernières cellules peuvent être isolées, perdues au milieu d'un groupe de cellules principales; elles peuvent aussi se réunir en agglomérations de trois ou quatre. Elles sont d'autant plus nombreuses que le sujet est plus âgé et leur protoplasma comme leurs noyaux présentent des signes de dégénérescence manifestes. Tantôt le protoplasma s'éclaircit comme pour disparaître, tantôt il s'épaissit au contraire et se transforme en *substance colloïde*. Cette transformation qui n'est pas exceptionnelle a pu être mise en évidence par des microphotographies.

D'autre part on trouverait parfois dans les cellules de Welsh des corpuscules d'un aspect spécial que certains auteurs ont considéré comme étant de « fines gouttelettes » de substance colloïde. Sandström les aurait signalées et aurait indiqué qu'on pouvait les colorer par l'hématoxyline après fixation aux sels de chrome. Ces granulations seraient également fushinophiles. Bergstrand pense qu'il s'agit là tout simplement de gouttelettes de graisse qui n'ont rien à voir avec la substance colloïde. On les rencontrerait du reste aussi bien dans les cellules principales que dans les cellules de Welsh. Justifiant sa façon de voir il fait remarquer que ces corpuscules n'ont pas les réactions de coloration que présente la substance colloïde, mais qu'au contraire on peut les mettre en évidence en usant des méthodes de fixation employées dans l'étude des graisses et qu'enfin ils disparaissent complètement quand on fait agir sur eux les solvants habituels des corps gras.

En terminant l'auteur note la présence, au sein du tissu interstitiel, de grandes cellules granuleuses munies de prolongements et de noyaux en forme de « bulles ». Il pense que ces cellules sont identiques à celles qu'avait découvertes Erdheim et auxquelles celui-ci avait donné le nom de « cellules pigmentaires ».

Au travail de Bergstrand se trouvent annexés un index bibliographique imposant, une planche anatomique montrant la position des parathyroïdes et une douzaine de microphotographies facilitant la lecture du texte.

E. DARIAU.

APPAREIL DIGESTIF

Le réseau nerveux myentérique. (G. K. DICKINSON. *The Journ. of the amer. med. Assoc.*, 14 fév. 1920, vol. LXXIV, p. 442.) — L'auteur a divisé son travail en trois parties : embryologique, physiologique, pathologique.

I. La tunique musculaire propre de l'intestin apparaît très tôt; la couche circulaire est déjà visible sur un embryon de 10 mm., la couche longitudinale sur un embryon de 75 mm. C'est dans la lame mésenchymateuse comprise entre les deux couches que prendront place les vaisseaux et le réseau nerveux. Le plexus sympathique, émanation ventrale des ganglions spinaux, fournit des cellules, et les rameaux du nerf vague venu du cerveau postérieur traversent la paroi intesti-

nale pour se terminer dans les nombreux ganglions gris disposés le long de la couche longitudinale.

L'intestin s'allongeant rencontre une masse de tissu musculaire dermal qui, partiellement entraîné par lui, formera les 3 sphincters : pylorique, iléo-cæcal et anal interne.

Le tractus digestif contient encore un troisième type de tissu musculaire qui ne peut être bien compris qu'à l'aide d'un aperçu phylogénique. L'éponge douée d'activité musculaire n'a pas histologiquement de tissu nerveux ; ses cellules musculaires sont neuro-musculaires et possèdent à la fois l'irritabilité, la contractilité et la conductibilité. Il faut remonter à l'astérie pour voir apparaître des organes sensoriels et des filaments d'apparence nerveuse se rendant aux cellules musculaires. Des organismes plus élevés encore montrent des ganglions nerveux reliés à un muscle. Cette évolution ferait croire que de telles formations nerveuses ont une origine musculaire. Or, Keith a retrouvé ce type primitif de neuro-muscle dans le tractus digestif, particulièrement au niveau des points de polarisation, le cardia, le pylore, la région iléo-cæcale et le gros intestin, et, d'après lui, le plexus d'Auerbach serait encore un tissu musculaire modifié, né sur place d'éléments mésenchymateux et non émigré comme le pneumogastrique et le sympathique, d'ailleurs différent des autres tissus nerveux, non seulement au point de vue embryologique, mais encore histologiquement, physiologiquement et par ses réactions colorantes, analogue en somme sinon identique au réseau nerveux du cœur.

II. Donc il existe dans l'intestin 3 sortes de tissus musculaires ayant des propriétés biologiques et physiologiques différentes : le type dermal qui existe dans la peau, dans les formations dérivées du corps de Wolf et du canal de Müller et dans les sphincters intestinaux, un second type constituant le reste de l'intestin et qui se trouve aussi dans le cœur et dans la rate, enfin le tissu neuro-musculaire de Keith.

L'auteur, prenant pour point de départ l'évacuation du contenu stomacal dans le duodénum, distingue des contractions intestinales de deux ordres. Quand la distension de l'intestin est légère, la contraction qui y répond est une réaction purement musculaire, elle est suivie d'un relâchement et ainsi prend naissance un mouvement rythmé différent de l'onde péristaltique. Celle-ci résulte d'une distension plus grande qui a fait intervenir le plexus nerveux. Décrite par Cannon et bien expliquée par Sherrington elle est due, d'une part, à ce que l'influx nerveux est toujours descendant vers l'anus, d'autre part, à ce qu'il y a toujours relâchement de la partie qui suit immédiatement une partie contractée.

Les cellules neuro-musculaires jouent le rôle de régulateurs et donnent le tonus. Ainsi le tonus est-il toujours augmenté, l'irritabilité et la contractilité sont-elles plus grandes au-dessous de chaque point de polarisation.

Les sphincters fonctionnent selon une loi qui leur est propre. Le pneumogastrique n'a sur eux aucun effet. L'excitation du sympathique en amène la fermeture ; ils ne s'ouvrent qu'au passage d'une onde péristaltique.

Le sympathique inhibe l'activité intestinale, à l'exception des sphincters. Quand il est excité, il y a sécrétion d'adrénaline, l'intestin se relâche et se laisse distendre par les gaz, et en certains cas un état pathologique peut s'ensuivre. Le vague est le vrai nerf moteur de l'intestin dont il maintient l'activité et le tonus en même temps qu'il le relie aux autres organes de la vie végétative.

Enfin, les contractions intestinales ont une action très importante sur la circulation veineuse et lymphatique. D'après Mall, qui a bien étudié cette action, l'intestin est une sorte de cœur pour la circulation hépatique.

III. L'auteur pense que l'auscultation de l'abdomen qu'il pratique depuis plusieurs années dans les maladies de l'intestin peut, quelquefois, rendre des services très importants, en particulier dans les syndromes d'occlusion.

Le plexus myentérique est un système autonome dont l'excitant nécessaire est l'acide carbonique (de même que celui du sympathique est l'adrénaline et celui du vague probablement la choline) et l'absence d'acide carbonique dans les tissus de la paroi intestinale entraîne une paralysie de l'organe qui peut aboutir à l'iléus.

La dilatation et la ptose cæcale coudant la fin de l'iléon, l'organisation fibreuse de lames séreuses et des mésos, sous l'effet de l'attitude verticale, causent des troubles intestinaux dans lesquels la difformité cæco-appendiculaire est associée avec la dilatation duodénale et souvent aussi avec la cholécystite et le spasme du côlon descendant. Mais les lésions de la maladie de Lane sont considérées aujourd'hui comme secondaires et ne nécessitent que très rarement une opération mutilante telle que la colectomie. Il faut chercher d'abord l'origine du trouble et la part qu'y prend le plexus nerveux myentérique.

CHASTENET DE GÉRY.

APPAREIL URINAIRE

Anomalies des artères du rein. (G. JEANNENEY et L. MASSÉ. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 mars 1920, p. 117, 4 fig.). — **Distribution des artères du rein dans les variations anatomiques.** (G. JEANNENEY. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 4 avril 1920, p. 160, 1 fig.) — Les anomalies artérielles du rein ont un intérêt pratique de premier ordre, tant au point de vue du rôle qu'elles semblent capables de jouer dans la pathogénie de l'hydronéphrose qu'au point de vue opératoire. Elles sont d'ailleurs plutôt fréquentes (25 p. 100 d'après Rousseau) et leurs variétés sont donc utiles à connaître. Les auteurs décrivent deux reins provenant de sujets différents qui présentent les anomalies suivantes.

Un de ces reins reçoit : 1° une grosse artère hilaire née de l'aorte un peu au-dessous de la mésentérique supérieure, à direction oblique en bas et en arrière, et qui, avant de se diviser selon le mode régulier, a donné précocement une branche ascendante abordant le pôle supérieur du rein par son bord interne ; 2° deux artères spéciales au pôle supérieur qui viennent d'une branche aortique distincte, fournissant les capsulaires moyenne et inférieure ; l'une de ces artères polaires pénètre dans le parenchyme en avant tout près du bord externe, l'autre disparaît dans le bord interne.

L'artère rénale du second rein se distingue en ce qu'elle donne à 1 cm. de sa naissance une branche longue de 2 cm. 1/2 qui se rend directement au pôle supérieur, l'abordant par sa face antérieure.

Jeanneney a, d'autre part, étudié le mode de distribution des artères anormales dans le parenchyme rénal et leur orientation.

Par la méthode des injections au minium-térébenthine avec radiographie simple et stéréoscopique, il a constaté que ces artères étaient nettement terminales aussi bien dans le cas d'artères polaires que lorsqu'il s'agit du rein en fer à cheval ou du rein ectopique congénital. La terminalité des artères rénales a donc un caractère tout à fait général.

Quant à l'orientation des vaisseaux, elle est toujours régie par celle de la partie excrétrice du rein. Il en résulte que les artères polaires et celles des reins ectopiques « désaxées dès l'origine doivent, à peine entrées dans le parenchyme, se couder pour gagner la base des pyramides ».

CHASTENET DE GÉRY.

Dilatation congénitale de l'uretère. (C. E. LAKIN. *Lancet*, 7 fév. 1920, vol. CXCVIII, p. 324.) — Il s'agit de 2 pièces, l'une nécropsique, l'autre opératoire, présentées à la Société médicale de Londres. La première, qui provenait d'un enfant mâle de 17 jours en outre atteint d'hypospadias et de phimosis, offrait les caractères suivants : dilatation considérable des deux uretères atteignant à la partie inférieure de l'uretère droit les dimensions d'un cæcum d'adulte ; siège anormal des orifices urétéraux dans la vessie, tous deux trop bas placés et le droit situé au-dessus du gauche, d'ailleurs perméables l'un

et l'autre; pas de dilatations pyélique ni vésicale; oblitération incomplète de l'ouraque. La seconde pièce était représentée par un rein droit et son uretère enlevés chez un jeune garçon de 10 ans porteur depuis la naissance d'une tumeur abdominale à développement progressif; l'uretère était tellement dilaté qu'il était plus gros qu'un côlon d'adulte. Guérison parfaite de l'opéré.

CHASTENET DE GÉRY.

Cf. — Auto-transplantation du rein. (Carleton DEDERER. *The Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 13 déc. 1919, vol. LXXIII, p. 1836.)

APPAREIL GÉNITAL

Les moyens de fixité spéciaux de l'utérus. (Francis DIXON. *The Dublin Journ. of med. sc.*, 1919, avril, p. 150.) — Les dissections cadavériques ne peuvent suffire à déterminer le rôle respectif des tissus pelviens qui maintiennent l'utérus en place; il y faut joindre les renseignements cliniques et opératoires aussi bien que des observations sur l'animal. Les moyens de fixité de l'utérus comprennent : 1° les muscles qui ferment la cavité pelvienne avec leurs aponévroses et en première ligne le releveur de l'anus; 2° les couches de tissu conjonctif sous-péritonéal mêlé de fibres musculaires lisses et constituant une gaine aux vaisseaux et aux nerfs; 3° le péritoine et ses ligaments.

L'auteur estime que les plus importants de ces éléments sont les formations sous-péritonéales dont il décrit minutieusement la disposition anatomique déjà bien connue. Mais ce qu'il y a d'original dans son étude concerne la structure et la physiologie de ces formations. Dans la couche sous-péritonéale existent, outre le tissu conjonctif et élastique, d'abondantes fibres musculaires lisses émanées de la musculature utérine et vaginale. Or, ces fibres agissent, dans la fixation de l'utérus, activement par leur tonicité et leur contractilité. L'utérus n'est pas chez le sujet vivant l'organe inerte et flottant du cadavre. Les ondes de contraction qui traversent l'utérus et qu'on a pu observer chez l'animal s'irradient aux ligaments latéro-cervicaux et utéro-sacrés. L'utérus peut donc lui-même intervenir dans la tension de ses moyens de fixité et jusqu'à un certain point changer sa position. C'est ainsi que la contraction des ligaments ronds règle les déplacements antérieurs et postérieurs de l'organe.

— Le travail de F. Dixon, ci-dessus analysé, fut communiqué à la Royal Academy of medicine in Ireland (section of obstetrics) le 14 février 1919 et donna lieu à une importante discussion à laquelle prirent part W. Smyly, Purefoy, Spencer Sheill, Chambers, Jellett, Solomons. Dans la même séance, il y eut aussi une communication de Hastings Tweedy sur « Les tendons de l'utérus et leurs rapports avec le segment inférieur de l'utérus » (*The Dublin Journ. of med. sc.*, 1919, p. 183).

CHASTENET DE GÉRY.

Expériences sur la sécrétion interne des glandes sexuelles et spécialement sur l'hermaphroditisme expérimental. (Knud SAND. *Journ. of physiol.*, 1919, 3 déc., vol. LIII, p. 257.) — Steinach (1911-1913) obtint, chez les mammifères, une transformation des caractères sexuels par l'interversion des glandes génitales et il arriva (1916) à créer un animal hermaphrodite au double point de vue somatique et psychique en greffant à la fois sous la peau d'un jeune animal mâle châtré, testicule et ovaire.

Dans ses recherches entreprises depuis 1914, l'auteur a répété ces expériences qui lui ont permis d'étudier la masculinisation et la féminisation et la question discutée de l'antagonisme des glandes génitales de sexe opposé. Les animaux sur lesquels ont porté ses opérations étaient des rats et des cobayes le plus souvent âgés de moins d'un mois. La technique qu'il a employée pour les transplantations de testicule comporte deux détails intéressants : avant de greffer la glande, il ponctionnait en de nombreux points l'albuginée afin de favoriser la nouvelle vascularisation; d'autre part, quand il s'agissait d'autogreffe, celle-ci était pratiquée en deux temps, le canal déférent et les vaisseaux n'étant sectionnés que lorsque le testicule avait contracté des adhérences nourricières.

Toutes les transplantations testiculaires ont montré l'importance des cellules de Leydig, au point de vue de la sécrétion interne. Quant à la sécrétion interne de l'ovaire, les données acquises par l'auteur au sujet des tissus qui la fournissent confirment ce qu'ont dit précédemment Biedl et quelques autres. Les trois éléments importants sont le follicule, le théca-lutéin et le corps jaune, ces éléments pouvant, selon les circonstances, se remplacer pour déterminer les caractères sexuels secondaires. Comme Bucura, l'auteur admet que les follicules et spécialement leurs cellules granuleuses représentent l'organe primitif de la sécrétion interne, celui qui assure la production hormonale nécessaire jusqu'à la puberté, à partir de laquelle entrent en jeu la théca-lutéin et le corps jaune.

Les expériences de masculinisation ont entraîné, outre les réactions somatiques, une hypertrophie clitoridienne que n'avait pas vue Steinach. Depuis, Lipschütz (1917) a constaté cette hypertrophie sur un cobaye qui avait été masculinisé par Steinach.

Cherchant à étudier l'antagonisme des glandes génitales, l'auteur a pratiqué la castration avant de greffer sur le même sujet ovaire et testicule afin que les deux glandes se trouvassent dans des conditions identiques et que l'une n'eût pas nécessairement de prépondérance sur l'autre. Or, effectuée dans ces conditions sur un jeune cobaye, la greffe double réussit et provoque un hermaphroditisme somatique combiné avec un bisexualisme psychique prouvé par les attitudes alternativement mâle ou femelle que prend l'animal selon le sexe du congénère avec lequel il est mis en contact. Mais l'hermaphroditisme peut être déterminé par une autre méthode qui consiste à greffer les ovaires à l'intérieur des testicules laissés en place. On obtient ainsi une glande mixte dans laquelle les deux éléments fonctionnent normalement sans se nuire.

En somme, il n'y a pas d'antagonisme entre les glandes de sexe opposé et les faits qui ont pu y faire croire — échec de la greffe de glande différente sur un animal non châtré — s'expliqueraient, d'après Knud Sand, par une sorte d'immunité athrepsique : dans chaque organisme, il y a certaines substances nécessaires à la vie des glandes génitales et la glande qui n'a subi aucun changement anatomo-physiologique a bien plus de chances d'absorber ces substances que la glande transplantée qui, ainsi, dégénère et périt. Dans la greffe ovarienne intratesticulaire, l'ovaire quoique transplanté est placé dans de telles conditions qu'il reçoit directement les substances dont il s'agit.

CHASTENET DE GÉRY.

Absence apparente de la verge, malformation de la muqueuse préputiale. (A. AIMES. *Revue d'orthop.*, sept. 1919, t. VI, p. 567.) — La malformation a été observée chez un enfant de 15 mois bien portant mais qui présentait un kyste de la région sternale et dont 2 sœurs portaient des tumeurs lombaires disparues spontanément au cours de la 2e année.

Au-dessous d'une masse adipeuse pubienne, il n'existait qu'un petit prépuce long d'à peine 1 cm.; la verge, de dimensions normales, siégeait sous les téguments de la masse adipeuse. Bourses et testicules normaux. Au cours de l'opération qui fut faite pour dégager la verge, l'auteur découvrit à 1 cm. de l'orifice préputial un étranglement qui emprisonnait le gland et qu'il incisa. Une partie de la verge se trouva ainsi dégagée et l'extériorisation de l'organe, après la guérison opératoire, se poursuivit spontanément.

Les cas d'absence apparente de la verge sont aussi rares que ceux d'absence réelle. Des observations analogues ont été publiées par Aievoli, Lemke, Chaput, Bouteillier, Mocquot.

CHASTENET DE GÉRY.

NOTES POUR L'INTERNAT

LES PARALYSIES DIPHTÉRIQUES [1]

4° *Paralysie des membres inférieurs.* — Leur atteinte survient, en général, après les troubles oculaires; elle est précédée de troubles sensitifs : fourmillements, engourdissements. Les réflexes sont diminués ou même abolis. L'abolition des réflexes rotuliens peut même exister seule dans les cas frustes.

Les troubles moteurs consistent, enfin, en parésie musculaire et en ataxie. La démarche est pénible et incertaine, surtout dans l'obscurité, et pendant la descente des escaliers. La marche est difficile sans paralysie complète, les troubles prédominant en général au niveau des muscles antéro-externes de la jambe, d'où steppage.

Il y a de l'anesthésie plantaire. Le malade a l'impression de marcher sur du coton. Enfin, il n'est pas rare de constater le signe de Romberg positif. (Le malade ayant les pieds joints ne peut garder son équilibre, debout, les yeux fermés.) Couché, les mouvements des membres inférieurs sont cependant possibles, mais incertains, mal coordonnés.

Tous ces symptômes, joints aux signes oculaires, peuvent réaliser, s'ils existent assez accentués, une variété spéciale : le *pseudo-tabes diphtérique*.

5° *Membres supérieurs.* — Ils peuvent être atteints à leur tour et réalisent deux variétés suivant que la paralysie est généralisée à tout le membre ou bien si elle est localisée à une partie seulement, à un groupe musculaire. Ainsi peuvent se trouver réalisés les types cliniques différents : Aran-Duchenne (main), Remak (avant-bras) et Erb (épaule).

Ces paralysies sont, en général, peu accentuées, et il en résulte surtout du tremblement et de la maladresse.

6° Progressivement, la paralysie peut atteindre ensuite le *tronc*, la *nuque* (d'où la difficulté qui en résulte pour rester debout); la *face* est aussi fréquemment atteinte, ainsi que les lèvres, la langue. La paralysie faciale bilatérale, réalisant le syndrome labio-glosso-laryngé, est exceptionnelle au cours de la diphtérie.

En résumé, dans toutes ces paralysies, on peut noter les mêmes caractères communs qui servent à les identifier :

a. Les troubles de la motilité sont incomplets, souvent variables même d'un jour à l'autre. Il y a plutôt parésie plus que paralysie.

b. Il existe quelques troubles de la sensibilité : anesthésie légère, en général indolence.

c. Abolition absolue des réflexes tendineux.

d. Il n'y a pas de troubles trophiques ni d'atrophie musculaire.

e. On peut trouver les mêmes modifications de la contractilité électrique que dans les autres paralysies par névrite périphérique. La contractilité faradique des muscles est diminuée ou abolie. Exceptionnellement, cela peut aller jusqu'à la réaction de dégénérescence.

7° *Troubles des muscles de la vie végétative.* — Les sphincters peuvent être atteints parfois, d'où rétention ou incontinence. Mais les troubles cardio-pulmonaires sont de beaucoup les plus importants; par leur gravité et leur étendue ils aggravent singulièrement le pronostic de cette forme généralisée. Ils constituent le *syndrome secondaire de la diphtérie maligne* décrit par Marfan.

Les *troubles pulmonaires* peuvent relever de plusieurs processus : tantôt il s'agit de la paralysie des muscles du larynx, surtout à la suite du croup, d'où aphonie, toux rauque et persistante, dyspnée par paralysie des abducteurs des cordes vocales et tirage consécutif.

S'il y a paralysie des constricteurs chez les sujets tubés, le tube est expulsé d'une façon continue; si bien qu'il faut trachéotomiser l'enfant; tantôt il s'agit d'une paralysie des intercostaux : le thorax est immobile pendant l'inspiration; l'abdomen se soulève fortement.

Enfin, il peut y avoir une paralysie du diaphragme ainsi que des muscles de Reisseissen (muscles des bronchioles). L'abdomen se déprime pendant l'inspiration, le malade avalant, pour ainsi dire, son ventre.

Mais les troubles respiratoires peuvent tenir aussi à une paralysie du pneumogastrique ou à des troubles bulbaires. Ce sont ces troubles qui portent à la fois sur la respiration et sur le cœur et que l'on observe en général à la suite des diphtéries malignes ou si la sérothérapie a été tardive ou insuffisante. Classiquement on les attribue à une paralysie des nerfs pneumogastriques. Marfan les rattache, au contraire, à des lésions de myocardite ou à la thrombose cardiaque. D'après Martin, la plupart de ces accidents toxiques paraissent rentrer dans les phénomènes d'insuffisance surrénale.

Hénoch en distingue trois formes : une à début brusque et précoce; une à début brusque mais tardif; une à début lent et tardif. Les deux premières formes aboutissent fatalement à la mort.

Brusquement, le malade, qui présentait une paralysie du voile sans gravité, tombe dans un état de prostration avec pâleur de cire du visage et des muqueuses; parfois cet état est précédé d'une douleur précordiale; le pouls est très mou avec arythmie, tantôt accéléré et tantôt ralenti. A ce moment peuvent survenir des vomissements, souvent en fusée, qui doivent faire redouter des accidents plus graves de défaillance cardiaque. A l'examen du cœur, on trouve des battements tumultueux, puis affaiblis, avec dilatation rapide du cœur. Bruits assourdis avec rythme embryocardique, parfois souffles de dilatation, pouls instable, gros foie et gros cœur traduisent une *insuffisance aiguë du cœur*. La circulation périphérique ne tarde pas à s'en ressentir; cyanose périphérique, lèvres violacées. Et après une période d'excitation, caractérisée par de l'éréthysme cardiaque inconstant, il survient une dépression intense avec mort rapide. La *mort subite* n'est point rare, soit par syncope, soit par thrombose cardiaque, soit par myocardite.

Le pronostic de cette forme maligne est à peu près fatal dans les formes à début précoce et rapide. Ils sont un peu moins graves si ces troubles débutent tardivement.

Dans certains cas, enfin, les troubles cardiaques et respiratoires peuvent s'associer, réalisant la forme bulbaire ou cardio-pulmonaire décrite par Duchenne; elle se traduit par des crises d'accès de suffocation, un pouls fréquent et rapide. Les accès durent quelques heures et la mort survient par syncope, asphyxie ou épuisement général.

FORMES ANORMALES. — Nous signalerons seulement les formes monosymptomatiques, uniquement motrices, ou bien les formes sensitives ou les formes sensorielles.

PRONOSTIC. — Il est classique d'opposer les paralysies généralisées, tardives et graves, aux paralysies localisées, précoces et bénignes. Marfan et Barbier ont fait remarquer qu'on pouvait observer une forme localisée, précoce et grave, survenant du 2e au 5e jour et se terminant fatalement par la mort. La mort survient dans 12 p. 100 des cas.

La forme localisée dure en moyenne 2 à 3 semaines. Le pronostic peut être assombri du fait de la possibilité de la broncho-pneumonie de déglutition. En dehors de cette complication, le pronostic est bénin.

Les formes généralisées durent longtemps : 5 à 6 mois. La guérison, longue à venir, survient à une époque variable, et le voile du palais, le premier envahi, est le dernier à reprendre ses fonctions.

La mort survient, en général, par épuisement, asthénie ou par complications. Elle est fatale dans les formes bulbaires ou cardio-respiratoires.

DIAGNOSTIC. — Il est facile à poser si la paralysie fait suite à une angine diphtérique reconnue et soignée comme telle.

Mais il peut être assez délicat dans les formes frustes de la diphtérie. Les notions de contagion, la présence d'adénopathies, l'existence de bacilles diphtériques dans la gorge devront alors être systématiquement recherchées. Le diagnostic rétrospectif de diphtérie n'est pas toujours facile en présence d'une paralysie quelconque.

(A suivre.)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 52, p. 831.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HOPITAUX. — *Epreuve écrite.* — Séance du 15 juin. — Question donnée : « Vaisseaux de l'utérus. — Hémorragies de la grossesse tubaire. »

FACULTÉS DES DÉPARTEMENTS. — STRASBOURG. — MM. André et Edouard Michelin viennent de faire don à la Faculté de Strasbourg d'un titre de rente sur l'Etat de 10.000 fr. Ce titre sera affecté à la création d'un prix en faveur d'un savant français ou appartenant à une nation alliée qui aura le premier trouvé un remède préventif ou curatif de la tuberculose chez un mammifère choisi parmi les espèces cobaye ou bovidé.

Dès maintenant les arrérages du prix seront affectés à un laboratoire de recherches placé sous la direction du professeur d'hygiène et de bactériologie de la Faculté de Strasbourg.

— MM. les prof. Bard et Bouin sont promus de la 2e à la 1re classe.

M. le prof. Nicloux est promu de la 4e à la 3e classe.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — BESANÇON. — M. le Dr Limon, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est prorogé dans ses fonctions jusqu'au 31 octobre 1923.

— GRENOBLE. — M. Traversier, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est chargé en outre d'un cours de pathologie interne (chaire de M. Jacquemet, en congé).

— MARSEILLE. — Sont nommés après concours : prosecteur d'anatomie et de médecine opératoire, M. Aubert; aide d'anatomie et de physiologie, M. Vignol; chef de clinique ophtalmologique, M. Ourgand; chef de clinique chirurgicale; M. Bossy; chef adjoint de clinique chirurgicale, M. Aubert, chef de clinique des maladies nerveuses, M. Aymès; chef de clinique médicale infantile, M. Bocca.

CONCOURS DE MÉDECIN DES ÉCOLES DE LA BANLIEUE (SEINE). — Liste des candidats admissibles aux épreuves pratiques et orales :

MM. Lemarignier, 27 1/2; Guerrier et Petit (Paul), 27; Boyé, Grilhaut des Fontaines et Pruvost, 26; Bertrandon et Janin, 25 1/2; Fay, Gaymard et Heuyer, 25; Poirot-Delpech, 24 1/2; Boureille, Bourgeois, Le Mière, Lubetzki et Périneau, 24; Barneweld et Guilhaume, 23 1/2; Boulle, Hilaire, Lamy, Lasnier, Mauger et Nicaud, 23; Berthoumeau, Bilbault, Keller, Leconte, Lévy-Frankel, Meurisse, Mora, Renault, Ricapet, Rol et Routhier, 22; Depardieu, 21 1/2; Brisset, Cohen, Girault, Journée, Lavie, Permilleux et Walter, 21; Fénard et Gontier, 20 1/2; Balizeaux, Barbarin, Cabessa, Doucet, Noailles, Perrin, Petit (Charles), Pillot, Roussel et Wallimann, 20; Abramoff, Audet, Ferry, Gadreau, Mme Houdré, MM. Linard, Morel-Léopold, Privé, Rocher et Thévenin, 19; Charroppin, Finot, Funck, Langle, Lehmann, Maître, Matsoukis, Mme Rabinovici et M. Salmont, 18.

— Rappelons que le jury est composé de MM. Méry, médecin des hôpitaux, président; Jean Hallé, médecin des hôpitaux; L. Guibert, médecin inspecteur en chef des écoles de la ville de Paris; Dufestel et Louis Gourichon, médecins inspecteurs des écoles de la ville de Paris; Cayla, médecin inspecteur des écoles de la banlieue.

PRÉFECTURE DE POLICE. — Le concours de médecin du Dispensaire de salubrité s'est terminé par les nominations de MM. Blum, Thibaut, Barthélemy, Perrin, Chevallier, Rabut, Bralez et Netter.

MINISTÈRE DE LA MARINE. — Composition du jury de concours pour l'admission à l'école du service de santé de la marine en 1920 :

Ligne médicale : président : M. le médecin général de 2e classe Labadens; membres : M. le médecin en chef de 2e classe Mourron et M. le médecin principal Goéré; membre suppléant : M. le médecin en chef de 2e classe Autric.

Ligne pharmaceutique : président : M. le médecin général de 2e classe Labadens; membres : M. le pharmacien chimiste en chef de 1re classe Le Naour et M. le pharmacien chimiste principal Sourd; membre suppléant : M. le pharmacien chimiste en chef de 2e classe Izambert.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Le *Journal officiel* du 8 juin

1920 publie un décret fixant les traitements et classes du personnel du service sanitaire maritime.

Les cadres médicaux comprennent 4 emplois d'agents principaux (médecins) et 9 emplois de médecins. Les traitements vont de 2.500 à 5.000 fr. pour les médecins.

MINISTÈRE DES TRAVAUX PUBLICS. — Sont nommés membres du Conseil d'administration de l'office national du tourisme :

M. le prof. Robin, MM. les Drs Boursier, Cany, Carron de la Carrière et Sellier.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — M. le Dr Camille Lenormand, professeur de chimie analytique et de toxicologie à l'Ecole de médecine de Rennes.

VISITE DE MÉDECINS ESPAGNOLS. — Sous la conduite du Dr J. Nunez Grimaldos, directeur et rédacteur en chef de *Los Progresos de la clinica* et de *Plus Ultra*, un groupe de médecins des différentes provinces de la Péninsule ibérique ont entrepris le voyage de Paris pour visiter notre Faculté, l'Institut Pasteur et nos principaux services hospitaliers parisiens.

Le 2 juin, ce groupe a été reçu à la Faculté de médecine. M. le prof. Roger, doyen de la Faculté, faisait les honneurs de sa Maison et a prononcé une petite allocution empreinte de la cordialité la plus bienveillante et qui a fait la meilleure impression sur nos hôtes.

La visite en détail de la Faculté s'est poursuivie, toujours sous la direction de M. le prof. Roger, assisté de MM. les prof. Desgrez, Broca, Pierre Delbet, Brindeau, Bernard et Marcel Labbé.

Le même jour, ce groupe a visité l'Institut Pasteur. M. le Dr Roux, empêché, avait délégué MM. Pettit et Veillon pour recevoir nos confrères. La visite de l'Institut a eu lieu en détail sous la direction de ces messieurs, assistés du Dr Dartigues, correspondant scientifique de *Los Progresos de la clinica* qui avait bien voulu leur servir d'interprète. Les différents laboratoires, l'hôpital, ont vivement intéressé les visiteurs, ils ont terminé par la visite au tombeau de notre grand Pasteur, qui leur a laissé une profonde impression.

ASSOCIATION DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE. — L'Association vient de tenir sa réunion statutaire de juin, à la Faculté de médecine de Paris.

Elle a procédé d'abord à l'installation de ses nouveaux syndics : MM. Blondel (*Revue de thérapeutique*), Le Sourd (*Gazette des hôpitaux*) et Monprofit (*L'Anjou médical*), et de son secrétaire général adjoint, M. Pierra (*Revue française de gynécologie*).

Me Ribadeau-Dumas, avocat à la Cour d'appel, a été appelé à succéder, comme conseil juridique, à Me Rocher, qui se retire.

M. Malot (*Journal de médecine de Lyon*) a été admis comme membre de l'Association, sur la présentation de MM. Pierra et Le Sourd.

Sur la proposition de M. Granjux, secrétaire général (*Le Caducée*), on a adopté l'ordre du jour suivant :

« L'A. P. M. F., considérant que la situation professionnelle des Alsaciens, docteurs en médecine de la Faculté allemande de Strasbourg, n'a pas encore été déterminée, qu'ils continuent à être traités comme des médecins étrangers, et qu'il en résulte un grand et légitime mécontentement dans le corps médical d'Alsace, d'autant plus qu'un certain nombre de ses membres ont servi en France pendant la guerre,

Emet le vœu que les conditions d'équivalence de ces diplômes soient rapidement réglées par le Parlement. »

(Ce vœu sera transmis au groupe médical interparlementaire.)

Sur la proposition de M. Le Sourd, l'Assemblée a nommé une Commission chargée d'étudier les questions d'ordre matériel intéressant la presse médicale. Cette Commission comprend, outre les membres du Bureau, MM. Baillière (*Paris Médical*), Cerf (*Le Médecin français*) et Gardette (*La Gazette des Eaux*).

Enfin, M. Pierra a exposé le but et les moyens d'action de l'*Expansion scientifique française*, société en formation destinée à favoriser le développement des publications scientifiques françaises et, en particulier, leur diffusion à l'étranger, et dont le siège social est provisoirement, 12, rue de Babylone, à Paris. Cette Société constitue un très intéressant effort dans le sens coopératif.

ÉCOLE FRANÇAISE DE STOMATOLOGIE. — L'Ecole française de stomatologie a pour but de donner l'enseignement aux seuls étudiants en médecine et docteurs en médecine désireux de se spécialiser dans la pratique de la stomatologie.

L'enseignement donné par des médecins spécialistes et techniciens comprend :

1° La clinique générale des maladies de la bouche et des dents ;

2° Des cours spéciaux sur les différentes branches de la stomatologie ;

3° Des travaux pratiques de technique opératoire, de prothèse, d'orthodontie et de laboratoire.

Pour les inscriptions et pour les renseignements s'adresser au Dr Bozo, directeur de l'École, 20, passage Dauphine, Paris.

La **SOCIÉTÉ CLINIQUE DE MÉDECINE MENTALE** se réunira à l'asile clinique, 1, rue Cabanis, amphithéâtre du service de l'admission, le lundi 21 juin 1920, à 3 heures très précises.

ACADÉMIE FRANÇAISE. — Le Dr Lucien Graux vient d'obtenir un prix pour son ouvrage sur les *Fausses nouvelles de la Grande guerre*.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL. — L'Université de Montréal vient d'être fondée et succède définitivement à l'Université Laval de Montréal.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les Drs de Baisieux, professeur à la Faculté de médecine de Louvain ; Th. Barrois, professeur de parasitologie à la Faculté de médecine de Lille, ancien député ; de Pezzer, chirurgien honoraire de la Maison départementale de la Seine, et Simon (de Saint-Georges-du-Vièvre).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Samedi 19 juin. — MM. de Lapersonne, président ; Lejars, Faure, Duval. — M. COFFIN (Henri). Les anévrismes de la main. — M. LATHIÈRE-LAVERGNE (René). Résection du genou après ostéo-synthèse. — M. MODIANO (Louis). Contribution à l'étude du volvulus de l'estomac. — M. DUPONT (Pierre). De l'ophtalmoplégie interne au cours de l'encéphalite léthargique. — M. FRÉNAY (René). Essai de technique dans le traitement des plaies. — M. LE FLAMANC (Auguste). La rachi-anesthésie limitée de la région génito-périnéo-anale.

Lundi 21 juin. — Jury : MM. Delbet, président ; Letulle, Cunéo et Rouvière. — M. MILET (Georges). Allongement du tendon d'Achille par glissement. — M. BARDET (Daniel). La gangrène herniaire et son traitement. — M. JABIOL (Maurice). Étude des associations des infections typhiques. — M. ROBIN (André). Contribution à l'étude radioscopique de l'élasticité pulmonaire. — Mlle PISSOT (Pauline). Contribution à l'étude de l'anévrisme. — M. BOULOT (René). Contribution à l'étude du typhus exanthématique.

Mardi 22 juin. — Jury : MM. Letulle, président ; Bernard, Richaud et Gougerot. — M. JOURNÉ (Maurice). De l'isolement des tuberculeux dans les services hospitaliers. — M. CHALUT (Jean). De l'asynchronisme respiratoire. — M. FLAMMARION (Gaston). La spirochétose ictérigène à Paris. — M. CANDELON (Pierre). Troubles dyspeptiques initiaux de la lithiase biliaire.

REVUE GÉNÉRALE

LES MALADIES DE LA NUTRITION

DANS LEURS RAPPORTS AVEC LES ACCIDENTS DU TRAVAIL (1)

Par le Dr COURTOIS-SUFFIT,
Médecin des hôpitaux de Paris,
Expert près les tribunaux.

On a coutume, dans les livres de pathologie classiques, de considérer comme maladies de la nutrition : l'obésité, la goutte, le rhumatisme et le diabète. Comme je ne dois envisager ces maladies que du point de vue de la médecine légale et en particulier de la médecine des accidents du travail, il va de soi que je laisserai complètement de côté l'obésité et que je ne vous parlerai que des trois autres affections en me réservant d'insister surtout sur la dernière, c'est-à-dire sur le diabète sucré.

Traumatisme et goutte. — Je vous dirai donc deux mots seulement sur les relations du traumatisme et de la goutte.

Tout le monde sait et connait l'influence du traumatisme sur l'*accès* de goutte ; les médecins comme les *goutteux* ne l'ignorent pas. Mais, étant donnée la rareté de la goutte dans la classe ouvrière, il n'y a pas lieu d'être surpris que les traités qui s'occupent des accidents du travail, de même que les recueils de Jurisprudence, soient à peu près muets sur cette question. Personnellement, dans ma pratique d'expertise déjà bien longue, je n'en ai jamais observé un seul cas.

Le traumatisme qui détermine l'apparition de l'accès de goutte peut affecter toutes les formes. Il peut être *violent* : tel le cas classique et bien connu de *Garibaldi*, qui ayant été atteint d'une balle au niveau d'un gros orteil présenta presque de suite un accès de goutte à ce niveau.

Souvent il s'agit d'une fracture, d'une *luxation*, d'une *entorse*, quelquefois d'une simple contusion : 24 ou 36 h. plus tard, débute sur le segment de membre traumatisé ou au niveau même du traumatisme, un accès de goutte, dont la symptomatologie et l'évolution sont classiques et qu'il est inutile de rappeler ici.

Certains auteurs ont estimé que cet accès de goutte ne pouvait succéder au traumatisme qu'autant que le sujet était en imminence d'attaque... Ceci est théorique, peu important pratiquement et sans doute inexact.

Si vous êtes commis par un tribunal à l'effet d'examiner un blessé ayant présenté un accès de goutte, vos conclusions seront les suivantes :

1° Un traumatisme est incapable de créer la goutte de toutes pièces ;

2° Un traumatisme peut réveiller un accès soit au point frappé, soit dans le segment de membre correspondant, soit au lieu d'élection habituel de la goutte, quel que soit le siège initial du traumatisme et on peut admettre le rapport de cause à effet à condition qu'il n'y ait qu'un intervalle très court entre l'accident et l'apparition de la douleur.

Un traumatisme peut dans certains cas constituer un lieu de moindre résistance où la goutte viendra plus tard se localiser. Telle l'observation de Lécorché : un malade ayant reçu un coup de fusil dans les jambes. Le siège de la blessure devint plus tard le point de localisation des déterminations goutteuses.

Mais ici encore, comme nous le verrons à propos du diabète, la loi de 1898 n'a pas prévu ces accidents à longue échéance qui dépassent les délais de la revision.

En un mot le traumatisme est responsable de l'accès et non de la maladie ; et encore de l'accès actuel et non des accès ultérieurs.

Il n'y a donc à envisager qu'incapacité temporaire.

Traumatisme et rhumatisme. — La question des rapports qui pourraient exister entre le traumatisme et le rhumatisme est peut-être encore moins élucidée que la précédente : ce qui tient évidemment à l'ignorance à peu près absolue où nous sommes de la nature, et de la pathogénie du rhumatisme chronique, et nous pourrions dire également de la nature du rhumatisme articulaire aigu, que tout porte cependant à considérer comme une maladie infectieuse.

Il est de notion courante qu'*un traumatisme articulaire est susceptible de déterminer des lésions d'arthrite sèche*, localisées à une articulation, de même qu'il est logique d'admettre qu'un traumatisme portant sur une articulation antérieurement atteinte d'arthrite sèche peut augmenter l'impotence douloureuse de cette articulation.

De même *un rhumatisme chronique préexistant peut être aggravé par un accident.*

Mais un traumatisme peut-il créer de toutes pièces le rhumatisme chronique polyarticulaire déformant ?

Cela est beaucoup plus douteux, non démontré et sans doute très exceptionnel, et si, comme toujours, des observations se rapportant à des cas semblables ont été publiées, celles-ci sont peu démonstratives, et scientifiquement elles n'entrainent pas la conviction.

Barjon, dans sa thèse, a cité un cas douteux de rhumatisme polyarticulaire chronique qui aurait succédé à une chute violente et qui aurait amené rapidement une impotence presque complète.

Lecoconnier a rapporté l'histoire d'une blanchisseuse rhumatisante qui, à l'occasion d'une fracture de l'avant-bras, aurait fait une poussée nouvelle, laquelle aurait aggravé son rhumatisme préexistant.

Ollive et Le Meignen citent également le cas d'un malade qui rattachait son rhumatisme à un traumatisme de la main.

Certains auteurs tentèrent d'aller plus loin et, admettant la possibilité du début aigu du rhumatisme articulaire chronique, ont étudié les *rapports du traumatisme avec le rhumatisme articulaire aigu.* Ne se contentant pas d'admettre, ce qui, à la rigueur, n'est pas impossible, qu'il y ait plus qu'une coïncidence entre un accident et la crise de polyarthrite aiguë rhumatismale, ces auteurs ont déclaré que le traumatisme pouvait même, à lui seul, créer de toutes pièces les complications viscérales de l'infection et, en particulier, l'endocardite...

Vous saisissez, de suite, l'exagération d'une pareille conception et à quelles conséquences pratiques graves elle pourrait entraîner. Il est évident, qu'en publiant ces faits les auteurs sont de bonne foi, mais, maintenant vous apercevez le danger de telles affirmations, au point de vue médico-légal, et

(1) Leçon professée à la Faculté de médecine de Paris (cours complémentaire de médecine légale).

la responsabilité qu'elles entraînent, en matière d'accidents du travail.

Le danger est d'autant plus sérieux, qu'il s'agit presque toujours de thèses inaugurales, c'est-à-dire de textes qui ont été ou devraient avoir été contrôlés par des juges éminents, textes sur lesquels certains médecins pourraient être tentés de s'appuyer pour défendre la cause de leurs clients.

Comme je l'ai déjà dit, et comme je tiens à le répéter, il est relativement peu important de surcharger dans les livres l'étiologie des maladies, et de faire figurer systématiquement le traumatisme au milieu des autres causes; mais cela devient singulièrement grave, quand il s'agit de passer de la théorie à la pratique et de formuler une opinion qui se traduit en fin de compte par *une réparation pécuniaire*.

N'acceptez donc le traumatisme, comme cause d'une affection médicale, que lorsque cela est absolument démontré, et que lorsque l'accident réunit toutes les conditions que vous connaissez maintenant, qui tiennent à sa nature même, à sa date d'apparition, ou à la succession ininterrompue des phénomènes cliniques qui l'ont suivi.

Traumatisme et diabète. — La question du *diabète* dans ses rapports avec le traumatisme est beaucoup plus importante, beaucoup plus intéressante et beaucoup mieux connue. Les rapports de causalité sont à peu près universellement admis, et, cependant, dès le début, je crois que l'on peut affirmer, que, comme pour beaucoup d'autres affections, l'influence du traumatisme a été singulièrement exagérée et que, pour elle aussi, vous devrez examiner les faits qui viendront à votre examen, sinon avec scepticisme, du moins avec une grande circonspection. Si Cantani, en effet, acceptait l'origine traumatique du diabète dans 10 p. 100 des cas, si Lépine admettait que le traumatisme agit comme cause seulement chez 5 p. 100 des diabétiques et encore pas comme cause exclusive, ce qui, déjà, tend à diminuer sérieusement son influence et sa fréquence, le prof. M. Labbé déclare qu'après avoir suivi des centaines de cas de diabète il *n'en a jamais observé un seul* qui fût indiscutablement d'origine traumatique ; il ajoute que, tout en admettant la réalité de cette pathogénie, il pense que son importance a été fort exagérée, et que beaucoup d'observations publiées, qui à première vue sont probantes, sont à critiquer dans chacun de leurs détails, et qu'il ne faut accepter que celles où ce rapport est nettement établi ; et celles-ci sont très rares.

Ce qui a rendu classique, et, *en apparence*, hors de toute contestation l'origine traumatique du diabète, c'est l'expérience de Cl. Bernard, qui, pratiquant une piqûre sur le plancher du 4e ventricule, en un point déterminé, voisin du noyau d'origine du pneumo-gastrique, provoquait la glycosurie chez l'animal.

Il faut se hâter d'ajouter qu'en fait, ce qui survient dans ces conditions, c'est une glycosurie transitoire, pouvant disparaître assez rapidement.

Nous laisserons de côté les différentes manifestations décrites sous le nom de glycosurie traumatique, diabète insipide, diabète azoturique, etc., pour n'étudier ici que le diabète sucré, c'est-à-dire cette affection caractérisée par des symptômes urinaires : polyurie, glycosurie permanente, et des symptômes généraux : polyphagie, polydipsie, troubles nerveux, sensoriels, etc.

La glycosurie traumatique, en particulier, n'offre que peu d'intérêt au point de vue médico-légal. Elle est presque de règle dans les traumatismes violents du crâne et, si le malade ne meurt pas du fait de la gravité des lésions cranio-cérébrales, elle guérit très rapidement.

Cette guérison rapide est également de règle dans les traumatismes plus bénins, et pratiquement, elle a disparu au moment de la consolidation de la blessure. Notons seulement que la glycosurie peut être le premier symptôme du diabète vrai et que dans ce cas on verra apparaître rapidement les autres symptômes du diabète sucré.

Cette distinction étant bien établie entre le diabète sucré vrai, les glycosuries passagères et les autres variétés de diabète, étudions maintenant les *rapports entre le traumatisme et le diabète sucré proprement dit*.

Nous avons signalé, il y a quelques instants, à l'appui de l'origine traumatique du diabète, la célèbre expérience de Claude Bernard. Il est juste d'ajouter que, dans quelques cas, la clinique vient en aide à l'expérience, puisqu'on connaît des observations de diabète vrai, et non d'élimination passagère de sucre dans les urines, chez des individus atteints de lésions qui siègent sur le plancher du 4e ventricule : tumeurs, plaques de sclérose, hémorragies, foyers de ramollissement.

Ces premières données, à la fois expérimentales et cliniques, permettent de conclure que des traumatismes atteignant le bulbe sont susceptibles de provoquer, dans certains cas, des lésions portant sur le centre glycosurique qui se traduisent cliniquement par les symptômes du diabète.

Contrairement à ce que nous avons exposé dans la précédente leçon, il semble donc que l'on rencontre dès le début de cette étude des faits *précis*, à la fois théoriques et pratiques, qui prouvent l'origine traumatique du diabète.

Malheureusement les faits de cette nature sont très rares et, le plus souvent, l'apparition du diabète fait suite à des traumatismes qui n'intéressent pas, au moins directement, le centre glycosurique du bulbe.

La pathogénie des accidents n'est plus alors aussi nette et c'est ce qui explique que certains auteurs et non des moindres, Jaccoud, par exemple, ont pu malgré l'expérience de Cl. Bernard nier l'existence du diabète traumatique vrai.

* * *

Beaucoup de travaux, à la suite de l'expérience de Cl. Bernard, ont été consacrés à l'étude des rapports du diabète avec le traumatisme. Loin de nous la pensée de les rappeler tous, et nous ne citerons que ceux que nous avons surtout mis à contribution, comme se rapportant d'une façon plus précise à la question que nous traitons devant vous.

Rappelons les noms de Fischer, de Lécorché, de Brouardel et Richardière, dont la remarquable étude médico-légale publiée *en 1880* est demeurée classique ; citons les articles de Vibert, de Thoinot dans leurs livres sur les accidents du travail.

Quelle est la fréquence du diabète traumatique ? Je vous ai cité, en débutant, les statistiques de Cantani, de Lépine, de Marcel Labbé.

Jodry arrive au même chiffre que Lépine, et déclare que le diabète traumatique s'observe au plus dans 5 p. 100 des cas.

C'est ce chiffre qui nous paraît le plus vraisem-

blable, car toutes les statistiques ne sont pas concluantes et il n'y a rien à en retenir.

Thoinot disait, en parlant des statistiques allemandes, qu'elles étaient très sujettes à caution pour ne pas dire sans valeur; la plupart, en effet, manquant de preuves précises et concordantes et se bornant à reproduire des hypothèses plus ou moins justifiées, simplement pour se conformer à l'usage.

Il est évident que le diabète traumatique est plus fréquent chez l'homme que chez la femme, et plus fréquent aussi chez l'adulte que chez l'enfant. Ce sont là des notions banales.

Beaucoup plus intéressante et plus digne d'attention apparaît la nature du traumatisme.

Le plus souvent le diabète survient après des *traumatismes craniens graves*, ayant déterminé non seulement des lésions des parties molles, mais des enfoncements et même des fractures de la voûte ou de la base du crâne et s'étant accompagnées de phénomènes de *commotion cérébrale*.

Immédiatement après les traumatismes craniens, viennent les traumatismes spinaux, c'est-à-dire, ceux qui atteignent la colonne vertébrale; comme les premiers ils peuvent provoquer l'apparition du diabète.

Schématiquement, dans ces cas, l'évolution est la suivante. Un individu fait une chute sur la nuque, sur le dos ou sur les lombes; il s'alite, et rapidement apparaissent et le sucre dans l'urine et le cortège symptomatique du diabète. La commotion, en ce cas, joue encore un rôle très important.

L'influence des *traumatismes périphériques* est beaucoup moins évidente.

Pour Brouardel et Richardière, il n'est nullement indispensable que la région blessée corresponde topographiquement à une région précise des centres nerveux, il suffit que le trauma soit suffisamment *intense*. Or, si l'on examine d'un peu près les observations de diabète par traumatisme périphérique, on remarque que souvent, sinon toujours, le traumatisme a été très violent et qu'il s'est accompagné, à un degré plus ou moins considérable, de commotion cérébrale ou médullaire, ce qui le rapprocherait singulièrement de ceux qui succèdent au traumatisme voisin des centres nerveux.

Cette *notion de la commotion nerveuse, physique et psychique*, est très importante et mérite qu'on y insiste d'une façon toute spéciale puisqu'elle a permis de dire à certains auteurs, à Richardière entre autres, que le diabète *traumatique* n'était qu'une variété de diabète *nerveux*.

On a, en effet, noté des cas où, sans traumatisme à proprement parler, simplement à la suite d'une émotion violente, en particulier chez les employés de chemin de fer, les mécaniciens surtout, on voyait apparaître les symptômes du diabète. Nous n'avons pas à étudier le diabète par émotion morale, il suffisait de le signaler pour montrer la filiation des phénomènes et la pluralité du mécanisme étiologique.

En terminant ce chapitre, il me paraît indispensable de parler à nouveau du rôle de la prédisposition, de la diathèse arthritique, qui constitue le terrain de prédilection pour le développement du diabète, mais ce serait revenir par un chemin détourné à l'état antérieur, et, sur ce point, nous sommes définitivement fixés.

Dans les rapports du traumatisme avec le diabète, il y a *3 éventualités principales* à examiner; on peut, schématiquement, les ranger dans l'ordre suivant :

1° Cas où le traumatisme *crée* de toutes pièces un diabète ou révèle un diabète ignoré jusqu'alors;

2° Cas dans lesquels le diabète est *aggravé* par le traumatisme;

3° Cas incertains et discutables soit au point de vue étiologique, soit au point de vue médico-légal.

1° Cas où *le traumatisme crée, de toutes pièces, le diabète*, ou *révèle un diabète jusqu'alors ignoré.*

Il y a dans ce groupe plusieurs points à envisager:

a. On sait que le traumatisme peut créer de toutes pièces le diabète et le fait a été vérifié depuis l'expérience de Cl. Bernard par des faits cliniques : constatations, à l'autopsie des diabétiques de lésions du plancher du 4e ventricule consécutives au traumatisme.

Il s'agit alors, en général, de blessures graves du crâne ayant déterminé, sinon toujours une fracture, du moins des accidents de commotion cérébrale ou médullaire.

L'observation suivante vient à l'appui des notions ci-dessus.

Un jeune homme de 26 ans fait une chute du 3e étage et tombe sur le front : commotion cérébrale; amélioration. Six mois après, on constate l'existence d'un diabète qui évolue rapidement à la façon du diabète pancréatique. L'autopsie montre l'existence de deux foyers hémorragiques anciens sur le plancher du 4e ventricule.

L'évolution du diabète traumatique n'est pas toujours aussi rapide; le traumatisme peut guérir et ce n'est alors que progressivement que l'on va assister à l'apparition, puis à l'évolution des principaux symptômes du diabète.

Le diabète traumatique offre de grandes analogies avec le diabète nerveux. Ce sont, en effet, le plus souvent les *accidents nerveux* qui attirent l'attention et conduisent à pratiquer l'examen des urines.

Tel malade se présente avec des phénomènes de parésie, de paralysie plus ou moins étendue, un autre a des troubles de la vue, de l'ouïe, des vertiges, de l'insomnie, des troubles de la mémoire. L'interrogatoire révélera qu'il a eu, au moment de l'accident, des phénomènes de commotion cérébrale et les troubles nerveux ont une signification importante au point de vue de l'origine même de la maladie, car ils démontrent que le traumatisme a gravement impressionné le système nerveux, et qu'il a pu être la cause directe d'un diabète d'origine nerveuse.

b. Le 2e cas qu'il faut envisager dans ce groupe a trait au traumatisme qui vient révéler un diabète jusqu'alors ignoré. L'accident ne revêt plus alors forcément les caractères de gravité dont nous parlions précédemment, il n'est plus nécessaire qu'il y ait eu commotion cérébrale ou médullaire et les traumatismes les plus divers sont susceptibles de faire sortir de l'ombre un diabète préexistant, qui vient se manifester alors par des signes cliniques qui attirent immédiatement l'attention.

S'il y a eu une *plaie*, celle-ci se cicatrisera lentement et mal; s'il n'y a eu que des contusions, le siège de la région blessée devient le point de départ de douleurs violentes. Ces symptômes s'accompagnent de désordres de l'état général : amaigrissement, polyurie, polydypsie.

Rarement, en effet, la santé du blessé reste parfaite depuis le jour où il a été victime de l'accident jusqu'au moment où le diabète a fait son apparition. Le blessé semble ne pas guérir d'une *blessure parfois très légère*; le contraste entre la bénignité de

son accident et la durée de la cicatrisation l'étonne et l'inquiète.

Les symptômes nerveux surtout persistent et leur persistance est extrêmement importante, elle peut permettre de formuler des conclusions formelles dans des cas où le problème paraît insoluble.

2° Vient ensuite le groupe des cas dans lesquels *le diabète est aggravé par le traumatisme*. Il est acquis, à l'heure actuelle, qu'un traumatisme même relativement minime peut, chez le diabétique, devenir une blessure grave, qu'il peut aggraver le diabète préexistant et provoquer l'apparition du coma.

Le diabétique, a-t-on dit, est un colis fragile et lorsqu'il est victime d'un traumatisme on note fréquemment l'augmentation du sucre dans les urines, l'amaigrissement, la perte des forces, et un dépérissement progressif qui aboutit rapidement au coma et à la mort. Brouardel, dans son livre sur *Les Accidents du travail*, en a publié un exemple typique dont voici le résumé :

Je soussigné P. Brouardel, commis par le Tribunal de X... à l'effet :

1° De se prononcer, au point de vue scientifique, sur les conséquences qu'un choc ou une émotion peuvent entraîner pour un sujet diabétique ;

2° De formuler, au vu de tous les éléments fournis par l'enquête, un avis, en ce qui concerne l'influence que l'accident, dont M. J... a été la victime, a pu avoir sur l'évolution de sa maladie, dire si sa maladie a hâté sa fin et autant que possible de combien de temps...

1° A la première question, l'expert a répondu : un choc, une émotion quelconque peuvent provoquer l'apparition d'un diabète chez les personnes qui n'en présentaient aucune trace avant l'accident.

2° L'évolution des accidents chez le blessé a été la suivante :

Le 17 avril 1899, M. J..., vétérinaire, était dans sa voiture lorsqu'une voiture automobile, venant en sens inverse, heurta le cheval et la voiture. M. J... fut précipité sur le trottoir et se releva quelques minutes après sans lésions apparentes... Il était atteint depuis peu d'années d'un diabète moyen qui disparaissait parfois sous l'influence d'un traitement banal... Une heure après l'accident, il se plaignait de violentes douleurs dans les reins, mais ne présentait ni plaies contuses, ni grandes contusions appréciables à l'œil. Il resta quelques jours chez lui et essaya ensuite de faire quelques sorties. Dès ce moment il se rendit compte qu'il était en proie à une oppression presque permanente, sans signes d'auscultation... La quantité de sucre avait rapidement augmenté dans l'urine... Très vite, son état empira... Un séjour à Vichy fut inutile, l'amaigrissement, la cachexie devinrent extrêmes et le coma survint et la mort.

J'ai reproduit cette observation, dit Brouardel... parce que, au point de vue de l'évolution, elle est tout à fait remarquable.

Il en ressort que, avant l'accident, M. J... était atteint d'un diabète qui, par la quantité de sucre rendu, ne présentait rien d'excessif, que plusieurs fois même le sucre avait disparu des urines, que, avant l'accident, il y a eu un peu d'amaigrissement. Ce sont là des alternatives par lesquelles passent tous les diabétiques dont la maladie n'a pas une gravité exceptionnelle. Chez eux la survie est souvent de plusieurs années.

Après l'accident, survient chez M. J... une seconde phase. L'albumine paraît dans les urines, elle s'accompagne d'oppression, la quantité de sucre augmente, la maladie est entrée dans une nouvelle période et on doit admettre que, comme dans les faits que j'ai rapportés en répondant à la première question, l'accident a été la cause de cette aggravation.

Enfin, après cette seconde phase, se développe la période ultime dans laquelle, par l'évolution même de la maladie ainsi aggravée, surviennent les vertiges, puis le coma diabétique.

Je réponds donc à la seconde question posée par le Tribunal :

Le diabète, dont M. J... était atteint, était de nature à lui permettre de vivre de longues années.

Le traumatisme qu'il a subi a transformé ce diabète, d'intensité moyenne, compatible avec l'exercice de la profession de M. J..., en un diabète grave à évolution rapidement mortelle.

Je considère cette transformation comme la conséquence de l'accident dont M. J... a été victime le 17 avril 1899.

Reste enfin un 3e groupe dans lequel rentrent les *cas incertains* où la relation de cause à effet entre le diabète et le traumatisme est difficile à bien établir lorsque l'examen des urines n'a pas été pratiqué avant l'accident. En voici, un exemple. Un jeune homme fait une chute bénigne : pas de plaie. Il reprend ses occupations et très rapidement, en quelques jours, il meurt de coma diabétique. Il est assez difficile de rattacher l'apparition du diabète à cette chute sans gravité, et cependant il est incontestable que très rapidement le diabète s'est aggravé ; en l'absence d'examen des urines antérieur à l'accident, on est en droit de conclure que, s'il est improbable que le traumatisme ait pu créer le diabète, il n'est pas, par contre, impossible que le traumatisme, soit seul, soit du fait de l'émotion qu'il a provoquée, ait pu aggraver un diabète latent jusqu'alors — et vous voyez, Messieurs, par ce dernier exemple, combien votre rôle pourra être difficile lorsque, en l'absence de documents établissant d'une façon certaine l'existence ou la non-existence de la glycosurie avant l'accident, vous aurez à décider de l'origine traumatique ou non, ou de l'aggravation d'un diabète survenu à l'occasion d'un accident du travail.

En résumé, au point de vue pathogénique et clinique, le diabète peut résulter entièrement d'un traumatisme affectant le système nerveux ; il peut apparaître chez des prédisposés ou chez des diabétiques latents à la suite d'un traumatisme moins violent ; il peut survenir chez de vieux diabétiques et devenir une cause d'aggravation locale de la maladie, ou d'aggravation générale en faisant apparaître une complication mortelle et en particulier le coma.

Cherchons maintenant quelles sont les applications des notions précédentes à la médecine légale, et, reprenant l'hypothèse par laquelle j'ai terminé ma première Conférence (1), supposons que vous soyez commis à titre d'expert à l'effet de répondre aux questions suivantes :

1° L'accident a-t-il déterminé le diabète ?
2° A-t-il aggravé un diabète préexistant ?
3° Quel déchet a-t-il entraîné ?

Vos investigations très sévères et pratiquées méthodiquement devront viser les points suivants :

Vous devez tout d'abord examiner l'accident en lui-même et prendre connaissance à ce propos de tous les certificats et comptes rendus d'examens pratiqués au moment ou avant l'accident.

Le premier point à élucider est de savoir s'il y a eu réellement *accident au sens médico-légal* de la loi de 1898.

Nous avons en effet signalé précédemment que le diabète pouvait apparaître chez les prédisposés à la suite de trépidations prolongées, d'émotions répétées. Or si ce sont là des faits non douteux scientifiquement, ils ne constituent pas des accidents du travail.

L'accident étant établi au point de vue médico-légal, il faudra examiner soigneusement la blessure, si elle est encore en évolution, ou sa cicatrice, si l'expertise a lieu plus tardivement.

On fera préciser les circonstances exactes de l'ac-

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 53, p. 837.

cident : nature de la chute, force de l'agent vulnérant, état du blessé immédiatement après : perte de connaissance, torpeur, signes de commotion cérébrale ou médullaire. Cette recherche des *symptômes nerveux posttraumatiques* est des plus importantes, car elle permettra d'éviter des erreurs d'interprétation dans le genre de celle qui suit :

Un ouvrier peintre, âgé de 58 ans, tombe du haut d'une échelle et se fracture une jambe ; 10 jours après, on constate l'existence de glycosurie et les symptômes d'un diabète qui évolue du reste assez rapidement.

L'auteur de cette observation l'apporte à l'appui de l'origine périphérique du diabète traumatique.

Or, en lisant attentivement cette observation et en l'analysant dans tous ses détails, on découvre que, dans sa chute, l'ouvrier s'est fortement contusionné la tête, que la colonne vertébrale a heurté violemment une échelle et que le blessé est resté pendant une demi-journée dans un état voisin du coma.

La fracture de jambe, en espèce, constitue évidemment, au point de vue objectif, la lésion la plus grave, mais il n'est pas douteux, que si l'on envisage la pathogénie du diabète traumatique, c'est le traumatisme cranien et rachidien qui est comptable de l'apparition de la glycosurie.

Il faudra donc, dans un premier temps de l'interrogatoire, discuter les circonstances de l'accident et l'intensité de la blessure.

S'il s'agit d'une blessure avec plaie il sera non moins important de préciser les caractères de cette plaie, soit par l'examen direct, si le traumatisme est récent, soit par la lecture des pièces médicales s'il s'agit d'un traumatisme ancien.

Le mode d'*évolution* de cette plaie, le retard de la cicatrisation, son aspect atone, grisâtre, seront des éléments importants à étudier au point de vue de la recherche d'un diabète antérieur à l'accident.

L'existence de douleurs précoces, de troubles de la motilité, l'altération de l'état général ont également une grande valeur au point de vue du diagnostic étiologique.

Il ne faudra pas manquer également d'étudier les antécédents du blessé, de noter son âge, sa profession, son genre de vie habituel, son aspect maigre ou floride. Dans la limite où ses réponses seront désintéressées, on tâchera de savoir s'il n'a pas présenté avant l'accident quelques symptômes plus ou moins nets de diabète autres que la glycosurie, et l'on pourra parfois surprendre au cours de l'interrogatoire l'existence de polyurie, de polydypsie, de prurit, de névralgies tenaces.

Chaque fois que le blessé aura subi un examen médical antérieur à l'accident il faudra se faire communiquer le résultat de l'examen des urines.

Enfin votre enquête devra porter surtout sur les relations du traumatisme, dont vous aurez apprécié la valeur et l'importance au point de vue de la loi sur les accidents du travail, avec les symptômes présentés par le malade.

La constatation de sucre dans les urines ne suffit pas, en effet, à faire porter le diagnostic de diabète, et qui plus est, de diabète traumatique.

Vous savez tous que la glycosurie est un phénomène assez fréquent, mais *transitoire*, à la suite des traumatismes violents. Cette glycosurie passagère provoquera rarement une expertise médico-légale, car elle disparaît généralement avant la consolidation des lésions.

Il n'en est pas de même de la glycosurie plus tardive qui constitue l'un des symptômes du diabète et qui n'a de valeur que si elle s'associe aux autres symptômes de celui-ci.

Il faudra donc, avant de conclure à l'origine traumatique d'un cas de diabète sucré, s'assurer que, médicalement, l'affection est nettement et définitivement constituée.

Vous serez parfois amenés, s'il y a doute dans votre esprit, à rechercher s'il n'y a pas eu simulation ou supercherie. Vous ferez uriner le blessé devant vous et vous procéderez de suite à la recherche du sucre. Vous pourrez comparer les résultats fournis par cet examen avec ceux que donnerait l'analyse de l'échantillon d'urine apporté par le blessé et vous n'oublierez pas la possibilité de la simulation de la glycosurie par absorption de phloridzine. Ce sont d'ailleurs des faits exceptionnels.

Ce qui est moins rare c'est que les blessés cherchent à rattacher à un accident du travail un diabète préexistant, et alors le point capital de votre expertise sera, en présence des signes du diabète, d'en discuter l'origine exacte à l'aide de tous les renseignements qui précèdent.

Quelquefois l'évolution des accidents est trop rapide pour que le traumatisme puisse être incriminé dans l'apparition des complications graves. Témoin le cas suivant.

Un homme fait une chute sans gravité. Pas de plaie ; pas de symptômes de commotion cérébrale. Il reprend ses occupations aussitôt après l'accident. Dix jours plus tard il tombe dans le coma et meurt.

Véritablement, il est difficile d'attribuer l'apparition de ce coma diabétique mortel à un accident aussi minime, et, cependant, le coma, chez un diabétique latent, ne peut-il se produire sous l'influence d'une cause bénigne ?

D'autres fois, au contraire, ce laps de temps écoulé entre l'accident et l'apparition des signes du diabète est trop prolongé.

Témoin ce cas de Cruchet et Lautier.

Une femme, très âgée, est atteinte de fracture du col du fémur. Longue immobilisation ; 6 à 8 mois après, apparition du diabète. La malade, pendant cette période, n'ayant présenté aucun symptôme de diabète, si minime soit-il, il semble très difficile de rendre l'accident responsable de la maladie.

Mais tous ces cas ne sont pas aussi évidents que les deux précédents ; souvent la question est très discutable, et cela a amené certains experts, Brouardel, Thoinot par exemple, à demander que, systématiquement, on procède à l'examen des urines de tous les blessés.

Cela d'ailleurs, il faut le signaler, n'amènerait pas de grand résultat, car, quand l'expert examine un blessé, c'est souvent bien longtemps après la blessure, quand celle-ci est consolidée ; au cas qui nous occupe le diabète est alors reconnu, et, pour apprécier s'il dépend de l'accident, on doit tenir compte des notions usuelles sur la date d'apparition ordinaire de la glycosurie après les traumatismes.

D'après Brouardel et Richardière, voici en moyenne les chiffres que l'on peut admettre, chronologiquement, entre le trauma et le diabète.

Sur 25 cas, le diabète est apparu :

Dans 8 cas, les 2 premiers jours,
4 la semaine suivante,
5 3 à 6 semaines plus tard,
3 les 2 premiers mois,
2 le 3e mois,
1 du 4e au 5e mois.

Certains auteurs ont signalé l'apparition plus tar-

dive encore de la glycosurie : 3, 16 et 20 mois plus tard.

Cruchet et Lautier, dépouillant 53 observations, donnent les chiffres suivants :

Glycosurie apparaissant immédiatement après l'accident........	9 cas
1 à 20 jours plus tard...........	16
1 à 6 mois plus tard............	13
6 mois à 1 an plus tard..........	7
1 à 2 ans plus tard.............	5
4 ans plus tard.................	1
6 ans plus tard.................	2

Nous croyons que ces statistiques sont à peu près sans importance, car chaque observation devrait être l'objet d'une analyse très minutieuse. On découvrirait alors que dans bon nombre de cas précoces il s'est agi seulement de glycosurie transitoire et non de diabète vrai, et que beaucoup de cas tardifs n'ont aucun rapport avec l'accident.

Il faut, en effet, être très circonspect en présence de statistiques dont les chiffres n'ont de valeur que si les observations sont complètes et précises; or, dans les cas qui nous occupent, manque presque toujours l'état des urines avant l'accident, et, en cas de mort, manque l'examen nécropsique.

Soyez donc très prudents dans l'appréciation de la date d'apparition du diabète à la suite du traumatisme et entourez-vous du maximum de garantie en examinant l'évolution de la blessure. Pour qu'il y ait rapport évident de cause à effet entre un trauma et l'apparition d'accidents diabétiques, il faut qu'il y ait continuité dans la constatation des symptômes.

En résumé, pour répondre à la première question qui vous sera posée par le Tribunal : « L'accident a-t-il déterminé le diabète »? Vous vous trouverez en présence de deux éventualités :

1° Ou bien il s'agira d'un blessé, dont les urines avaient été examinées avant l'accident, qui n'avait pas de sucre, et qui, depuis ce traumatisme, est glycosurique; dans ce cas, pas de doute; le diabète doit être le résultat de l'accident, surtout s'il s'agit d'un traumatisme important.

2° Ou bien aucune analyse des urines n'avait été pratiquée. C'est le cas le plus fréquent, et alors pour se faire une opinion vous devrez rechercher quel a été l'intervalle entre l'accident et les signes du diabète, et cet intervalle ne doit pas dépasser un an pour que la relation soit probable.

Vous devrez ensuite rechercher la continuité des symptômes présentés depuis l'accident pour justifier de la légitimité de l'origine traumatique de la maladie.

Pour répondre à la 2e question :

L'accident a-t-il aggravé un diabète préexistant?

C'est par l'étude de l'évolution de l'affection, par l'interrogatoire minutieux du blessé qui renseignera sur son genre de vie, sur sa capacité ouvrière antérieure que vous pourrez vous faire une opinion.

La mort par coma diabétique sera, en particulier, imputable à l'accident, si, depuis celui-ci, le blessé a dépéri, s'il n'a pas repris ses occupations, s'il a présenté des symptômes nerveux, s'il a vu apparaître cette odeur de l'haleine si spéciale due à l'acétonémie.

Enfin, si les 4 *notions* suivantes ne sont pas réunies :

1° Nécessité d'un traumatisme violent susceptible d'avoir provoqué des lésions sérieuses avec ébranlement du système nerveux;

2° Nécessité d'enquête qui dira si le diabète était antérieur à l'accident, ou, à défaut de preuves, si le blessé était en très bon état de santé, s'il travaillait régulièrement;

3° Délai raisonnable entre le traumatisme et l'apparition du diabète;

4° Notion de la continuité des symptômes observés chez le malade depuis l'accident jusqu'à la constatation du diabète.

On pourra dire, avec Thoinot, que :

Tout cas de diabète chronique, imputé à un traumatisme qui ne réunit pas les conditions ci-dessus, est un cas de faux diabète traumatique, et il en est ainsi, en réalité, dans la majorité des cas qu'on trouve dans la littérature médicale.

Il resterait à dire un mot du taux de l'incapacité de travail en matière de diabète traumatique.

Mais c'est là une question d'espèce, variable avec chaque cas, et qu'il est impossible de fixer avec précision dans un travail d'ensemble...

Veuillez retenir surtout de ces deux conférences, où j'ai exposé les faits d'une façon aussi schématique que possible, que depuis la loi de 1898 sur les accidents du travail, *avec la réparation pécuniaire qu'elle implique*, là notion du traumatisme dans l'étiologie des maladies a besoin d'être précisée, que sa fréquence a été souvent exagérée, que son influence, parfois évidente, en apparence, est, à l'étude sérieuse des observations, quelquefois douteuse ou même nulle, et qu'il faut avant tout, pour apprécier sainement les cas multiples et si différents qui se présentent dans la pratique courante, faire un examen minutieux du malade, une étude particulièrement attentive de la date d'apparition des accidents et de leur évolution... faute de quoi on ne peut fournir que des conclusions insuffisantes ou erronées.

Et permettez-moi de finir par un conseil que mon âge et mon expérience de vieil expert m'autorisent à vous donner... Ne vous contentez pas, en vue d'une spécialisation légitime, d'apprendre ce qu'on appelle la « médecine légale ». Apprenez la médecine tout court, sachez bien la pathologie... Devenez de bons cliniciens et vous serez de bons experts.

LETTRE D'AMÉRIQUE

La question de l'*emploi du radium en gynécologie* semble avoir aujourd'hui un intérêt quasi universel. Devant la *Southern medical Association*, GEWIN (1) résumait ainsi les indications. Le radium est le traitement de choix : 1° dans les ménorragies de la ménopause sans larges fibromes ou cancer; 2° dans les ménorragies causées entre 35 et 40 ans par de petits fibromes sans cancer; 3° dans les cas de fibromes où l'opération est contre-indiquée; 4° dans les ménorragies des jeunes rebelles aux autres traitements médicaux; 5° dans tous les cas à tendance maligne et dans tous les cas opérables après ablation chirurgicale. Dans les cas de cancer inopérable de l'utérus, le radium atténue la douleur, supprime l'odeur, arrête l'hémorragie et souvent amène une guérison anatomique et symptomatique, même dans des cas très avancés; il peut aussi ramener beaucoup de cas inopérables à l'opérabilité. C'est le seul moyen dont nous disposions pour les cancers récidivés.

En ce qui concerne les affections non cancéreuses, même les chirurgiens auront peu d'objections à faire à ces conclusions.

Devant l'*American medical Association*, peu auparavant, S. M. D. Clark (2) a apporté 50 cas de métrorragies non dues à des fibromes ou du cancer dans lesquels les résultats furent excellents ; et J. G. Clark (3), de l'étude de 150 cas de fibromes traités par le radium, conclut que, au point de vue efficacité et sécurité, le radium doit supplanter l'opération toutes les fois que la tumeur n'est pas trop grosse et qu'il n'y a point d'inflammation pelvienne, ancienne ou récente. C'est là le point délicat du diagnostic. Un autre point à élucider c'est de savoir si, avec le radium, on peut arrêter les ménorragies rebelles des jeunes sans provoquer de ménopause anticipée. Incidemment, J. G. Clark donne une statisque de 816 fibromes, parmi lesquels il y avait 26 sarcomes, soit 3,18 p. 100 dont 13 seulement étaient restés méconnus avant l'examen anatomique. Sur 1.000 cas d'hystérectomie subtotale, il n'y eut qu'un cas de sarcome du moignon. Donc, la dégénérescence sarcomateuse, dont on a fait un gros argument contre l'emploi du radium, est très loin d'être aussi fréquente qu'on l'a prétendu pour les besoins de la cause.

Mais, si l'accord est à peu près fait sur les principes généraux dans les affections non cancéreuses, il n'en est pas de même pour le cancer de l'utérus. L'on peut même prévoir qu'il ne se fera pas de longtemps et qu'il y aura des batailles homériques entre chirurgiens et « radiumistes ». Les premiers condescendent jusqu'à attribuer au radium les cas inopérables; car personne ne conteste maintenant la supériorité de ce corps, au point de vue palliatif, sur tout ce que l'on connaissait auparavant. Ils admettent aussi que l'on y ait recours après hystérectomie pour détruire les cellules cancéreuses qu'ils n'ont pu atteindre. Mais il est, à leur avis, inconcevable que le radium puisse être employé *à la place de l'ablation large* dans les cas opérables. Pour eux le radium ne vit et ne saurait vivre que des contre-indications et échecs de la chirurgie.

Et c'est là le point capital de la question. Rien de plus naturel pour les chirurgiens, qui ont consacré de nombreuses années à développer leur habileté opératoire et à perfectionner une technique qui commence à porter des fruits, que de se refuser à renoncer à une supériorité si péniblement acquise en faveur d'une méthode dont l'application est assez simple pour être à la portée de quiconque peut réussir à mettre la main sur un tube de radium suffisamment puissant. Jusqu'à présent la chirurgie a pu faire bon marché des autres méthodes de traitement du cancer, car, malgré les insuccès très fréquents, elle seule pouvait montrer quelques guérisons durables et parce que, suivant l'expression d'un des maîtres de la chirurgie française : « Dans cette chirurgie de condamnés à mort, 1 seule résurrection console de 100 insuccès. » Mais, de ce qu'il en a été ainsi dans le passé, on ne saurait conclure qu'il en sera toujours ainsi à l'avenir. Le radium est le premier concurrent sérieux de la chirurgie dans le traitement du cancer des muqueuses. S'il donne des résultats supérieurs à ceux de la chirurgie, cette dernière ne pourra se prévaloir du fait qu'elle a occupé pendant longtemps une position exclusive pour réclamer une priorité de choix des cas favorables, une sorte de « première hypothèque » sur ceux-ci. Si le radium ne donne que des résultats égaux, il lui reste encore l'avantage de la simplicité d'application, de l'adaptabilité à tous les cas sans sélection et du risque opératoire nul.

Ce sont là des conclusions qui viennent inévitablement à l'esprit après la lecture de l'article récent de Ransohoff (4), un chirurgien à qui il faut savoir gré d'avoir abordé la question sans équivoque. La première chose à reprocher à l'hystérectomie, après ablation large du tissu cellulaire péri-utérin, c'est la faible proportion de cas jugés opérables. Clark n'a trouvé que 60 cas opérables sur près de 400, soit 15 p. 100 d'opérabilité. Jacobson a colligé 5.027 cas sur lesquels 1.720 seulement (31 p. 100) furent jugés opérables. Cobb (5) lui-même, un des défenseurs les plus acharnés de l'intervention chirurgicale contre tous les autres procédés, ne trouva que 26 cas à opérer sur 98.

Un second reproche, c'est la difficulté de l'opération et sa mortalité (18 p. 100 dans la statistique de Jacobson, 12 p. 100 dans la dernière série de Wertheim, 11,6 dans celle de Cobb, abaissée à 6,6 p. 100 dans ses derniers 30 cas). C'est une opération pour chirurgiens habiles, dit Cobb. Mais Clark réplique que si une opération quelconque mérite une place permanente dans notre arsenal thérapeutique, elle doit être assez facile pour être à la portée non seulement de quelques spécialistes particulièrement adroits, mais aussi de la grande masse des chirurgiens travaillant dans tous les pays.

Ransohoff reproche encore à l'opération de Wertheim ses séquelles très pénibles. Il faut prendre en considération l'effet sur l'esprit du public non médical, car, tandis que l'on peut avoir 50 p. 100 et plus de guérisons parmi ceux qui survivent à l'opération, l'effet sur les personnes d'intelligence moyenne est déplorable, si pour ces 50 survivants, il y a eu 25 morts et 25 cas de séquelles postopératoires repoussantes conduisant à une mort lente et douloureuse.

De février 1914 à avril 1917, Ransohoff a traité 32 malades avec le radium ; 8 n'eurent qu'un traitement incomplet. Sur les 24 autres, 6 sont en santé parfaite après des intervalles de 3 à 6 ans, soit une proportion de 25 p. 100 dans une série de cas *sans aucune sélection*. Mortalité nulle. Si même on inclut les 8 malades à traitement incomplet, la proportion est encore de 19 p. 100.

Une autre statistique intéressante a été publiée par Janeway (6), directeur du service du radium au *General Memorial Hospital,* de New-York, en même temps qu'une revue générale étendue : 17 cas de cancer du col ont donné 12 guérisons cliniques après intervalles de 3 ans et demi à 6 mois; 4 cancers du col récidivés, 2 guérisons cliniques 25 et 16 mois après traitement, et 1 amélioration; 4 cas de cancer du corps, 2 guérisons (21 et 14 mois) et 2 améliorations pendant 2 ans; 5 cas de cancer propagés aux organes génitaux externes, 3 guérisons (21 à 16 mois), une amélioration, un échec.

Dans la discussion à l'*American Medical Association*, Schmitz cita 23 cas de *cancer inopérable* traités par le radium *en 1914*, dont *trois* sont encore en parfaite santé, sans récidive. D'autre part Curtis déclara avoir obtenu un effet palliatif très marqué dans 14 cas sur 46, mais n'avoir pas encore un seul cas dans lequel une guérison complète pouvait être escomptée.

Nous n'avons point l'intention de comparer ces statistiques avec celles des hystérectomistes. Le problème est simplement posé, il est loin d'être résolu. Toutefois, les faits sont suffisants pour montrer que, pour se débarrasser de la concurrence du radium, les chirurgiens auront besoin d'arguments

plus probants que la simple assertion dédaigneuse de Cobb : « Il est absolument certain que ni le radium ni le thermocautère ne peuvent guérir le cancer du col de l'utérus. »

L'emploi grandissant du radium en médecine donne un intérêt particulier à une longue lettre de Moore (7), chimiste en chef du bureau fédéral des mines, à Washington, qui explique *la situation actuelle au point de vue production du radium.* Jusqu'à la fin de 1912, la valeur des gisements de carnotite de l'Utah et du Colorado au point de vue du radium était à peine soupçonnée en Amérique. Les minerais étaient exportés en France, en Angleterre et en Allemagne, soi-disant pour l'extraction du vanadium. Et pourtant ces gisements étaient de beaucoup la source la plus abondante de radium du monde entier, la seule autre de quelque importance se trouvant en Autriche. Depuis 1913, les Etats-Unis ont produit beaucoup plus de radium que le reste du monde ensemble. Mais on a eu tendance à exagérer l'abondance des dépôts et, par conséquent, la longueur de temps pendant laquelle ils suffiront aux besoins de la consommation. Il est difficile d'évaluer exactement la quantité de minerai ; mais il ne se trouve jamais en grands filons, seulement en « poches » de dimensions variables. Il semble douteux qu'aux taux de production et prix actuels du radium, les mines du Colorado et de l'Utah puissent durer plus de 6 à 10 ans. L'utilisation de certains minerais à faible teneur en radium pourrait augmenter le rendement total, mais, pour que la chose fût profitable au point de vue commercial, il faudrait élever le prix du radium, à moins que l'on n'invente des procédés plus parfaits pour le traitement du minerai, ce qui n'est pas probable.

Moore évalue à 100 ou 110 gr. la production totale du radium du monde entier, dont 70 extraits en Amérique, et une bonne partie des 30 ou 40 gr. restants obtenus de minerais exportés d'Amérique. Mais une fraction considérable des 100-110 gr. a été employée à des usages industriels. L'industrie semble disposée à payer plus pour le radium que les médecins ne veulent ou ne peuvent, de telle sorte que, naturellement, elle obtient la préférence. Il est donc urgent pour les médecins et les hôpitaux de prendre leurs précautions si l'on ne veut pas voir survenir une « famine » de radium pour usages médicaux. A côté des achats individuels, Moore croit qu'il serait sage d'avoir une centralisation gouvernementale, avec système de prêts à tous ceux dont la compétence dans l'emploi du radium serait suffisamment établie.

FAXTON E. GARDNER
(de New-York).

(1) GEWIN. *South. med. Assoc.*, 10 nov. 1919.
(2) S. M. D. CLARK. *Journ. am. med. Assoc.*, 27 sept. 1919, p. 952.
(3) J. T. CLARK. *Ibid.*, p. 957.
(4) RANSOHOFF. *Journ. am. med. Assoc.*, 17 janv. 1920, p. 163.
(5) COBB. *Journ. am. med. Assoc.*, 3 janv. 1920, p. 14.
(6) JANEWAY. *Surg., gyn., obst.*, sept. 1919, p. 242 (bibliographie complète).
(7) MOORE. *Journ. am. med. Assoc.*, 17 avril 1920, p. 1115. — LEE. *Texas State Journ. med.*, oct. 1919, p. 210. — ALTER. *Journ. med. Research*, sept. 1919, p. 241. — PADGETT. *Indiana State med. Assoc. Journ.*, 15 janv. 1920, p. 12. — SOILAND. *Calif. State med. Journ.*, mars 1920, p. 76.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 31 MAI 1920)

Régénération du testicule chez le pigeon carencé. — M. Paul PORTIER.

Action de différents composés chimiques sur la cellule épithéliale pulmonaire. — M. E. FAURÉ-FREMIET.

Action réflexe produite par l'irritation des voies respiratoires profondes. Antagonisme de ce réflexe avec ceux que provoque l'irritation des voies respiratoires. — MM. André MAYER, H. MAGNE et L. PLANTIFOL.

Action de la chloropicrine sur la levure et sur la fleur du vin. — M. Gabriel BERTRAND et Mme ROSENBLATT.

(SÉANCE DU 7 JUIN 1920)

L'anesthésie et l'anaphylaxie. — MM. KOPACZEWSKI, A.-H. ROFFO et Mme L.-H. ROFFO. Les expériences des auteurs montrent qu'il faut refuser au système nerveux l'influence capitale qu'on lui attribuait dans la production des phénomènes anaphylactiques. Les résultats obtenus confirment que l'anaphylaxie n'est qu'une réaction de floculation colloïdale et une asphyxie consécutive à l'obstruction des réseaux capillaires par les agrégations micellaires.

Pratiquement, c'est là une source nouvelle où l'on pourra puiser les moyens de combattre tous les phénomènes pathologiques rattachés à l'anaphylaxie.

Modifications et lésions des cellules épithéliales pulmonaires dues aux gaz suffocants. — M. A. GUIEYSSE-PELLISSIER. Le fait principal est une multiplication intense des cellules épithéliales pouvant prendre un aspect *pseudonéoplasique*. On peut remarquer ensuite une phase de cicatrisation par élimination des cellules. Les parois se sclérosent, il se fait de l'alvéolite végétante et on voit finalement se produire des blocs de splénisation et d'atélectasie. Les éléments qui y contribuent montrent une grande vitalité, mais ces parties du poumon sont dorénavant perdues pour le fonctionnement de l'organe.

Les modifications des oxydases pendant l'évolution du neurone. — M. G. MARINESCU.

Sur l'épuration des eaux d'égout par les boues activées. — M. R. CAMBIER.

Bactériothérapie par extraits microbiens. — MM. H. VALLÉE et L. BAZY ont étudié un antigène staphylococcique, soluble et stable, obtenu selon la technique même utilisée pour la préparation de la tuberculine ancienne de Koch. On lui donne le nom d'*endococcine*.

Les auteurs ont utilisé depuis 2 ans, dans divers services hospitaliers, cet antigène dans la bactériothérapie d'états très divers, les uns choisis au titre spécifique, les autres au titre non spécifique. Dans les uns et les autres cas on constate les mêmes effets curatifs immédiats. Pour les résultats lointains, l'autovaccination de Wright s'est montrée incomparablement supérieure à l'usage de l'extrait endococcique qui présente, d'un tout autre point de vue, un égal intérêt. La question de la spécificité et du mécanisme de la bactériothérapie n'est donc point entièrement jugée. Il apparaît bien qu'il convient de distinguer en cette matière entre les résultats immédiats de l'intervention et ses conséquences éloignées.

Mécanisme de la mort dans le cas d'œdème pulmonaire aigu causé par l'inspiration de vapeurs ou de gaz nocifs. — MM. André MAYER, H. MAGNE et L. PLANTEFOL. Lorsqu'une vapeur ou un gaz nocif pénètre par inspiration jusqu'au niveau des alvéoles pulmonaires, après avoir provoqué diverses réactions réflexes, il détermine des lésions dont la plus frappante est l'œdème pulmonaire. C'est un phénomène analogue à celui que produit la brûlure du poumon par la vapeur d'eau bouillante au cours des accidents de chaufferie.

Cet œdème provoque, dans les alvéoles pulmonaires, une quantité de transsudat énorme atteignant 60 p. 100 du poids

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Pratique de l'héliothérapie, par M. le Dr A. AIMES, chef de clinique à la Faculté de Montpellier. In-8, 1920, 3e édit., 14 fig. et 8 pl. hors texte. Prix : 10 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

L'Éducation des enfants anormaux et arriérés. Programme des Centres d'intérêt. Initiation à la lecture par la méthode visuelle. Extension de ce programme à l'enseignement des enfants normaux, par P. SÉCELLE et A. DEKOCK, institutrices à la Section d'enseignement spécial de la ville de Bruxelles. Préface de M. le Dr Stéphen CHAUVET. In-8, 1920, 64 fig. Prix : 10 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Le Traitement des otorrhées par l'insufflation de vapeurs sulfureuses de Luchon. Indications principales, par le Dr S. BAQUE, médecin consultant à Luchon. Broch. in-8. — Monluis 1920, Imprimerie Fernand Brosset.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Carnets de billets d'aller et retour de Paris à Charenton, Villeneuve-Saint-Georges, Corbeil, Montereau et Sens. — Les voyageurs appelés à faire fréquemment le trajet en chemin de fer entre Paris et Charenton, Villeneuve-Saint-Georges, Corbeil, Montereau et Sens, apprendront avec plaisir qu'il est mis en vente pour chacune de ces relations, et à chaque gare intéressée, des carnets de 10 billets d'aller et retour ordinaires, toutes classes.

Rappelons à cette occasion que les voyageurs circulant entre Paris et Maisons-Alfort, Melun, Fontainebleau et Montargis bénéficient déjà de la même facilité.

total du poumon. La composition de ce transsudat se rapproche de celle de la lymphe.

C'est le trouble mécanique apporté à la fonction respiratoire qui détermine tous les symptômes. La mort est amenée par la diminution des échanges respiratoires. Les expériences montrent que tout se passe comme si le poumon devenait graduellement imperméable à l'oxygène, non à l'acide carbonique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 15 JUIN 1920)

Le ministère de l'hygiène. — M. Roux fait remarquer que la question étant en ce moment en discussion au Parlement, il serait urgent que l'Académie fît entendre sa voix pour protester contre la répartition des fonds qui ont été votés. Sur une somme de plus de 200 millions, 2 millions seulement ont été consacrés à l'hygiène proprement dite. Soigner les malades est bien, mais prévenir les maladies est encore mieux. Il est donc de toute nécessité d'élever le budget de l'hygiène.

M. Roux propose donc que l'Académie, considérant que la préservation de la santé publique doit avoir une part importante dans la répartition des fonds, émette le vœu qu'il est de toute nécessité d'élever le budget de l'hygiène.

M. Vaillard appuie la proposition de M. Roux et estime avec lui que l'Académie doit voter immédiatement sur cette proposition et brûler l'étape de la Commission nommée dans l'une des dernières séances. Le moindre ajournement pourrait faire que l'Académie n'interviendrait qu'après le vote du Parlement. Ce serait, dès lors, trop tard.

MM. Hayem et Delorme proposent, au contraire, de renvoyer à la Commission la proposition de M. Roux. Les travaux de cette Commission sont presque achevés et le rapport pourrait être lu dans une des prochaines séances. On pourrait alors voter sur la proposition de M. Roux.

M. Vaillard maintient énergiquement sa proposition et demande le vote immédiat sur le vœu de M. Roux.

M. Roux défend également sa proposition.

Cette proposition, mise aux voix, est adoptée à la presque unanimité.

Le syndrome parkinsonnien de l'encéphalite léthargique. — M. Pierre Marie, en son nom et au nom de Mlle Gabrielle Lévy, montre qu'au cours ou à la suite de l'encéphalite léthargique on voit souvent les malades présenter la raideur et le facies caractéristiques de la maladie de Parkinson la plus accentuée. M. Marie insiste sur ce fait qu'il ne s'agit pas là de la paralysie agitante classique, mais d'un syndrome parkinsonnien distinct de cette maladie par un certain nombre de caractères très nets qu'ils ont retrouvés dans presque tous leurs cas : absence de tremblement, apparition à la suite d'une maladie aiguë fébrile et à un âge beaucoup moins avancé que celui où survient la paralysie agitante classique, secousses fibrillaires de la langue, troubles de la mastication, possibilité de régression dans les cas légers, etc.

M. Netter fait ressortir tout l'intérêt de cette communication et rappelle, à ce propos, les rapports qu'il a constatés, à certains points de vue, entre l'encéphalite léthargique et la poliomyélite.

Mal de Pott à syndrome radiculaire. — M. Rémond (de Metz) adresse une note sur ce sujet.

Action des sels de terre du groupe cérique dans le traitement de la tuberculose chez les cobayes et les lapins. — M. Frouin.

Election. — L'Académie procède à l'élection de deux associés nationaux. La liste de présentation porte : en 1re ligne, MM. Maunoury (de Chartres), Nicolle (de Tunis); en 2e ligne et par ordre alphabétique, MM. Bard (de Strasbourg), Bergonié (de Bordeaux), Carrel (de Lyon), Denigès et Lagrange (de Bordeaux), Lambling (de Lille).

MM. Maunoury et Nicolle sont élus.

Le Directeur-gérant Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 56. — MARDI 22 & JEUDI 24 JUIN 1920. 93e ANNÉE. MARDI 22 & JEUDI 24 JUIN 1920. — N° 56.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, **20** francs par an. Étudiants étrangers, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **9** fr. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HOPITAUX. — *Lecture.* — Séance du 17 juin. — MM. Lorin, 23; Kendirdjy, 24; Rouhier, 28; Girode, 26; Brocq, 27.

Séance du 18 juin. — MM. Guimbellot, 28; Leveuf, 25; Desplas, 24; Houdard, 28.

— CONCOURS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DES HÔPITAUX. — *Lecture.* — Séance du 15 juin. — MM. Bloch, 25; Dufourmentel et Rouget, 27; Le Mée, 30.

Séance du 17 juin. — MM. Moulonguet, 29; Ramadier, 26; Halphen, 27.

Epreuve clinique. — Séance du 18 juin. — MM. Moulonguet et Halphen, 19.

FACULTÉS DES DÉPARTEMENTS. — TOULOUSE. — Un décret en date du 13 juin 1920 modifie le statut de la Faculté par la création de 25 chaires qui seront confiées aux titulaires et chargés de cours actuellement en fonction.

Le décret du 6 mars 1891 n'avait prévu que 24 chaires, occupées par 20 titulaires et 4 chargés de cours. Dans la suite le nombre des enseignements a été porté à 27, soit 23 titulaires et 4 chargés de cours.

— Sont créées, à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'université de Toulouse, les chaires désignées ci-après : Anatomie. Histologie normale. Physiologie. Anatomie pathologique. Pathologie et thérapeutique générales. Pathologie expérimentale. Bactériologie. Thérapeutique. Hygiène. Médecine légale et déontologie. Clinique médicale (2 chaires). Clinique chirurgicale. Clinique obstétricale. Clinique médicale infantile et puériculture. Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. Clinique de neurologie et phsychiatrie. Clinique ophtalmologique. Physique biologique et médicale. Pharmacie. Clinique chirurgicale. Chimie et toxicologie. Botanique. Médecine opératoire. Pathologie interne.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — POITIERS. — Un concours s'ouvrira, le 16 décembre 1920, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

CONCOURS DE MÉDECIN DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — *Epreuve clinique.* — Séance du 16 juin. — M. Thieux, 15 + 5 = 20.

Séance du 18 juin. — Classement : MM. Guerrier, 59; Picard, 55; Hufnagel, 53; Balizeaux, 49; Touchard, 48; Lemarignier, Féret et Astruc, 47; Guymard, 46; Besançon, 45; Maître, Boureille et Marx, 44; Mlle Sériot et M. Thieux, 43.

MÉDAILLES DES ÉPIDÉMIES. — *Médailles de vermeil.* — MM. les Drs Ch. Lasalle et Barral (de Nîmes), méd.-maj. Dartignolles, méd. a.-maj. Labro, maj. William B. Jackson et maj. Georges H. Robertson, captain Harrisson (Croix-Rouge américaine), méd. sous-a.-maj. Lemonnier, maj. Louis Knuthsen, méd.-maj. Tardif, méd.-a.-maj. Sergent, George D. Whiteside, Alfred Garvina (Croix-Rouge américaine), Périer et Olivier (de Paris), Maurice Deschamps, Léonet (de Chinon), Kramp Nielsen, Dolard (de Villeurbanne), Ainsworth, Cromble, Guppy, O'Neill, Mc. Cheyne Paterson, Cheney Watson, Wood (de l'armée britannique), médecin inspecteur Bergasse, majors Lafleur, Trudeau et Paquette (hôpital Canadien), Wood (armée américaine).

Médailles d'argent. — Mme le Dr Suzanne Weill, MM. les Drs Fabre (d'Olonzac), méd. a.-maj. Fouchon-Lapeyrade, Violet et Rosenthal (de Paris), méd. a.-maj. Ferré, Mathias, Etienne et Goukowsky (de Paris), Lucas (de Rennes), John Leuba (d'Etrambières), méd.-maj. Garimond, Roche (de Paris), méd. a.-maj. de Peretti de la Rocca, Behague (de Paris), Franc (de Sarlat), Lebrei (de Besançon), méd.-maj. Attane et Bouysson, Maréchal (d'Angoulême), méd. a.-maj. Jumelin, Mme le Dr Mercilis (de Monclair).

POUR LES ÉTUDIANTS DÉMOBILISÉS DES CLASSES 1917 ET 1918. — Une délégation de l'Union des comités de défense des intérêts des étudiants français a été reçue la semaine dernière par le ministre de l'Instruction publique.

Celui-ci a annoncé la création de séries spéciales d'examens pour les étudiants des classes 1917 et plus jeunes, les « séries des démobilisés »; ces derniers seront désormais examinés en dehors des sessions ordinaires; cette disposition s'ajoute aux avantages précédemment accordés aux mêmes étudiants (réduction du délai de scolarité et des programmes d'examens).

La délégation a demandé à M. Honnorat :

1° D'étendre aux étudiants de la classe 1918, restés en territoires envahis durant les hostilités, des avantages analogues à ceux qui ont été concédés à leurs camarades de la classe 1917, avantages qui comportent une réduction importante de la scolarité. Ces deux classes ont eu, en effet, à subir les mêmes inconvénients pendant l'occupation.

2° D'accorder également ces avantages aux étudiants des classes 1917 et 1918 qui étaient mobilisés.

HOMMAGE A M. DOLÉRIS. — Les collègues, les élèves et les amis de M. Doléris avaient ouvert en 1914 une souscription en vue de lui offrir une plaquette souvenir. La guerre est venue l'interrompre. Pendant ces années de deuil, M. Doléris, cruellement frappé dans ses affections, a quitté son service de l'hôpital Saint-Antoine, atteint par la limite d'âge. Le comité d'initiative a pensé que le moment était venu de reprendre la souscription et il vient de la rouvrir chez MM. Vigot, frères, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Le chiffre de la cotisation n'est pas limité et toute souscription d'au moins 30 fr. donnera droit à une reproduction en bronze de la médaille exécutée par le graveur Ch. Pillet, ancien Prix de Rome.

XXIVe CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE (STRASBOURG, 2-6 AOUT 1920). — Président : Dr E. Dupré, professeur de la clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale à la Faculté de médecine de Paris; vice-président : Dr Pfersdorff, professeur de psychiatrie à la Faculté de médecine de Strasbourg; secrétaire général : Dr P. Courbon, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Stephansfeld (Basse-Alsace); secrétaire général adjoint : Dr R. Lalanne, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Maréville, près Nancy.

Rapports. — 1° Dr Delmas : Les psychoses postoniriques; 2° Dr Coulonjou : Les maladies mentales professionnelles; 3° Dr Roussy : Les lésions du corps thyroïde dans la maladie de Basedow.

Le Congrès comprend : 1° Des membres adhérents. Cotisation : 30 fr.; 2° Des membres associés (dames, membres de la famille, étudiants en médecine) présentés par un membre adhérent. Cotisation : 15 fr.

Les asiles d'aliénés et autres établissements de bienfaisance inscrits au Congrès sont considérés comme membres adhérents.

Les membres inscrits pour le Congrès du Luxembourg en 1914 n'auront à payer que le surplus de leurs cotisations antérieures.

Les médecins des pays alliés et neutres sont priés d'y participer, mais les communications et discussions ne peuvent être faites qu'en langue française.

Les membres adhérents reçoivent, avant l'ouverture du Congrès, les 3 rapports, et, après le Congrès, un compte rendu.

Pour faciliter l'organisation et surtout pour permettre de solutionner la question difficile du logement des congressistes, prière d'adresser le plus tôt possible les adhésions (avec cotisations jointes), au Dr Lalanne, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Maréville, près Nancy (M.-et-M.).

ERRATUM. — Dans le classement des hôpitaux que nous avons publié n° 51, le 5 juin 1920, faire les corrections suivantes :

P. 810 : *Ai. Berck-sur-Mer. Chirurgien* : M. Etienne Sorrel. *Chirurgiens assistants* : MM. *I. Andrieu* et Tridon.

P. 810 : *Asile Sainte-Anne*. Chefs de clinique titulaires : MM. Logre et *Vinchon*. Chefs de clinique adjoints : MM. *Heuyer* et Boutet.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA SCOLARITÉ DES ÉTUDIANTS NON-SURSITAIRES DE LA CLASSE 1918

L'instruction du 3 mai 1920 (*Journal officiel* du 5), que nous avons signalée dans le numéro 44 de 1920, est remplacée, pour les étudiants des catégories ci-après désignées, par les dispositions suivantes :

Etudiants de P. C. N. — Les étudiants dont la scolarité de P. C. N. a été interrompue en cours d'année par leur incorporation devaient normalement posséder 3 inscriptions; ils pourront prendre la 4e en octobre et subir à la session d'octobre-novembre l'examen correspondant d'après le programme restreint.

En cas d'ajournement, ils seront admis à commencer la scolarité médicale sous réserve de réparer leur échec à la session de janvier 1921.

En cas de nouvel ajournement à la session de janvier, leur scolarité sera suspendue et ils ne pourront se présenter à nouveau aux épreuves du certificat qu'à la session de juillet 1921.

Les étudiants de P. C. N., qui prendront la 1re inscription en novembre 1920, accompliront régulièrement la scolarité en vue de l'obtention du certificat.

Etudiants en médecine et étudiants en pharmacie. — Par analogie avec les mesures prises en faveur des étudiants des classes 1917 et antérieures qui ont été retenus sous les drapeaux au delà de la durée normale du service militaire, les étudiants en médecine et les étudiants en pharmacie non-sursitaires de la classe 1918 sont autorisés à commencer ou à continuer la scolarité d'après l'ancien régime d'études, conformément à l'arrêté du 18 décembre et au décret du 20 décembre 1918.

Ces étudiants seront replacés en cours régulier d'études.

Les étudiants en médecine à 2 ou 3 et 6 ou 7 inscriptions ne pourront être remis en scolarité normale que dans la mesure où ils justifieront de l'accomplissement de leurs obligations scolaires (stages et travaux pratiques).

Les étudiants en pharmacie à 2 ou 3 et 6 ou 7 inscriptions seront autorisés à prendre, aussitôt leur démobilisation, jusqu'à la 4e ou la 8e, de manière à pouvoir subir le 1er ou le 2e examen de fin d'année aux sessions de juillet ou de novembre 1920. Ces étudiants entreront en novembre en scolarité de 2e ou de 3e année, mais ils seront astreints, en plus de leurs obligations scolaires, à 3 mois de travaux pratiques complémentaires intercalés dans les travaux pratiques courants, aux jours inoccupés du 1er semestre, travaux pratiques correspondant aux inscriptions qu'ils n'auront pas prises normalement.

Pour les stagiaires en pharmacie non-sursitaires de la classe 1918, le stage sera réduit à une année.

Etudiants en chirurgie dentaire. — Les étudiants en chirurgie dentaire, non sursitaires de la classe 1918, bénéficieront de la réduction à un an de la durée du stage. Ils seront tenus d'accomplir intégralement les 3 années de scolarité. (*J. O.*, 16 juin 1920.)

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Vendredi 25 juin. — Jury : MM. Ménétrier, président; Sebileau, Cunéo et Gougerot. — M. DIDIER (Georges). Contribution à l'étude anatomique de la fosse subarenata. — M. DENIS (Alphonse). Contribution à l'étude de l'étranglement intestinal. — M. MAGNIN (Emile). Des amputations économiques de l'avant-pied. — M. BOUYER (Henri). Contribution à l'étude clinique des réticences chez les aliénés. — M. HÉLOT (Paul). Abrégé de l'histoire de l'art dentaire.

LES GREFFES D'APONÉVROSES

Par M. MAUCLAIRE (1),
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de la Pitié.

Cette greffe est une de celles qui réussit le mieux. Elle a été pratiquée par Gluck, Payr, Czerny, Seggel, Kirschner, Rehn, von Saar, Levis, Kornew, Valentin, Kleinschmidt, Holmeyer, Kuttner, Kortlesko, Rubashen, Warschauer, Amatore, Putti, Delfino, Fioraventi, Greggio, Alexandri, Pieri, d'Este, Davis, Eberts, Hill, Joffe, Levis, Tuffier, Legueu, Leriche, Chutro, etc., et par nous.

A. CHEZ LES ANIMAUX, les greffes aponévrotiques ont été expérimentées surtout par Kirschner, Unger, Bettmann, Kornew, von Saar, Henschen, Delfino, Greggio, Luigi, Jansen et Bartels, etc. Giertz a fait des résections pulmonaires suivies de greffe de fascia lata sur le moignon.

Le greffon de fascia peut être conservé à la glacière au moins 35 jours avant d'être utilisé (Davis).

Que devient le greffon aponévrotique au point de vue histologique ?

Pour Nasetti, Eiselsberg, Denk, Smirnoff, Kleinschmidt, Sumita, Delfino, le *greffon autoplastique* se transforme en tissu fibreux.

Pour Greggio, Kirschner, Davis, Zapellomeni, Ebert, Hill, Bolognesi, le greffon conserve plus ou moins sa structure aponévrotique. Il conserve des fibres élastiques, même 2 et 3 ans après la greffe (Greggio). Vous trouverez décrits les détails histologiques dans la thèse récente de mon interne Olivieri. Il ne passe à l'état de tissu cicatriciel que s'il y a eu suppuration. Quand il joue un rôle de traction, ses fibres se renforcent dans le sens de la direction de la traction, par adaptation fonctionnelle. Un fascia, qui fonctionne bien par tractions ou par pressions, après la greffe, se conserve mieux qu'un fascia qui reste inerte. C'est un fait d'ailleurs bien connu maintenant pour tous les greffons.

Les greffes *homoplastiques* ont été essayées par Smirnoff, Davis, Valentin, Kirschner chez les animaux. Pour Schepelmann et Nasetti elles passent à l'état fibreux.

Quelques observations de *greffes hétéroplastiques* ont été publiées par Delfino ; la greffe d'aponévrose de chien, faite sur la paroi abdominale d'un lapin, montre souvent des traces de dégénérescence hyaline. Même résultat en ce qui concerne des greffes hétéroplastiques pour combler des pertes de substance de la paroi gastrique, de la vessie (Delfino).

B. GREFFES CHEZ L'HOMME. — Le greffon est emprunté à la gaine du sterno-mastoïdien ou à celle du muscle grand droit de l'abdomen, à l'aponévrose d'enveloppe du bras, de l'avant-bras, mais surtout au fascia lata.

A mon avis, après la prise du greffon, il faudra bien fermer l'orifice aponévrotique pour éviter une hernie musculaire postopératoire. Beaucoup d'auteurs cependant disent que cette précaution est inutile en ce qui concerne le fascia lata.

Les *applications* des greffes aponévrotiques sont en nombre incroyable, ainsi que vous allez en juger dans l'énumération et l'essai de classification suivants :

a. Comme *organe de suspension* ou *de fixation, de contention.* Voici les nombreuses applications faites jusqu'à maintenant :

Remplacement des ligaments articulaires (Giertz, Philips, etc.). Pour le pied plat, Kaufmann, Momburg, Davis, Katzenstein maintiennent la correction par une bande de fascia allant de la malléole interne à la tubérosité du scaphoïde. Kirschner fait passer la bandelette dans un trou pratiqué dans le scaphoïde et dans la malléole interne.

Luxation habituelle des tendons péroniers latéraux. Un lambeau de fascia lata va de la face externe de la malléole péronière, à la face externe du calcanéum (Kirschner).

Traitement de la luxation des ménisques du genou. Un lambeau de fascia lata est fixé sur le ménisque et sur la face externe de la capsule.

Réfection d'un ligament croisé (Smith, Graves, Cotte, P. Duval). Un fragment de fascia passe à travers le condyle fémoral externe et le condyle tibial interne en suivant le trajet du ligament croisé antérieur ; la bandelette est tendue et fixée à sa sortie du tibia par des points l'unissant au périoste et aux tissus fibreux voisins.

Pour une paralysie du spinal avec omoplate ailée Katzenstein unit par un lambeau de fascia lata l'angle supéro-interne de l'omoplate et le muscle long dorsal ; Cramer et Rothschild firent la même opération.

Dans un cas de paralysie du grand dentelé, pour reporter l'omoplate en haut et en avant, Kirschner fait passer un lambeau de fascia dans un trou de la fosse sous-épineuse et autour de la 8e côte.

Subluxation récidivante du genou et luxation récidivante de la rotule (Gobell, Krogius, Delfino). Un fragment de fascia rétrécit et consolide la capsule.

Traitement de la luxation récidivante de l'épaule (Kirschner). Une bande de fascia passe entre la capsule et les muscles périarticulaires et elle suit le trajet du col anatomique et les deux extrémités sont fixées en haut sur la capsule elle-même.

Articulations ballantes de l'épaule. Payr greffe un fragment de fascia pour suspendre l'épaule et remédier à la paralysie du deltoïde.

Paralysie radiale. Une bandelette de fascia lata est fixée à la face dorsale du poignet et de là elle va se perdre sur la racine des doigts (Muller, Gessner et Riedel, Ansim-Henningsen, etc.).

Paralysie du sciatique poplité externe. Une bande de fascia suspend le pied tant soit peu relevé en allant du tibia aux os antérieurs du tarse.

Correction de la paralysie faciale (Eden, Stein, Busk, Katzenstein, etc.). Une bandelette de fascia lata passant sous la peau suspend la commissure en allant de l'arcade zygomatique au buccinateur.

Correction du ptosis (Payr, Aisner, Lods, etc.). Une bande de fascia fixée sur l'extrémité supérieure du cartilage tarse passe sous la peau pour aller être suturée au muscle frontal par une boutonnière à la partie moyenne du front.

Suspension du pylore (Gobell).

Hépatopexie.

Suspension du rectum au sacrum ou aux ligaments sacrés dans le cas de prolapsus rectal (Schmitt et Hartung, Ach.).

Suspension de l'utérus dans les cas de prolapsus utérin et de rectocèle vaginal (Beissel, Hadorn, Juraz, Schubert, Freemann). Suspension soit à la paroi abdominale antérieure, soit au pubis par des techniques assez complexes. Delfino passe une bandelette de fascia lata circulairement en avant et en arrière sous la paroi vaginale et il la serre en avant en ne laissant qu'un petit orifice correspondant à celui du col utérin.

Orchidopexie. Une bande de fascia entoure la glande et les deux bouts sont fixés au périnée ou aux muscles adducteurs de la cuisse (Kirschner, Muhsann).

Nephropexie (Henschen, Cordua, Bell, Kocher). La partie supérieure du rein est fixée à la 11e ou à la 12e côte (Kirschner) ou au fascia lombaire (Cordera, Delfino).

b. En *plaquage comme organe de rapiéçage ou comme membrane de renforcement sutural :*

Réfection de l'aponévrose d'enveloppe des membres après les cicatrices cutanées profondément adhérentes (Bailleul-Picot, Romant et Bousquet et obs. pers.)

(1) Leçon faite à l'hôpital de la Charité.

Suture de l'œsophage pour plaies ou fistules (Kostenko, Kœnig, Nasetti).

Suture renforcée du cholédoque (Strauss-Gumburg et Speese).

Sutures ou fistules de l'estomac (Wacker, von Hacker, d'Este).

Plaies ou fistules intestinales (Ritterhaus, Williams, von Tappener).

Perte de substance de l'urètre (Rosser, Williams, Silvestrini, etc.).

Autoplastie des corps caverneux (Legueu).

Renforcement des sutures de l'uretère.

Perte de substance de la vessie et fistules vésico-vaginales (Hofmeier, Delfino, Caucci).

Exstrophie vésicale (Payr).

Fistules trachéales (Nowakowski, Levit, Capelle, Hofmeier, Munch).

Hernie pulmonaire (Kornew, Hirano, R. Le Fort).

Fistule mastoïdienne (Carpenter).

Plaies ou hernies diaphragmatiques et péricardiques (Anschutz, Herscher, Giordano, Stropéni, Stominoff, Ikomenoff, Cotte).

Défaut de la paroi thoracique (Hiraud, Payr).

Spina bifida (Pieri, Neudorfer).

Isolement de l'extrémité osseuse dans les moignons d'amputation (Ritter, Tuffier).

Hernies inguinales (Kirschner, Bibergeil, Hervert, Amatore, Hiller, Göbell, Zesas). Après la cure ordinaire, suivant la technique de Bassini, le greffon aponévrotique est plaqué au-dessus de l'arcade et il entoure le cordon spermatique en collier (Kirschner). C'est le procédé que j'ai souvent suivi. Il a été un peu modifié par Mann.

Eventration (Kirschner, Nemilow, Riese, Shaw, Mann, Delfino). J'ai aussi dans ces cas utilisé plusieurs fois la greffe aponévrotique et je viens de revoir ces jours-ci un malade opéré ainsi il y a 8 ans avec un très bon résultat éloigné.

Dans la cure radicale de la hernie crurale, Kirschner tasse un lambeau de fascia lata au fond du canal crural entre le pectiné et l'arcade crurale, puis il suture entre eux le greffon, l'arcade de Fallope et le périoste de la branche horizontale du pubis. J'ai plusieurs fois utilisé cette technique.

Salzer suture d'abord le pectiné à l'arcade, puis il plaque sur la suture le greffon de fascia.

Manchette aponévrotique péritendineuse pour réparer une perte de substance étendue d'un tendon (Kirschner, Fioraventi, Lucas, Gierst, Payr, Bolognosi, Bailleul, Picot, etc., et nous-même). Vous concevez facilement la technique opératoire. Warschauer engaine dans une veine la bandelette aponévrotique réparatrice.

Manchette aponévrotique périmusculaire pour réparer une perte de substance d'un muscle (Chutro).

Suture tubulaire des nerfs (Levis, Kolb, Goldmann, Henschen, Martinow).

Renforcement des sutures de la rotule (Senbert, Phemister).

Hernies musculaires. Depuis 1914 j'ai utilisé en placard le fascia lata dans 2 cas de hernie du jambier antérieur. Marchetti (1915) fit la même opération pour une hernie du petit oblique de l'abdomen.

En ce qui concerne le remplacement d'un segment de muscle par un lambeau de fascia, je crois que l'opération n'a encore été faite que chez les animaux (Kleinschmitt).

Consolidation des sutures artérielles ou veineuses (Chasserini, Neuhof, Nasetti).

Consolidation des parois anévrismales (Hervick, Haberland, Halsted, Tuffier).

Remplacement de la dure-mère (Beck, Lucas, Kirschner, Denk, Körte, Eiselsberg, Streisler, Hausel, Wendel, Lawroff, Jeger, Lawrow, von Saar, Valentin, Karger, Zappelloni, Bruning, Berndt, Alessandri, etc., et obs. pers.).

Dans un cas de Haberer, un fragment de fascia fut placé sur l'orifice du ventricule latéral qui avait été ouvert en enlevant une tumeur cérébrale.

c. Comme *organe de ligature sous forme de bandelettes :*

Suture et exclusion du pylore (Pagentescher, Herscher, Neuhof, Bier, van Hacker, Leriche, Oliva et Pagnelli, d'Este).

Exclusion de l'intestin par ligature aponévrotique.

Fixation de greffons osseux (Putti) ou fixation des extrémités de fractures (Uffreduzzi, Ritter).

Sutures profondes des tissus avec des bandelettes étroites de fascia lata dans les cas de cure radicale de hernie (Kirschner) ou d'éventration (Kirschner).

d. Comme *membrane d'isolement*, le greffon aponévrotique a été utilisé pour isoler les nerfs après neurolyse (Levis).

e. Comme *organe de drainage*, le fascia enroulé en tube a été utilisé pour drainer le liquide encéphalo-rachidien chez les hydrocéphales (Pussep) ou pour drainer l'ascite dans le tissu cellulaire souscutané.

f. Comme *organe hémostatique*, les greffes aponévrotiques ont été utilisées pour faire l'hémostase hépatique (Kornew, Chessin, Valjacko, Eiselsberg, Henschen, Wrede Unger, Ritter, d'Este), l'hémostase splénique (Valjacko, Davis), l'hémostase rénale (Valjacko) et l'hémostase cérébrale (Clairmont, Eiselberg).

Les interpositions libres ou pédiculées d'aponévrose entre les surfaces osseuses après arthrolyses ou résections minima pour rendre la mobilité à une articulation ne sont pas, à mon avis, des greffes à proprement parler.

Personnellement, j'ai utilisé le fascia lata pour remplacer la dure-mère, pour consolider la paroi dans les cas de hernies inguinales, pour combler le canal crural dans la cure radicale de la hernie crurale, pour les éventrations; pour oblitérer une fistule bronchique portant sur une bronchiole, pour 2 cas de hernies musculaires du jambier antérieur, pour consolider une suture du tendon du quadriceps crural.

J'ai publié ces différents cas soit à la Société de chirurgie, soit dans la thèse d'Oliviéri.

Il est certain que l'on a abusé des greffes de fascia lata ; cependant il n'est pas douteux que bien souvent les greffes aponévrotiques réussissent et rendent de grands services. Je ne veux pas envisager l'utilité « réelle », les avantages et les inconvénients de toutes les applications chirurgicales susindiquées ; cela m'entraînerait trop loin; j'ai voulu simplement, dans cette leçon, étudier surtout la greffe aponévrotique au point de vue biologique et en rappeler les applications si nombreuses.

ACTUALITÉS

LA CRISE HÉMOCLASIQUE

Les recherches de MM. Charles Richet et Portier ont établi, dès 1902, que les injections *secondes* de certaines substances sont capables de déclencher, chez l'animal ainsi préparé, des accidents brusques et très graves d'ordre nerveux, dyspnée, vomissements, diarrhée, congestion, lipothymie, etc. Ces auteurs désignèrent sous le nom d'*anaphylaxie* l'état des individus sensibilisés par une première injection, état contraire à l'adaptation ou à l'immunité, et sous celui de *choc anaphylactique* l'ensemble des accidents déterminés par l'injection seconde ou déchaînante. Tout d'abord le domaine de l'anaphylaxie fut de la sorte bien limité, mais, très vite, il s'étendit considérablement, car on ne tarda pas à lui rattacher la maladie dite du sérum, les troubles causés par l'ingestion de certains aliments, crustacés, moules, fraises, blanc d'œuf, et les différentes formes de l'idiosyncrasie médicamenteuse. Bref on

peut dire que la tendance est aujourd'hui de qualifier d'anaphylaxie tout ce qui paraît douteux ou peu compréhensible.

Au cours de l'année 1913, MM. F. WIDAL, ABRAMI et BRISSAUD, étudiant un cas d'anaphylaxie alimentaire, découvrirent que le choc anaphylactique est précédé par une crise vasculo-sanguine qui se déroule à l'insu du patient et semble s'achever avant qu'éclatent les grands accidents nerveux. Elle est caractérisée par diverses modifications dont voici les principales : abaissement de la pression vasculaire, diminution du nombre des globules blancs avec inversion de la formule leucocytaire, les lymphocytes devenant plus nombreux, raréfaction des hématoblastes et aussi des hématies, modification de la coagulabilité, aspect rutilant du sang veineux, variations brusques de l'indice réfractométrique du sérum, etc. Ce trouble général de la constitution sanguine a reçu, des auteurs précédents, le nom expressif de *crise hémoclasique*.

Elle est de courte durée, quelques heures à peine. Ensuite survient une réparation réactionnelle s'exprimant par le relèvement de la tension artérielle, la multiplication du nombre des leucocytes dont le pouvoir phagocytaire paraît augmenté (ARTHUS), le retour à la coagulabilité normale, etc., de telle sorte que, après cette crise, les propriétés défensives du sang se trouvent en somme sensiblement accrues.

Ainsi les réactions anaphylactiques comportent deux séries de phénomènes, une crise hémoclasique initiale dont le patient n'a pas conscience, un choc anaphylactique secondaire que le sujet, au contraire, ressent péniblement et qui se traduit par les accidents impressionnants énumérés plus haut. Entre les deux, il y a vraisemblablement un lien de causalité, les modifications de la constitution sanguine altérant le fonctionnement du système nerveux et entraînant les grands symptômes du choc. A la vérité, on a signalé quelques cas où l'une ou l'autre de ces séries de phénomènes a fait défaut, mais il est probable qu'en une telle occurrence l'investigation a été insuffisante ou que les manifestations étaient trop peu accusées pour être perçues.

* * *

Quelle est la cause de la crise hémoclasique? L'hypothèse de M. Charles RICHET parut l'indiquer, l'action de l'antigène de l'introduction déchaînante sur la toxogénine formée à la suite des introductions préparantes ou sensibilisantes aboutissant à la production de l'apotoxine dont la combinaison avec l'alexine du sang entraîne la crise, puis son effet nerveux. Toutefois, les innombrables recherches que ces phénomènes provoquèrent, aussi bien d'ailleurs que les constatations faites à la suite d'injections intratissulaires ou intraveineuses des substances les plus différentes, ne tardèrent pas à montrer que l'hémoclasie n'est point d'origine exclusivement anaphylactique. Elle apparaît, en effet, en dehors de toute sensibilisation, de toute introduction préparante. Quand on injecte dans le milieu intérieur, et surtout dans la circulation, de la peptone, du lait, du sucre, du blanc d'œuf, des extraits d'organe, des diastases, des venins, des toxines bactériennes, de l'abrine, des émulsions de bacilles morts, des sérums, du sang, des métaux et des métalloïdes colloïdaux, même des substances cristalloïdes ou inertes, talc, plâtre, on détermine, si la quantité injectée et la vitesse d'introduction sont suffisantes, des phénomènes exactement superposables à ceux de la réaction anaphylactique, c'est-à-dire, en premier lieu, une crise hémoclasique, puis un choc, qualifié, suivant les cas, de peptonique, protéinique, colloïdal, sérique, etc., mais identique au choc anaphylactique, et, enfin, une réaction compensatrice et diaphylactique, dite parfois d'immunité.

Il y a plus. La résorption de produits de cytolyse à la suite de plaies contuses peut, ainsi que l'ont montré M. QUÉNU et M. DELBET, entraîner des accidents de même espèce. MM. ABRAMI et SENEVET ont prouvé que, dans l'accès palustre, l'invasion de la circulation par les mérozoïtes, qui équivaut à une introduction de corps étrangers, déclenche une crise hémoclasique suivie d'un choc que représentent les phénomènes objectifs de l'accès, frissons, hyperthermie, sueurs, etc. MM. F. WIDAL, ABRAMI et BRISSAUD, dans un article considérable de la *Presse médicale* paru tout dernièrement (3 avril 1920) et consacré à une revision de la question de l'hémoclasie, découvrent que l'hémoglobinurie paroxystique *a frigore* n'est que l'expression d'une crise hémoclasique brusque et intense produite, non par l'introduction d'une substance matérielle, mais par la seule action de l'abaissement de la température ayant pour effet de disloquer, chez certains individus, leurs albumines de constitution et d'en faire ainsi des corps hétérogènes. Enfin, il est à noter que si les accidents sériques n'apparaissent franchement qu'à la seconde injection ou même aux injections ultérieures, la première n'en est pas moins suivie d'une réaction hémoclasique très nette, à laquelle succède un choc sérique plus ou moins marqué, mais généralement dépourvu de manifestations cutanées.

* * *

Si l'hémoclasie se produit quand des corps étrangers quelconques sont introduits dans l'organisme ou quand s'y forment des substances anormales, elle perd évidemment sa signification anaphylactique, donc spécifique et chimique, pour prendre une valeur beaucoup plus générale et d'un ordre différent. J'ai insisté ici même, à plusieurs reprises depuis deux ans, sur l'identité des réactions consécutives aux injections de corps étrangers, quels qu'ils soient; MM. F. WIDAL, ABRAMI et BRISSAUD appellent, eux aussi, l'attention sur ce point et montrent, comme je l'avais déjà fait, qu'il s'agit en définitive d'un conflit d'ordre physique aboutissant à des transformations de colloïdes, et c'est pourquoi ils proposent de substituer à l'expression hémoclasie celle de *colloïdoclasie*. Encore convient-il d'en bien comprendre le sens exact. Quand on introduit dans le sang une certaine quantité d'une solution hypertonique de chlorure de sodium, on peut déterminer, non seulement l'hémoclasie, mais aussi les accidents du choc. On ne saurait invoquer ici la toxicité chimique, comme on l'a invoquée pour l'arsenobenzol, par exemple. Mais voici ce qui se passe. La pression moléculaire du chlorure de sodium modifie l'état physique de certains colloïdes du sang qui, devenus ainsi corps anormaux ou étrangers pour l'organisme, déclenchent le choc. Il s'agit donc bien d'une colloïdoclasie. A plus forte raison si ce sont des colloïdes hétérogènes, sérums, toxines ou venins qui entrent en jeu. On voit que, dans tous les cas, le phénomène est d'ordre physique et s'accomplit par le même mécanisme, bien que, suivant les circonstances, nous lui ayons donné des noms

différents, précipitation, agglutination, hémolyse, cytolyse, bactériolyse, etc., et que nous ayons cru, sous la suggestion d'Ehrlich et de ses partisans, à l'existence de substances chimiques, précipitines, agglutinines, hémolysines, etc., représentatives de ses modalités.

On peut dès maintenant prévoir les conséquences théoriques et pratiques d'une connaissance approfondie de la colloïdoclasie. Non seulement elle jette un jour nouveau sur l'anaphylaxie et en limite la fréquence, fort exagérée en ces dernières années, mais encore elle permet d'interpréter, beaucoup mieux qu'auparavant, les accidents évolutifs des infections dont la période d'incubation répond à une crise hémoclasique plus ou moins brusquement développée, tandis que les grands symptômes de la période d'état, frissons, fièvre, malaises divers, érythème, etc., extériorisent le choc. Je ne puis, pour le moment, m'étendre davantage sur ce sujet, mais qu'il me soit permis, en terminant, de constater qu'une fois encore les savants français viennent d'ouvrir à la pathologie générale des horizons nouveaux.

J. LAUMONIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 11 JUIN 1920)

De l'administration de l'adrénaline par la voie digestive. — M. Lesné a constaté avec Mlle Le Bovédie et M. Buisson que l'ingestion ou l'injection intrarectale d'adrénaline même à fortes doses (2 mg. chez des enfants de 5 à 10 ans, 3 ou 4 mg. chez des adultes) n'avait pas d'action constante sur la pression artérielle; cela varie avec les sujets, quelquefois il y a une légère ascension de la tension maximum et une augmentation de l'indice oscillométrique sans modification de la tension diastolique. D'autres fois on observe de l'hypotension, hypotension d'emblée de la tension maximum et diminution de l'indice oscillométrique; l'influence hypotensive de l'adrénaline a été démontrée expérimentalement par Cannon et H. Lyman, puis par C. M. Gruber. Le maximum d'action est atteint en 15 à 30 minutes et toutes les modifications de la pression artérielle disparaissent en une heure ou une heure et demie. On ne doit pas juger l'action de l'adrénaline en se basant uniquement sur ces constatations inconstantes ou même paradoxales, car il est bien certain que donner à doses élevées et fractionnées par la bouche ou par le rectum ce médicament a une influence manifeste sur les signes d'insuffisance surrénale aiguë ou chronique. Le choix du mode d'introduction dans le tube digestif n'est pas sans importance, car l'un des auteurs a montré avec L. Dreyfus que la toxicité de l'adrénaline disparaît quand elle est ingérée. Par contre l'adrénaline injectée dans le rectum est très toxique aux mêmes doses que si elle avait été introduite sous la peau. L'adrénaline n'est altérée ni par la pepsine, ni par la pancréatine. Mais on sait depuis les expériences de Langlois, de Paul Carnot et Josserand que le foie neutralise ce poison. Il semble donc bien que ce soit la barrière hépatique qui arrête l'adrénaline ingérée et que la voie rectale, grâce aux riches anastomoses des veines hémorroïdales, puisse aboutir directement au système cave. Sans vouloir comparer l'action toxique et l'action thérapeutique d'un médicament, il paraît préférable de choisir la voie rectale chaque fois que cela est possible plutôt que la voie buccale pour administrer l'adrénaline. A doses plus faibles on obtiendra aussi des effets plus rapides et plus efficaces.

A propos de la communication de M. Lesné. — M. Babonneix. M. Gordon a publié dans la *Lancet* (2 août 1913) un mémoire sur une « maladie fatale des enfants associée à une parotidite interstitielle aiguë ». Etant donné d'une part que, sur les 4 malades observés par l'auteur, 3 ont présenté une somnolence très marquée, que chez tous les yeux étaient enfoncés et fixes, les pupilles dilatées et qu'ils ont également tous soufferts de troubles moteurs, convulsions, phénomènes de rigidité musculaire, de l'autre que le diagnostic de poliomyélite infantile a pu être éliminé, on est en droit de se demander si dans ces cas il ne s'est pas agi d'encéphalite épidémique avec parotidite. Comme l'auteur l'a fait remarquer dans la dernière séance, les mêmes phénomènes ont été parfois signalés dans la chorée de Sydenham. C'est ainsi que MM. Apert et Romelard ont rapporté une observation de chorée gravidique étant survenue chez une syphilitique et compliquée d'accidents multiples, parmi lesquels une double parotidite; que Rici a noté chez des enfants atteints de chorée sévère une sialorrhée qu'il met sur le compte de troubles purement mécaniques.

Fréquence et diagnostic clinique du pouls alternant. — MM. C. Lian et R. Boulot mettent en relief : 1° la fréquence du pouls alternant; ils en ont observé 10 cas sur une cinquantaine d'hypertendus examinés à la consultation de médecine générale de l'hôpital Tenon pour des troubles fonctionnels assez marqués d'insuffisance cardiaque et rénale (observations recueillies du 1er janvier au 1er juin); 2° la facilité habituelle du diagnostic clinique. Pour cela il ne faut pas se contenter de palper le pouls radial, car il est assez rare de percevoir ainsi l'alternance des pulsations (2 cas sur 10). En raison de la fréquence des formes frustes du pouls alternant il faut de parti pris rechercher ce symptôme tandis qu'on mesure la pression artérielle chez les hypertendus. Grâce à la manchette gonflée qui constitue un obstacle pour les petites pulsations, l'alternance est facilement découverte qu'on palpe ou ausculte le pouls artériel en aval de la manchette ou qu'on observe les battements d'une aiguille oscillométrique. MM. Lian et Boulot insistent sur l'importance qu'il y a à rechercher le pouls alternant tandis que la pression dans la manchette est voisine de la maxima; l'alternance peut n'être plus perceptible pour une pression voisine de la minima. La seule cause d'erreur constituée par le pouls bigéminé est facile à éviter; il est rare d'avoir besoin de faire appel à la méthode graphique. En somme le pouls alternant est loin d'être rare chez les cardio-rénaux, il est facile à diagnostiquer à examen clinique. Enfin il a une grande valeur pronostique. Il mérite donc de ne pas passer inaperçu, comme cela arrive encore trop souvent actuellement.

Un cas de typhus exanthématique. — MM. Netter et Sabañier rapportent l'observation et présentent la courbe d'une femme de 28 ans atteinte de typhus exanthématique contracté à Cracovie. Le diagnostic a pu être établi de suite grâce à l'hyperthermie, 41°, à la présence de taches nombreuses rappelant une éruption morbilleuse et à la notion étiologique. Il a été confirmé par l'agglutination du protéus + 19 à 1 p. 400 et même 1 p. 800 le jour du premier examen, agglutination qui atteint plus tard 1 p. 5.000 et par la production d'un typhus expérimental chez le cobaye qui a reçu du sang dans le péritoine. Le cas n'a pas été l'origine de contagion. On voit qu'il convient actuellement de penser à la possibilité d'un typhus importé en dépit des surveillances pratiquées sur les diverses frontières.

Diphtérino-réaction de Schick et pathogénie de la diphtérie secondaire. Absence d'anergie à la diphtérie dans la rougeole. — MM. J. Renault et P.-P. Lévy ont recherché les conditions d'éclosion de la diphtérie secondaire aux maladies contagieuses de l'enfance en soumettant les sujets à trois examens, examen clinique, recherche des bacilles dans la gorge, diphtérino-réaction de Schick. Ces recherches ont porté sur 87 enfants dont 45 atteints de maladies contagieuses variées et 42 rougeoleux. Elles ont abouti aux déductions suivantes :

1° La diphtérie se produit quand il y a réunion de trois conditions essentielles, présence de bacilles diphtériques virulents, réceptivité du terrain, altération de la muqueuse.

2° Les auteurs se sont demandé si, dans la rougeole, l'anergie ne pourrait être invoquée comme facteur pathogénique. Cette hypothèse doit être écartée.

3° L'examen approfondi des malades a démontré une fois de plus la grande valeur de l'épreuve de Schick. Les résultats

qu'elle donne ne sont pas seulement utiles à des recherches biologiques. La diphtérino-réaction ajoute aux symptômes cliniques et aux examens de bactériologie des renseignements capables d'éclairer un diagnostic difficile.

Crises épileptiques au cours d'un diabète avec acidose. — M. G. GUILLAIN. Les crises épileptiques peuvent exister au cours du diabète à l'occasion d'une phase d'acidose, à la période de coma ou sans coma; ces faits sont relativement rares et même les rapports de l'épilepsie avec le diabète ont été niés par certains auteurs. Aux observations récemment publiées par M. M. Labbé, l'auteur joint celle d'un sujet qui, au cours d'un diabète aigu, a été pris de crises convulsives très nombreuses avec hémiparésie gauche, crises coexistant avec une acétonurie très notable. Ces crises convulsives ont cessé après plusieurs jours de traitement intensif par les alcalins, en même temps l'hémiplégie a rétrocédé. Cette hémiplégie, sans doute d'origine corticale toxique, ne modifia pas le réflexe cutané plantaire qui resta en flexion, constatation qui est fréquente dans les lésions corticales du faisceau pyramidal.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 9 JUIN 1920)

Toxicité d'extraits de muscles broyés. — M. Louis BAZY continue ses recherches et ses intéressantes expériences qu'il a faites sur ce sujet en collaboration avec M. Vallée. Il rapporte d'abord ce fait. Un jeune homme a la jambe écrasée sous une auto. Transporté à l'hôpital, il y est immédiatement amputé. On injecte à des cobayes des extraits de muscles écrasés, mort foudroyante. L'inoculation du suc musculaire dans les veines d'un cobaye entraîne la mort immédiate. L'inoculation du même suc dans le péritoine laisse une certaine survie.

La vitesse de l'injection intraveineuse joue également un grand rôle. Il résulte des expériences de MM. Bazy et Vallée que le problème qu'ils cherchent à résoudre est bien complexe et bien difficile

M. QUÉNU est très frappé de ces expériences qui confirment la conception de Widal sur le shock anaphylactique. Revenant à la théorie du shock, M. Quénu rappelle que les accidents du shock sont la conséquence de l'absorption par les plaies de substances nocives. Ces accidents sont bien loin d'être toujours semblables et varient selon le temps écoulé entre le traumatisme et l'intervention chirurgicale, suivant qu'il y ait eu pénétration de substances toxiques ou de substances nocives. Les conditions d'intervention sont extrêmement variables.

Perforation des ulcères gastro-intestinaux. — La discussion se poursuit sur ce sujet. M. DELBET apporte un nouveau fait d'ulcère perforé du duodénum à accidents surtout pulmonaires, sur lequel il ne put intervenir que 40 heures après la perforation qui siégeait sur la portion haute du duodénum. Il y avait un foyer purulent. Suture sans gastro-entérostomie, guérison après des accidents pulmonaires.

M. PROUST apporte également une observation d'ulcère perforé du duodénum. Intervention 9 heures après la perforation, suture sans gastro-entérostomie immédiate. Celle-ci est inutile. Elle n'est indiquée que dans les cas où la suture rétrécirait trop la lumière du duodénum. Mais la gastro-entérostomie est utile dans les cas d'ulcères gastriques perforés.

Grossesse après hystérectomie. — M. FAURE complète l'observation de M. Jaboulay, à laquelle il a fait allusion dans la dernière séance à propos du rapport de M. Robineau. Dans le cas de M. Jaboulay la grossesse a pu s'expliquer par ce fait que, dans l'hystérectomie qui avait été pratiquée antérieurement, une portion d'utérus était restée, ce qui put être vérifié dans une seconde hystérectomie totale.

Arthrodèse médio-tarsienne et sous-astragalienne dans le traitement des pieds bots varus dits réflexes. — M. MOUCHET fait un rapport sur 5 observations adressées par M. Toupet. Sur ces 5 interventions, 2 ont été suivies d'un résultat parfait, 2 de bons résultats et 1 de résultat médiocre.

Des corps étrangers dans les fractures. — M. HALLOPEAU fait une communication ayant pour but de démontrer que les corps étrangers, métalliques ou autres, employés dans le traitement des fractures, sont très bien tolérés.

Traitement opératoire de l'arthrite purulente. — M. P. BAZY rapporte l'observation d'une jeune fille de 16 ans qui, à la suite d'une angine streptococcique, fut prise d'une arthrite tibio-tarsienne purulente à streptocoques ayant nécessité plusieurs interventions : ponctions, arthrotomie, astragalectomie, ouverture d'un foyer purulent du mollet, etc.; dans chacune de ces interventions, M. Bazy fit des lavages avec le sérum de Leclainche et Vallée. La malade a guéri.

Sténose duodénale. — M. DUVAL décrit une nouvelle opération qu'il a imaginée pour remédier à une sténose de la deuxième portion du duodénum. Cette opération, dans le cas qu'il a cité, a été une duodéno-jéjunostomie transmésocolique.

Occlusion intestinale par stercorome. — M. DELBET présente une observation que nous résumons : occlusion intestinale datant de 5 jours, tumeur intraabdominale; diagnostic : sarcome du bassin. Examinant le malade de plus près, M. Delbet reconnaît qu'il s'agit d'un énorme stercorome. Il fallut 1 mois et 12 jours de purgations et de lavements pour arriver à l'évacuer; M. Delbet rappelle les travaux de Trélat sur les rétrécissements congénitaux du rectum amenant la formation de ces tumeurs stercorales.

(SÉANCE DU 16 JUIN 1920)

Exclusion bilatérale de l'intestin. — M. OKINCZYC communique une observation de M. Leclerc (de Dijon) qui se rattache à la discussion actuellement en cours. Il s'agit d'un soldat ayant reçu un éclat d'obus dans la région lombaire; signes de perforation intestinale, fistule stercorale, exclusion bilatérale de l'intestin pratiquée par M. Leclerc, réaction péritonéale très grave, prolapsus d'une partie de l'anse exclue à travers la fistule. M. Leclerc fait observer qu'une large fistulisation a des dangers à ce point de vue, que, d'autre part, l'ablation immédiate de l'anse exclue a aussi ses dangers. Il résulte des faits observés, en particulier du fait de M. Leclerc qui s'est terminé par la mort, que l'exclusion bilatérale de l'intestin, dans ces cas, est une opération qui offre de grands dangers au point de vue de la réaction péritonéale.

Appendicite et cancer du foie. — M. CHEVRIER communique l'observation suivante. Une jeune femme de 26 ans ayant eu plusieurs crises d'appendicite est opérée à froid. L'appendice était rétro-cæcal, le cæcum adhérent; il y avait un ganglion dans le voisinage; l'appendice contenait un corps étranger. Après l'opération qui s'était passée très simplement, la malade se plaignait de vives douleurs, de crises subintrantes, la respiration était fréquente, la température à 39°, le pouls filiforme. Dans la nuit, M. Louis Bazy est appelé comme chirurgien de garde; le pouls était à 140, M. Bazy désunit la plaie, ne trouve rien, refait un enfouissement pardessus le moignon appendiculaire. La malade meurt le lendemain matin. A l'autopsie, rien du côté de la plaie, en soulevant le foie on trouve une tuméfaction ulcérée qui n'était autre qu'un cancer annulaire avec de nombreux ganglions. Le ganglion constaté près du cæcum était, non de nature inflammatoire, mais de nature cancéreuse. Il y a lieu de se demander si la mort, dans ce cas, attribuée au shock, n'a pas été causée par des accidents infectieux ayant eu pour origine l'ulcération intestinale.

M. Louis BAZY croit, en effet, que dans ce cas le cancer peut être invoqué pour expliquer la mort. Mais dans certains cas d'appendicite suppurée, où le pus contient toujours des colibacilles, il peut se produire des accidents d'anaphylaxie microbienne; dans ces cas, M. Bazy a recours à un vaccin à base de colibacilles qui, dans plusieurs cas déjà, a arrêté des accidents infectieux menaçants.

M. LECÈNE pense qu'il s'agit, dans ce cas, d'une mort par septicémie aiguë, due à la grande toxicité de l'intestin audessous du cancer. C'est cette infection endogène qui a causé la mort.

M. BAUDET croit qu'il y a plusieurs hypothèses pouvant

expliquer la mort; il y a l'hypothèse soulevée par Bazy, c'est de la septicémie admise par Lecène. Mais il peut aussi y avoir d'autres facteurs, en particulier l'anesthésique employé. Dans certains cas de ce genre, M. Baudet a fait examiner le sang des malades et y a trouvé un énorme résidu. Il y aurait lieu de recourir plus souvent à cet examen du sang.

M. Chevrier accepte, avec M. Lecène, l'hypothèse de l'infection par l'ulcération intestinale. Mais il admet aussi qu'il y a pu avoir d'autres facteurs, le chloroforme, par exemple.

Occlusion duodénale chronique. — M. Alglave apporte plusieurs observations d'occlusion duodénale chronique, chez des femmes qui avaient toutes de la ptose rénale droite. M. Alglave attache une grande importance à ces lésions ptosiques ainsi qu'à la compression sur le duodénum par les vaisseaux mésentériques au point de vue de la pathogénie de l'occlusion duodénale chronique.

Des recherches faites par M. Alglave sur le cadavre, il résulte que ces lésions ptosiques sont bien plus fréquentes qu'on ne croit et que, la ptose rénale droite entraînant la chute de l'angle droite du côlon, on peut ainsi expliquer bien des cas d'occlusion chronique. Le plus souvent ces lésions d'occlusion portent sur la première portion du duodénum et coïncident avec la dilatation de l'estomac ou du mégacæcum.

M. Alglave apporte un certain nombre d'observations à l'appui. Sa conclusion est qu'en cas de symptômes d'occlusion il faut penser à la ptose rénale et pratiquer une néphropexie.

M. Delbet, tout en comptant l'influence de la compression par les veines mésentériques, de la ptose rénale dans la pathogénie de l'occlusion chronique du duodénum, cite plusieurs faits où la cause de cette occlusion était la présence de calculs dans le cholédoque.

La discussion se poursuivra dans une prochaine séance.

Traitement des cancers du testicule par l'ablation du testicule et de tous les ganglions de voisinage. — M. Grégoire, à propos de la communication de M. Descomps sur ce sujet, apporte un certain nombre d'observations dans lesquelles, après cette intervention, ont été constatées des survies variant entre 2 et 10 ans.

M. Chevassu qui a, l'un des premiers, préconisé cette intervention large et précoce pour le traitement des cancers du testicule, apporte une statistique de 29 observations avec des survies variables de 2, 3, 4 et 11 ans. Comme dans toutes les opérations s'adressant au cancer, il y aurait le plus grand intérêt, dans les cas dont il s'agit, à pratiquer des interventions aussi précoces que possible.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(séance du 3 juin 1920)

Myopathie à forme pseudo-hypertrophique. — MM. Heuyer et Semelaigne rapportent l'observation d'un enfant hérédosyphilitique, porteur de nombreux stigmates de dégénérescence, qui présente une atrophie myopathique avec pseudo-hypertrophie scléreuse, rétractions tendineuses, et réactions idio-musculaires et électriques caractéristiques de la maladie décrite par Duchenne de Boulogne. Sans qu'on puisse assurer la nature syphilitique de l'affection, on peut noter la concomitance de la myopathie et de l'hérédosyphilis.

Deux cas de paralysie agitante consécutifs à l'encéphalite léthargique. — MM. Souques, Moreau et Pichon présentent deux malades qui, à la suite d'une encéphalite léthargique, ont été atteints de paralysie agitante. La relation de causalité entre l'encéphalite et la paralysie agitante est évidente dans les deux cas. Dans le premier, il y a eu amélioration et disparition du tremblement, mais la rigidité musculaire persiste depuis deux ans, et il est clair, vu l'ancienneté des accidents, que ce cas évoluera progressivement comme une maladie de Parkinson ordinaire. Dans le second, le début, qui date de 3 mois, est encore trop récent pour qu'on puisse préjuger l'évolution, mais il est à craindre que, là aussi, l'affection n'évolue de la même manière.

L'encéphalite léthargique semble appelée à éclairer l'étiologie de certains syndromes nerveux, de la paralysie agitante en particulier.

Procédé employé par un paraplégique flasque et hypotonique pour provoquer une miction automatique. — Mme Déjerine et M. Regnard montrent un homme de 47 ans présentant une paraplégie flasque complète à la suite d'une fracture de la colonne vertébrale (D12 L1 L2) en avril 1918. Ce blessé, qui offre un syndrome de section physiologique totale de la moelle au niveau de D12 et qui n'a aucune miction automatique ou volontaire, provoque des mictions en pratiquant des tractions à cinq ou six reprises sur la verge: ces tractions sont suivies immédiatement d'un violent jet d'urine, le blessé présente en outre une hypotonie considérable des hanches.

Syndrome kinésalgique persistant de l'encéphalite épidémique. — MM. Sicard et Paraf présentent un jeune malade atteint d'encéphalite épidémique dont la symptomatologie, après une courte phase méningée, s'est affirmée exclusivement par une localisation douloureuse et motrice du type choréo-athétosique au niveau du membre supérieur droit. Ce syndrome kinésalgique, avec un état général normal, et en dehors de tout alitement, s'est montré depuis plus de 7 mois remarquable par sa fixité, sa ténacité et sa résistance à toute médication. La région du thalamus est vraisemblablement responsable de ces réactions kinésalgiques.

M. Lhermitte a vu une algie d'abord appendiculaire opérée; puis des douleurs en ceinture et au niveau des seins. Pensant à un cancer, on fit l'ablation des seins. Alors survinrent des douleurs lombaires, on pensa à une récidive de néoplasme dans le rachis. C'était une forme algique d'encéphalite avec myoclonies.

Anasthésie indolore du trijumeau. — MM. Sicard et Paraf présentent une pièce anatomique d'une tumeur cérébello-mésocéphalique ayant provoqué par compression une destruction du noyau de la 5e paire, une anesthésie complète dans le territoire cutanéo-aqueux tributaire, sans qu'il y ait eu de réaction douloureuse. L'anesthésie indolore du trijumeau est un signe important de localisation nucléo-radiculaire. L'anesthésie douloureuse est, au contraire, conditionnée par la lésion du ganglion de Gasser ou de ses branches afférentes.

M. Vincent ne croit pas que l'anesthésie indolore du trijumeau soit un signe absolu de lésion mésocéphalique. On voit certaines tumeurs de l'angle pontocérébelleux s'accompagner de phénomènes névralgiques.

M. A. Thomas ne partage pas non plus l'opinion de M. Sicard. Les lésions protubérantielles et les lésions bulbaires (syringomyélie) peuvent donner lieu à des névralgies du trijumeau très violentes.

Un cas de syndrome strié : athétose, phénomènes pseudobulbaires. — MM. J. Lhermitte et L. Cornil. Après avoir rappelé leurs précédentes recherches sur le syndrome pallidal, les auteurs présentent une malade de 49 ans chez laquelle, après un ictus avec hémiplégie gauche, apparurent divers phénomènes d'ordre moteur. Parmi les plus importants sont la dysarthrie, la dysphagie, le pleurer spasmodique, la maladresse des mouvements de la main gauche contrastant avec l'intégrité de la paire musculaire des membres anciennement parésiés. La marche est difficile et se fait à petits pas. Les réflexes tendineux sont vifs mais égaux. Il existe, en outre, des mouvements athétosiques incessants du côté gauche qu'exagèrent des excitations cutanées ou la compression oculaire. Le gros orteil est animé de mouvements classiques d'extension que renforce l'excitation plantaire. Ce phénomène d'après les auteurs est à rapporter à l'athétose et non pas à considérer comme une inversion du reflexe cutané plantaire (pseudosigne de Babinski).

L'absence d'hypertonie, la paralysie des mouvements élémentaires, permettent d'éliminer une lésion, au moins importante, du système pyramidal et de rattacher l'origine des troubles de la motilité au corps strié (putamen et noyau caudé).

Il existerait donc, d'après Lhermitte et Cornil, chez l'adulte et chez le vieillard, un syndrome pseudobulbaire avec athétose, lequel trouverait sa raison dans les lésions malaciques ou hémorragiques du corps strié. Ce qui le caractérise c'est,

outre l'athétose, le trouble profond de certains mouvements automatiquement coordonnés tels que la marche, la phonation, la déglutition.

Maladie de Parkinson suite d'encéphalite épidémique. — MM. BABINSKI et JARKOWSKI présentent un malade chez lequel, à la suite d'une encéphalite léthargique datant de plus de 2 ans, s'est développé un syndrome parkinsonnien caractérisé par une attitude figée, généralisée, sans aucun tremblement.

La fixité que ce malade présente est comparable à celle qu'on observe dans les catatonies vraies ; mais il n'existe chez lui aucun trouble mental. Cette fixité rappelle aussi la catalepsie cérébelleuse, mais elle s'en distingue par l'existence de la raideur musculaire.

Les auteurs insistent sur l'attitude de demi-flexion de la tête, du tronc et des membres que le malade peut corriger dans une certaine mesure par un effort de volonté mais qui ne tarde pas à se reproduire ensuite.

D'autre part, il existe une exagération de la réaction des antagonistes, comme on le voit chez les parkinsonniens.

Cette réaction des antagonistes qui peut se produire à l'état normal, suivant la volonté du sujet, est, dans le syndrome parkinsonnien particulièrement prononcée ; d'une amplitude plus grande elle se produit ici à la suite d'un déplacement même minime et en dehors de la volonté du malade.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 7 MAI 1920)

Combinaison de la greffe et de l'ostéosynthèse. — M. DUPUY DE FRENELLE. Un des principaux facteurs du succès de la greffe osseuse pour longues pertes de substance diaphysaire est l'immobilisation parfaite du greffon pendant toute la durée de la régénération osseuse. Lorsque, au moment de l'opération, les fragments ont tendance à se dévier, lorsque, à la fin de l'opération, le greffon ne se trouve pas solidement fixé aux fragments qu'il réunit, il est nécessaire d'étayer ce greffon par une plaque. Cette plaque étroite et arquée en pont ne doit avoir aucun contact avec le greffon. Les vis qui la fixent doivent être implantées dans du tissu bien compact, loin des extrémités du greffon. Lorsque les fragments sont poreux, il est préférable de fixer la plaque par des cerclages. M. Dupuy de Frenelle rapporte un cas de greffe pour destruction du tiers moyen de l'humérus. La greffe fut pratiquée dans une plaie suppurant encore avec un greffon prélevé sur la moitié externe du péroné dont les extrémités furent implantées dans le canal médullaire des fragments huméraux restants. Ce greffon fut étayé par une plaque vissée. Le blessé, revu au bout de 5 ans, présente actuellement un humérus aussi long et un peu plus volumineux que celui du côté sain avec des articulations souples dont la fonction est intégralement conservée. Ce cas prouve, comme beaucoup d'autres, que l'association de l'ostéosynthèse par plaque à greffe est un complément parfois utile et non nuisible, comme le prétend Albee.

Rupture traumatique de l'urètre avec déchirure du rectum. Cystostomie d'urgence. Suture secondaire. Guérison. — M. PASTEAU. Un homme de 44 ans est atteint de plaie périnéale profonde, hémorragie, rétention d'urine. Dans l'impossibilité de retrouver les deux bouts de l'urètre sectionné, le Dr Henry se contente d'évacuer l'hémotome et d'assurer l'hémostase. Il laisse la plaie très largement ouverte et draine la vessie au-dessus du pubis. Quinze jours après, il peut suturer la paroi rectale qui avait été atteinte, puis faire une suture complète de l'urètre sans réunir la plaie superficiellement. Guérison rapide et complète sans rétrécissement.

Au sujet de cette observation, l'auteur fait remarquer que ce bon résultat n'a pu être obtenu que grâce au maintien de la dérivation des urines par la cystostomie sus-pubienne. Mais il rappelle qu'il est plus simple, dans tous les cas où c'est possible, de se contenter, comme il l'a bien établi avec Iselin dès 1905, d'ouvrir largement la plaie et d'aboucher les deux bouts de l'urètre au périnée, sans autre intervention. La cicatrisation complète sans rétrécissement est la règle, et, si une fistulette persiste, elle existe en tissu souple et peut être fermée très facilement par une autoplastie secondaire.

(SÉANCE DU 21 MAI 1920)

Eclatement de l'humérus par balle. — M. DARTIGUES apporte le cas curieux, avec radiographies et photographies à l'appui, d'un éclatement de l'humérus par balle avec perte de substance de 7 cm. de la diaphyse et cependant restitution ad integrum sans greffon, ni plaque. M. Dartigues insiste sur la tendance de la nature réparatrice à réparer la forme après traumatisme, quand on dirige cette réparation sous le couvert d'une asepsie des plus rigoureuses.

M. HENRY (rapport de M. JUDET) présente une modification de l'attelle de Thomas appliquée au traitement des fractures de l'humérus au tiers inférieur. En plus de l'extension dans la rectitude du bras, M. Henry tire sur l'avant-bras fléchi à 90° par le moyen d'un étrier greffé perpendiculairement à l'attelle de Thomas. Par ce dispositif, on évite la bascule antérieure de fragment inférieur et la pseudarthrose qui en résulte fréquemment.

Plaie pénétrante du crâne par éclat d'obus. — M. PÉRAIRE fait un rapport sur une observation de M. V. Planson, de plaie pénétrante du crâne par éclat d'obus, intéressant le lobe occipital gauche. Quatre mois plus tard, apparition d'un abcès cérébral s'accompagnant de céphalée, d'hémianopsie latérale homonyme droite complète, de mydriase de la pupille gauche avec ptosis. Ces phénomènes disparurent après ouverture de l'abcès cérébral, mais il persista une hernie cérébrale. Dans un second temps, le projectile put être extrait et la hernie entretenue par l'état infectieux de la plaie disparut.

Sarcome fuso-cellulaire de la verge. Amputation. Guérison. — M. PÉRAIRE présente cette tumeur qu'il considère comme très rare, au point de vue du siège. Il s'agit là d'une récidive de sarcome. Le malade était resté guéri près d'un an et demi. La 1re intervention avait consisté à faire l'ablation complète de la tumeur. Cette fois, l'amputation complète de l'organe a été justifiée par l'étendue des lésions.

Reconstitution d'une diaphyse humérale détruite sur une longue étendue par le repiquage de petites esquilles. Humérus resté solide au bout de 5 ans. — M. DUPUY DE FRÉNELLE.

JURISPRUDENCE

LA LOI NOUVELLE DU 4 MAI 1920 SUR LA PROROGATION DE CERTAINS BAUX ET LOCATIONS VERBALES (1)

Délai de prorogation. — La prorogation a lieu pour un délai tel que, y compris la durée du bail ou des renouvellements et prorogations déjà acquis, elle assure la jouissance du preneur jusqu'à l'expiration du délai de 2 ans à partir de la date de la cessation des hostilités (art. 1er, § 2).

Le législateur a donc fixé comme point extrême de la prorogation l'expiration du délai de 2 ans à partir du 24 octobre 1919, c'est-à-dire jusqu'au 24 octobre 1921. Il a voulu que, jusqu'à cette dernière date, les locataires qu'il entend faire bénéficier d'une faveur spéciale fussent assurés d'avoir un logement, jusqu'au 24 octobre 1921. Dans le premier paragraphe de l'article 1er, il avait déjà indiqué sa volonté en disant que la prorogation des baux, locations, renouvellements, tacite reconduction et prorogation légales eût lieu pour ceux « qui n'assureraient pas au preneur une jouissance allant jusqu'à l'expiration du délai de 2 ans à compter de la date de la cessation des hostilités ».

Le délai de la prorogation n'est donc pas de 2 années pleines ; il est du temps suffisant pour assurer au locataire visé par la loi une jouissance de 2 ans jusqu'au 24 octobre 1921.

Conditions auxquelles se fait la prorogation. — La prorogation se fait aux conditions fixées au bail sauf application, si le bail a été renouvelé ou prorogé pendant la guerre, des règles posées par les articles 1er et 2 de la loi du 23 octobre 1919 en ce qui concerne le prix. Le mot « baux » s'applique évidemment dans la pensée du législateur aussi bien aux baux écrits qu'aux baux verbaux.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 52, p. 818.

L'article 1er de la loi susvisé assimile aux baux et locations verbales en cours au 1er août 1914 les baux et locations verbales renouvelées, à la condition que le prix du nouveau bail ne soit pas inférieur à celui du bail primitif. Quant à l'article 2, il décide que, si le prix du nouveau bail est inférieur à celui du bail primitif, le preneur bénéficie néanmoins de la prorogation, mais aux conditions du bail primitif.

Notification. — L'article 1er de la loi a spécifié que la prorogation ne pouvait avoir lieu qu'à la demande du preneur; l'article 2 décide que les locataires qui sont visés dans l'article 1er doivent, à peine de forclusion, faire connaître leur volonté au bailleur *dans les trois mois qui suivent la promulgation de la loi.*

La loi fixe ainsi un délai uniforme pour faire la notification; ce délai part donc du 5 mai 1920 pour expirer le 5 août 1920; passé ce jour, il y a forclusion, et le locataire ne pourra plus bénéficier de la disposition prise en sa faveur par le législateur.

La notification a lieu par acte extrajudiciaire, c'est-à-dire par exploit d'huissier, conformément à l'article 58 de la loi du 9 mars 1918. Elle ne peut avoir lieu par lettre recommandée que si le propriétaire dispense le locataire de lui adresser un acte par huissier; pour éviter toute difficulté, le locataire agira prudemment en demandant au propriétaire *une dispense écrite.*

Cas où la prorogation ne peut être invoquée. Disposition générale. — Les cas où la prorogation ne peut être invoquée sont au nombre de 2 (art. 4) :

1° Les locataires, dont le bail est postérieur au 1er août 1914 et auxquels la loi accorde des prorogations, ne peuvent invoquer celles-ci contre le bailleur *démobilisé* qui déclarera reprendre et reprendra effectivement les locaux pour son habitation personnelle ou pour son usage commercial, industriel ou professionnel.

La loi ne pouvait en effet accorder une faveur à ceux que la guerre avait éprouvés d'une manière spéciale, au détriment de ceux qui avaient été mobilisés et avaient souffert aussi de la guerre; mais en ce qui concerne ces derniers, elle exige que les locaux qu'ils veulent reprendre soient destinés à leur usage personnel, et non à de nouvelles locations pour des tiers.

Le bailleur qui se trouve dans le cas ainsi visé doit faire connaître son intention au locataire, par acte extrajudiciaire, dans la huitaine de la signification par celui-ci de sa volonté de proroger le bail.

2° Sont exclus de tous droits à prorogation, soit en vertu de la loi nouvelle, soit en vertu des lois antérieures, les baux relatifs aux locations de plaisance ou qui constituent, sous une dénomination quelconque, une habitation en plus du local familial où le locataire possède son domicile légal (art. 4 § 3).

La loi a édicté dans ce § 3 *une disposition générale.* Il ne s'agit pas seulement des prorogations de baux ou locations verbales conclus entre le 1er août 1914 et la date de la cessation des hostilités : il s'agit en outre des baux antérieurs au 1er août 1914, ceux dont s'occupe la loi du 9 mars 1918. Si donc, il s'agit d'une location de plaisance, comme d'une villa au bord de la mer, ou d'une habitation en dehors de celle où le locataire, vivant avec sa famille, a son domicile légal, la prorogation n'est pas accordée par le législateur.

Dispositions diverses. — Toutes clauses et stipulations contraires à la loi sont considérées comme nulles et non avenues.

La loi est applicable à l'Algérie.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE DE LA FACULTÉ DE BORDEAUX. — Le cours de perfectionnement annuel aura lieu, à la clinique oto-rhino-laryngologique du prof. Moure, du lundi 12 juillet au samedi 24 juillet 1920.



NOTES POUR L'INTERNAT

LES PARALYSIES DIPHTÉRIQUES [1]

1° **S'agit-il d'une forme localisée du voile?** — On pourra penser, mais c'est exceptionnel, à une paralysie du voile, suite d'une angine non diphtérique.

On se méfiera également du simple nasonnement d'une angine banale, ou d'un abcès rétro-pharyngien.

Enfin, l'on pensera aux dysphagies de cause laryngée ou œsophagienne.

Si la paralysie du voile est certaine, le diagnostic peut se discuter alors avec toutes les paralysies du voile du palais :

— Dans le syndrome d'Avellis, il y a une paralysie du récurrent et du larynx avec paralysie du voile.

— Le syndrome de Schmidt, plus complexe encore, se traduit par une paralysie du voile, du récurrent et du nerf spinal.

— Enfin, dans la paralysie faciale, on a décrit l'atteinte du voile du palais. Mais Lermoyez a nié cette atteinte du voile dans la paralysie faciale.

— Enfin, la paralysie labio-glossolaryngée par lésions bulbaires. Mais ici on a les notions de l'âge, de l'hypertension, de la syphilis, etc.

2° Les **troubles oculaires** feront penser surtout aux lésions de la base du cerveau, relevant de syphilis cérébrale (gomme par exemple, méningite), mais surtout de tabes. Le tableau du pseudotabes diphtérique, dont nous avons étudié les symptômes, se distinguera du tabes vrai par la recherche méthodique de tous les symptômes : pour diagnostiquer le tabes on se basera sur le signe d'Argyll, la lymphocytose et l'albuminose rachidiennes, l'atrophie de la papille, les antécédents syphilitiques.

3° La **paraplégie diphtérique** est à différencier de toutes les paraplégies flasques, relevant de névrites périphériques, et surtout des paralysies alcoolique et saturnine. On les distinguera par la notion étiologique, la paralysie motrice absolue, la réaction de dégénérescence souvent très nettes, les troubles marqués de la sensibilité, l'atrophie musculaire consécutive qui n'existent jamais à ce degré dans les paralysies diphtériques.

Enfin, dans un certain nombre de cas, il faudra songer aux paralysies hystériques, à la paralysie infantile (maladie de Heine-Medin) qui frappe d'emblée un territoire assez étendu, avec régression secondaire plus ou moins marquée.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Exceptionnellement, il peut s'agir d'une hémiplégie organique survenant au cours d'une diphtérie par embolie partie du cœur malade, en asystolie plus ou moins accusée. Mais c'est là un fait vraiment rare. On trouve plutôt des lésions des nerfs périphériques, lésions d'ailleurs disparates.

Déjerine a signalé des lésions des racines antérieures et des nerfs périphériques, avec parfois de légères lésions de la moelle. Gombault a montré qu'il s'agit d'une lésion de névrite segmentaire périaxile. La dégénérescence wallérienne secondaire peut aller jusqu'à la destruction complète du cylindraxe. Ces lésions périphériques peuvent exister seules ou s'accompagner de lésions centrales légères, bulbaires surtout.

Roux et Yersin ont aussi décrit des lésions des cornes antérieures.

PATHOGÉNIE. — Nous ne retiendrons pas les opinions des anciens auteurs : paralysie asthénique de Gubler, paralysie réflexe de Brown-Séquard, affaiblissement des muscles sous-jacents aux organes enflammés (Stockes).

Déjà Trousseau avait pensé à l'hypothèse d'une paralysie d'ordre toxique.

Plus récemment, Barbier et Richardière ont signalé l'existence du bacille diphtérique dans le bulbe.

Mais Roux et Yersin ont montré que le bacille de Lœffler reste cantonné au niveau des lésions locales (angine) ; il agit à distance par sa toxine, et d'ailleurs ils ont reproduit les paralysies avec cette même toxine diphtérique injectée par voie veineuse. On a remarqué également que la toxine diphtérique a une action élective sur les nerfs périphériques et non sur les centres nerveux. La toxine diphtérique présenterait donc certaines analogies avec la toxine tétanique : le bacille tétanique pullule sur place et sécrète à distance une toxine qui se fixe avec prédilection non sur les nerfs périphériques mais sur les centres nerveux. Cette différence de fixation des toxines tétanique et diphtérique n'est cependant pas aussi marquée. Guillain et Laroche ont signalé, en effet, la localisation de la toxine diphtérique au niveau du bulbe.

La toxine diphtérique se propage par voie nerveuse, de proche en proche. Dans la paralysie du voile du palais, il faut aussi incriminer l'action locale de la toxine sur les terminaisons nerveuses à ce niveau.

En inoculant au préalable de l'antitoxine aux animaux en expérience, la paralysie diphtérique ne se produit pas. On peut alors se demander pourquoi l'action de l'antitoxine qui existe expérimentalement ne se produit pas de la même façon chez l'homme, et comment il se fait que la fréquence de la paralysie diphtérique n'ait pas disparu depuis l'emploi très large du sérum antidiphtérique.

Plusieurs explications ont été données à ce sujet :

1° Ehrlich distingue dans la toxine diphtérique 3 toxines différentes : les toxine, toxoïde et toxone.

La toxone donnerait la paralysie et ne serait pas neutralisée par le sérum.

2° Rist a montré qu'il y a une endotoxine dans les corps bactériens, à côté de la toxine soluble qui sert à immuniser les chevaux et à préparer le sérum. Cette toxine adhérente est lentement diffusible, à action tardive, et n'est mise en liberté que par la destruction des corps bactériens. Contre elle l'antitoxine du sérum ne peut rien, et c'est elle qui, mise en liberté, détermine tardivement les paralysies diphtériques.

Ces paralysies seraient donc reproduites expérimentalement d'une façon plus fidèle avec les corps bactériens qu'avec la toxine soluble et malgré l'emploi d'injection d'antitoxine préventive.

Cette conception dénierait donc au sérum employé toute action curative et même préventive contre les paralysies diphtériques.

TRAITEMENT. — Et cependant Méry conseille encore la *sérothérapie massive* comme le seul moyen prophylactique des paralysies diphtériques.

Pour Marfan aussi, la sérothérapie a une action curative et préventive certaine. Nous renvoyons aux notes pour l'Internat : Signes, diagnostic et traitement de l'angine diphtérique (*Gaz. des hôpit.*, 1919, n° 39, p. 611 ; n° 40, p. 627, et n° 42, p. 659) où l'on trouvera tous les renseignements utiles pour la conduite du traitement.

Nous ajouterons seulement l'emploi local du sérum desséché, soit sous la forme d'insufflation de poudre, soit sous la forme de pastilles à sucer (Martin).

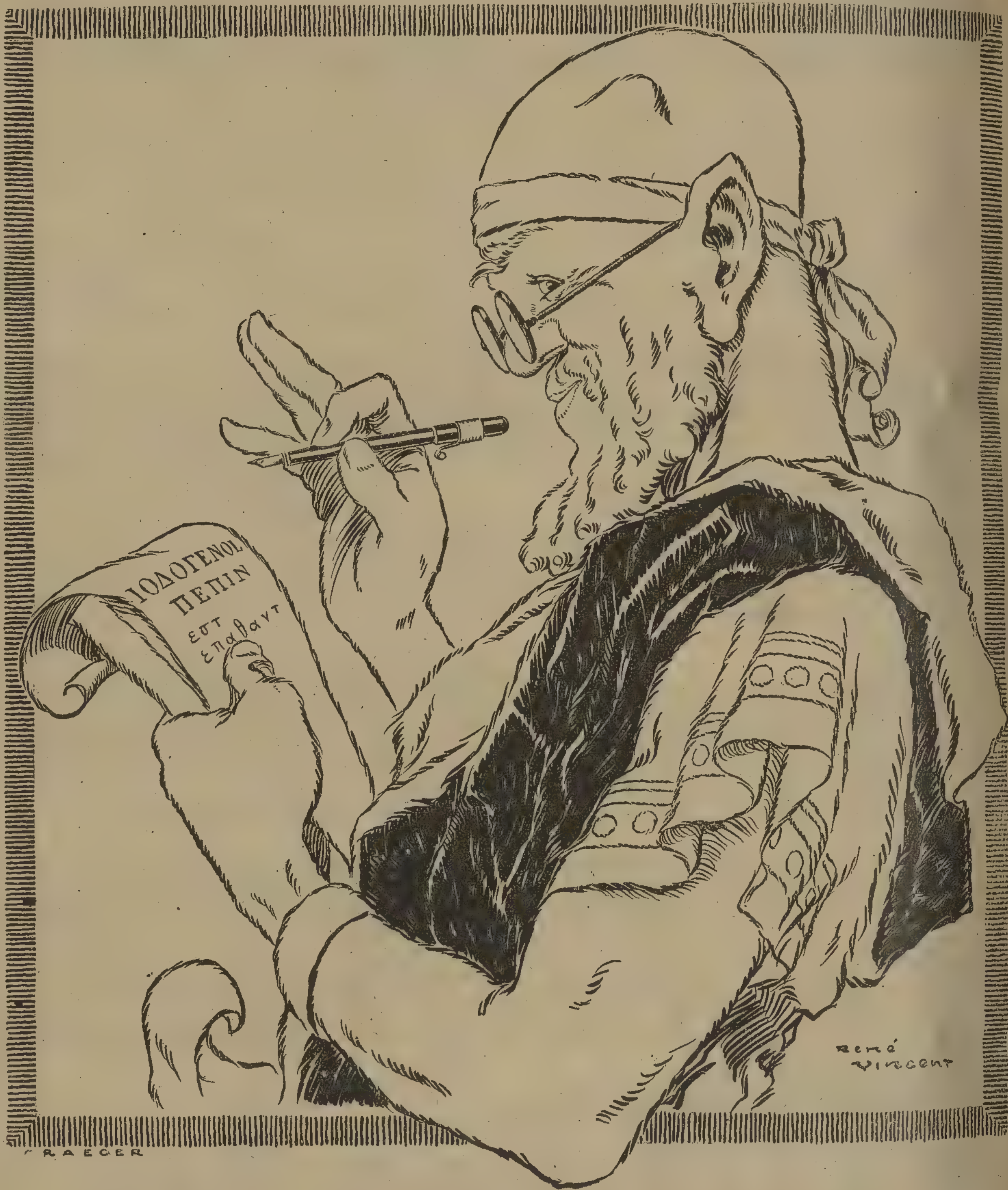
Quand la paralysie est installée, on utilisera la strychnine, l'adrénaline, le traitement par l'électricité. Comby pratique aussi des injections répétées de sérum. Mais lorsque les accidents graves, cardio-pulmonaires menacent, on ajoutera aux injections massives de sérum antidiphtérique (60 à 100 cmc. par jour) les injections d'huile camphrée et l'administration de digitaline et d'adrénaline.

BIBLIOGRAPHIE. — TROUSSEAU. *Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu.* — LANDOUZY. Paralysies dans les maladies aiguës, *Th. d'agrég.*, Paris 1880. — BABONNEIX. Nouvelles recherches sur les paralysies diphtériques, *Th. de Paris*, 1904. — GRANCHER, BOULLOCHE et BABONNEIX. Art. in Gilbert et Thoinot, fasc. 9. — DEGUY. *Revue des mal. de l'enfance*, juin 1903. — RIST. *Revue des mal. de l'enfance*, sept. 1904. — ENRIQUEZ, BERGE et LAFITTE-LAMY. *Traité de méd.*

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 52, p. 831 et n° 54, p. 863.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
εστ
επαθαντ

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, **20** francs par an.
Étudiants étrangers, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **9** fr. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Deuxième concours de chirurgien des hopitaux. — *Lecture.* — Séance du 21 juin. — MM. Gouverneur, 27; Métivet, 24; Douay, [illegible]eniker, 27.

— Concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 21 juin. — MM. Ramadier, 17; Bloch, 19.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — M. le Dr A.-J. Martin, inspecteur général honoraire des services d'hygiène de Paris, est nommé membre de la commission instituée par l'arrêté du 17 avril 1920, en vue d'étudier les modifications qu'il conviendrait d'apporter à la loi du 15 février 1902, relative à la protection de la santé publique.

OFFICE PUBLIC D'HYGIÈNE SOCIALE. — Un concours pour la nomination de médecins attachés à l'office public d'hygiène sociale du département de la Seine-Inférieure (section tuberculose), aura lieu à Paris, au début du mois d'août 1920.

Ce concours se terminera par l'établissement d'une liste de présentation de 5 candidats dont le premier entrera en fonctions le 1er octobre 1920 ; les autres pourront être appelés au fur et à mesure des besoins et le seront d'après l'ordre de classement. L'office s'interdit l'organisation de tout nouveau concours avant épuisement de la liste ainsi établie.

Les médecins nommés seront, entre autres, chargés de la direction des centres d'examen médical créés ou agréés par l'office. Ils devront prendre l'engagement de renoncer à toute clientèle.

Après un stage maximum d'un an, ils pourront être titularisés. Pendant la durée du stage, ils recevront une indemnité calculée sur le taux de 12.000 fr. par an, ainsi qu'une indemnité exceptionnelle de logement de 100 fr. par mois.

Après titularisation, leur traitement est ainsi fixé : 3e classe, 14.000 fr. ; 2e classe, 16.000 fr. (après 2 ans de 3e classe); 1re classe, 18.000 fr. (après 3 ans de 2e classe).

Pour tous renseignements, s'adresser à la préfecture (inspection des services d'hygiène), à Rouen.

Le registre d'inscription sera clos le 14 juillet 1920.

MÉDAILLES DES ÉPIDÉMIES. — La médaille d'honneur des épidémies a été décernée à MM. les médecins militaires (armée d'Orient) dont les noms suivent :

Médaille d'or. — A la mémoire de M. Salignac (Paul), médecin aide-major de 1re classe.

Médailles de vermeil. — MM. Job, Lesueur, Robin, Photiadès, Artigue, Lévy-Darras, Nicolle, Bequet, Prunet.

Médailles d'argent. — MM. Consirolles, Beal, Nard, Nicolaï, Lorin, Broça, Collignon, Chaineaux, Bondu, Péré, Augé, Girard, Lestage, Joulia, Piet, Josephson, Lefèvre, Fuchs, Bruas, Walter, Le Baron, Gérard, Emonet, Corone, Ravon, Cristau, Mare, Cojan, Sarrazin, Pagès, Bocca, Aubert, Cauhape, Chazaud, Marsault, Martin.

Médailles de bronze. — MM. Lebon, Tessier, Lemaire, Guérin, Offret, Lasfargues, Trifon, Lavier, Dumas, Galliot, Savarit, Verger, Belhandouz, Marmoiton, Peduran, Nouel, Legros, Guyonnet, Cazaux, Fronteau, Elbaz, Rollet, Pouillard, Benard, Malosse, Vialatte, Ledentu, Le Brazidec, Picaud, Tudescq, Claude, Huard, Glorian, Abord, Lebrot, Rignault, Cisterne, Guinemand, Hoffherr, Boulay, Chazal, Marsal, Lambert, Delacour, Dizeur.

SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE. — L'Assemblée générale du Syndicat des médecins de la Seine a eu lieu le 13 juin, sous la présidence du Dr Gascuel. Le secrétaire général, le Dr Le Fur, donna connaissance des travaux accomplis par le Syndicat, puis l'Assemblée discuta successivement la question de l'adhésion du Syndicat à la Confédération des travailleurs intellectuels (ajournée à 6 mois), celle des soins aux réformés de la guerre, la loi des pensions (nécessité d'une entente du Syndicat avec le préfet de la Seine pour l'établissement d'un tarif, droit absolu pour le blessé de choisir son médecin, chirurgien ou spécialiste, ainsi que l'établissement où il désire être soigné). L'examen du nouveau tarif Dubief encore en discussion, de la question des mutualités et de l'assurance invalidité, doit faire l'objet d'une prochaine assemblée générale.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — L'Académie a mis au concours, pour le prix fondé par un anonyme, la question suivante :

« Elucider par des faits cliniques, et au besoin par des expé-

riences, la pathogénie et la thérapeutique des maladies des centres nerveux et principalement de l'épilepsie. » — Montant du prix : 7.500 fr. — Clôture du concours : 15 octobre 1922.

INSTITUT PASTEUR HELLÉNIQUE. — La *Grèce médicale* annonce que, par décret royal, le Conseil dirigeant de l'Institut Pasteur hellénique est constitué des membres suivants :

Président : M. J. Athanassakis, ex-sous-secrétaire d'Etat du Service de santé au ministère de la Guerre ;

Secrétaire : M. G. Mylonas, chef de section au ministère de l'Economie nationale;

Membres : MM. le Dr Abt, directeur de l'Institut Pasteur hellénique; le médecin inspecteur O. Arnaud, de l'armée française, inspecteur du Service de santé de l'armée hellénique; Picard, directeur de l'Ecole française; V. Bensis, professeur à l'Université d'Athènes; Eliaskos, directeur de la banque d'Athènes; J. Kountouriotis et G. Averoff, membres de la Chambre des députés.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons la mort du médecin inspecteur Simonin, directeur de l'Ecole du Service de santé militaire à Lyon, qui vient de mourir à l'âge de 56 ans.

Ancien professeur au Val-de-Grâce, Simonin laisse la réputation d'un clinicien et d'un hygiéniste de grande valeur. C'était un homme modeste et bienveillant, d'une courtoisie parfaite envers ses confrères. Il sera regretté très sincèrement.

Au début de la guerre, Simonin fut grièvement blessé en Belgique et fait prisonnier. Il a raconté les péripéties de sa captivité et flétri la barbarie des Boches envers les blessés dans un livre émouvant que tout le monde devrait avoir lu.

Simonin était officier de la Légion d'honneur et décoré des croix de guerre française et belge.

PHYSIOTHÉRAPIE

SIGNES RADIOSCOPIQUES DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE; MODIFICATIONS OBTENUES PAR LA MÉTHODE MÉLAMET.

Par le Dr Kléman (de Paris).

Les signes qui permettent de dépister ou de confirmer la bacillose sont au nombre de trois et peuvent, s'ils se rencontrent simultanément, affirmer le diagnostic. Ce sont : l'adénopathie hilaire, les ombres lobaires, les anomalies du diaphragme.

I. Adénopathie hilaire. — D'un côté ou des deux côtés de l'ombre médiane, au niveau des 4e, 5e et 6e espaces intercostaux, on peut voir des ombres arrondies, ovales, isolées ou confluentes ; ombres tantôt faibles, diffuses, quand il s'agit d'hypertrophie simple, tantôt intenses jusqu'à l'opacité quand il s'agit de caséification, de sclérose, de calcification.

A l'adénopathie hilaire, il faut ajouter l'adénopathie trachéo-bronchique, visible quand le malade est de profil, en oblique droite antérieure ou gauche postérieure, les bras relevés au-dessus de la tête. On distingue, dans ce cas, dans l'espace prévertébral (espace clair des radiographes) au niveau de la bifurcation de la trachée, une zone d'ombre plus ou moins prononcée et pouvant s'étendre jusqu'au diaphragme.

Enfin on peut noter les ombres augmentées des ramifications vasculo-bronchiques, dues aux inflammations des lymphatiques qui les escortent.

II. Ombres lobaires. — Elles occupent en général le sommet et peuvent envahir, progressivement, quand les lésions se développent, tout un lobe pulmonaire et plus.

Cette ombre est plus ou moins prononcée, depuis le halo, le voile léger, jusqu'à l'opacité. A la période prébacillaire, l'ombre est homogène, il s'agit alors d'une réaction de la plèvre plutôt, d'une pleurésie sèche du sommet, ou bien cette ombre se dissocie en éléments plus opaques (pommelures, marbrures des radiographes), il s'agit alors d'une infiltration vraie.

Pour affirmer une ombre pathologique il faut avoir bien soin de comparer avec le côté sain, si possible, et utiliser le signe de la toux ; en faisant tousser le malade, le sommet atteint ne s'éclaire pas ou peu, alors que le côté sain, même ombré, s'éclaire bien.

A un stade plus grave, la caverne se traduit par une tache plus ou moins claire, entourée d'un anneau conjonctif opaque. Cette tache peut donner une image contractée quand on fait tousser le malade.

III. Les anomalies du diaphragme. — *a.* Mobilité : Les mouvements du diaphragme présentent presque toujours, du côté malade, une diminution dans leur amplitude. En expiration, le dôme diaphragmatique occupe une situation normale, mais, à l'inspiration forcée, il s'abaisse moins que du côté sain, et parfois d'une façon saccadée.

b. Forme : Lorsqu'il y a des adhérences pleurales de la base, et c'est chose fréquente, on constate à l'inspiration forcée, que le diaphragme ne s'abaisse pas régulièrement, il est festonné ou très oblique.

Analysons maintenant les modifications de consignes après l'application de la méthode Mélamet.

Sur 60 cas, examinés avant et après le traitement, de gravités diverses (aucun cas de granulie), voici ce que nous avons observé :

I. Adénopathies hilaires et trachéo-bronchiques. — Dans tous les cas, *sans exception*, à notre grande surprise, nous avons constaté une diminution considérable des masses ganglionnaires, avec retour dans les cas d'hypertrophie simple, avec périadénite, à la formule normale ; seuls les ganglions sclérosés ou calcifiés subsistent, sous formes de lentilles opaques, séparées, disséminées.

II. Ombres lobaires. — Dans tous les cas où le signe de la toux était franchement négatif, nous avons observé au moins des éclairements partiels, parfois même des éclairements entiers du sommet, avec disparition du voile ; exception faite pour les cas s'accompagnant de symphyse pleurale, où naturellement aucun éclairement n'est possible.

En outre, *jamais* nous n'avons constaté l'extension des ombres observées antérieurement. Enfin, évolution d'une importance capitale, dans 3 cas de caverne, au lieu de retrouver cette tache plus ou moins claire entourée d'une couronne de tissu conjonctif comme auparavant, nous avons trouvé une tache totalement opaque, comme si le tissu conjonctif périphérique avait envahi la cavité ; dans un cas, la forme arrondie était devenue forme semi-lunaire, sans que la toux pût en modifier les dimensions.

III. Le diaphragme. — Aucun changement à signaler ni dans la mobilité ni dans la forme.

L'importance de ces résultats ne saurait échapper. La méthode Mélamet nous donne une arme remarquablement puissante contre la tuberculose pulmonaire.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA RÉORGANISATION DES ÉTUDES MÉDICALES

M. Boutton, député, demande à M. le ministre de l'Instruction publique si, conformément aux promesses antérieurement faites, il entend saisir prochainement les Chambres d'un projet de loi autorisant les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie à faire passer le troisième examen de doctorat, devenu examen de fin d'année. (*Question du 10 juin 1920.*)

Réponse. — Les questions d'organisation des études médicales n'ont jamais été réglées par des lois. Le régime actuel a été établi par décret en 1911. Il a réservé les examens de troisième année aux facultés. Le ministre de l'Instruction publique n'a promis que d'examiner et de rechercher une solution. Comme la revision de la réforme de 1911 va être faite, la question posée sera examinée en même temps.

REVUE GÉNÉRALE

LE CANCER DU RECTUM

Par le Dr Ed. ANTOINE,
Interne des hôpitaux de Paris.

Après le cancer de l'estomac, celui du rectum est le plus fréquent des cancers des voies digestives. Le dépistage de cette affection dès le début est du plus grand intérêt.

Les causes d'erreur sont très fréquentes et bien souvent le début de cette affection peut passer inaperçu : soit que les symptômes prédominants égarent l'attention ; soit, le plus souvent, qu'un examen insuffisant et incomplet laisse échapper un cancer au début, qu'un toucher rectal et une proctosigmoïdoscopie auraient pu révéler.

Il est aujourd'hui classique de distinguer avec Quénu et Hartmann, 4 formes : le type anal, le type ampullaire, le type sus-ampullaire et le recto-sigmoïdien. Ce dernier, d'après Gant, serait assez fréquent puisque, à lui seul, il représente 35 p. 100 des cancers rectaux. Il faut y ajouter le *cancer total* du rectum, qui est en somme une forme mixte et qui intéresse la terminaison du gros intestin dans toute son étendue.

Etiologie. — La fréquence du cancer du rectum est d'environ 5 p. 100 des cancers en général, et 80 p. 100 des cancers de l'intestin (Mondor). Il se voit plus fréquemment chez l'homme, 60 p. 100 (Mondor), plus souvent aussi après 50 ans (53 ans, Kocher ; 54 ans, Hartmann ; 55 ans, Kuster). Cependant le cancer des jeunes n'est pas exceptionnel : 21 ans (Quénu et Hartmann), 23 ans (Mondor), 27 ans (Kocher), 18 ans (Gant), 19 ans (Bensaude).

Causes prédisposantes. — On a invoqué l'hérédité directe et les irritations rectales constituant les *états précancéreux*. Cette hérédité directe paraît d'ailleurs assez rare. Bien que, d'après Suter, elle soit de 14 p. 100, et d'après Stierlin (12,5 p. 100), elle ne serait que de 4 p. 100 (Hartmann), 3,75 p. 100 (Kraske, Kocher). Certaines irritations chroniques prolongées de l'anus et du rectum paraissent jouer un rôle assez important dans la production de ces cancers. Tour à tour, on a accusé les hémorroïdes, la constipation (Folkmann), le prolapsus ulcéré (Mauclaire), les ulcérations tuberculeuses, syphilitiques, les dysenteries (Bensaude). Mais on doit accorder aussi une très grande place aux *rectites* et à la *polypose adénomateuse* (Mondor). Rotter aurait vu, 6 fois sur 18, la dégénérescence cancéreuse survenir au cours de polypose ; Quénu et Landel l'auraient constaté 20 fois sur 42 cas, et Hauser 24 fois sur 50. La relation entre ces 2 affections (adénome et cancer du rectum) semble certaine, au même titre d'ailleurs qu'au niveau d'autres organes, tels que l'estomac. Ce serait même là, au dire de Ménétrier, « le nœud de la question pathogénique du cancer ».

Anatomie pathologique. — *a.* Siège. — Le cancer du rectum peut se développer à une hauteur variable suivant les cas : les cancers bas, ano-rectaux (23 p. 100), les cancers moyens, ampullaires (43 p. 100), les cancers hauts, sus-ampullaires, atteignant jusqu'au sigmoïde (12 p. 100) et le cancer total, dans lequel le rectum est envahi depuis l'anus jusqu'au sigmoïde (12 p. 100 des cas d'après Quénu et Hartmann). Les cancers ampullaires sont donc de beaucoup les plus fréquents ; et ils siégeraient d'après Mondor à 8cm2 environ de l'anus, d'après Curling à 7 cm. Ils débutent soit sur la face antérieure, soit sur la face postérieure, soit plus rarement sur les faces latérales du rectum. Ils se développent autant dans le sens transversal que dans le sens vertical.

b. Aspect. — Les anciens auteurs distinguaient : 1° une forme tubéreuse (tumeur végétante, siégeant le plus souvent au niveau de l'anus) ; 2° une forme lamelleuse (tumeur infiltrante, siégeant le plus souvent dans l'ampoule) ; 3° une forme annulaire, que le cancer recto-sigmoïdien revêt généralement. Quénu et Hartmann, reprenant la classification de Trélat, distinguent seulement une forme circonscrite et une forme diffuse.

Avec Bensaude, il nous semble logique de classer ces tumeurs d'après leur aspect interne, tel qu'on le voit au rectoscope ou qu'on le sent au toucher rectal, ces deux modes d'exploration se complétant d'ailleurs. C'est ainsi qu'on peut distinguer : 1° la forme *végétante* ou *ulcéro-végétante ;* 2° le cancer *ulcéré pur ;* 3° le *cancer infiltré*, primitif ou secondaire ; 4° le *cancer pédiculé ;* 5° il faudrait ajouter la *tumeur mélanique* qui serait une exception. Nous retrouverons la description de ces divers aspects cliniques à propos de la proctosigmoïdoscopie ; mais il va de soi que si ces aspects existent parfois à l'état typique, bien souvent ils se pénètrent et se confondent plus ou moins ; la tumeur pouvant être à la fois infiltrante et bourgeonnante, limitée ou circulaire, ulcérée ou non, à implantation plus ou moins large, pouvant aller jusqu'à réaliser une tumeur pédiculée ou même se prolabant au dehors : cancer prolabé (Villard, Lefort, Quénu et Hartmann, Mondor).

c. Etendue. — La tumeur fait une saillie plus ou moins volumineuse dans la lumière du rectum ; cette tumeur s'ulcère d'ailleurs plus ou moins rapidement. Plus rarement elle constitue une infiltration très étendue, en hauteur et en largeur (cancer massif), qui infiltre entièrement l'organe et le transforme en un véritable tube, épais, rigide, rappelant les rétrécissements étendus du type amibien (Antoine).

Les ulcérations sont très variables comme étendue ; en général, elles tendent à se développer en croissant, suivant en cela les vaisseaux lymphatiques.

Enfin signalons, d'après Quénu et Hartmann, l'existence de noyaux secondaires en face de la tumeur primitive, soit à son voisinage.

d. Modifications de l'intestin au-dessus. — Les tuniques musculaires sont tantôt épaissies, vigoureuses, hypertrophiées, tantôt flasques, œdématiées et friables. Dans la forme sténosante, l'étage intestinal au-dessus du cancer peut former une poche véritable, dilatée. Il ne serait pas rare non plus de constater sur la paroi du gros intestin et à une distance plus ou moins grande de la tumeur des ulcérations ou des perforations. Les ulcérations, beaucoup plus fréquentes qu'on ne le pense, seraient dues à l'action mécanique des matières qui stagnent (Kocher), ou à la pullulation microbienne (Chalier et Thomasset), ou encore à la distension de l'intestin (Nosai Shimodaira). Elles sont parfois si fréquentes que Letulle a pu les comparer à celles de la dysenterie.

EXTENSION LYMPHATIQUE. — Dans le *cancer ano-rectal*, la lymphangite cancéreuse se fait au niveau de la peau, sous la forme de traînées qui, glissant dans le pli génito-crural, aboutissent aux *ganglions inguinaux*. Si la tumeur est unilatérale, l'envahissement ganglionnaire peut être unilatéral, comme dans un cas d'Hartmann ; mais, en général, ils sont bilatéraux. Il est à noter également que l'envahissement des ganglions inguinaux peut être constaté au cours de cancers de l'ampoule (Kocher, Chalier, Villard, Mondor). Au niveau du creux ischio-rectal, l'extension cancéreuse se fait par la voie lymphatique ou par l'intermédiaire d'abcès de cette région.

Dans les *cancers de l'ampoule rectale*, il est classique de signaler l'envahissement des ganglions ano-rectaux (Gérota) et hémorroïdaux moyens, comme étant constant. « Enfin il existerait toujours un groupe de ganglions (2, 3, 4 ou plus) exactement au niveau de la bifurcation de l'artère hémorroïdale supérieure » (Mondor). Ces adénopathies peuvent être cancéreuses. Parfois, à la faveur d'infections secondaires surajoutées, il peut se développer des *adénopathies cancéro-inflammatoires*.

L'envahissement se fait au niveau de l'ampoule, non seulement en surface, mais aussi en profondeur. Chez la *femme*, le vagin, la cloison recto-vaginale sont rapidement envahis. Il en résulte le développement de fistules recto-vaginales. Chez l'*homme*, l'aponévrose prostato-péritonéale peut être perforée, et la prostate ainsi que la vessie sont envahies (fistule vésico-rectale). Les uretères sont parfois comprimés, ce qui provoque de l'anurie, de l'hydronéphrose. Le cul-de-sac de Douglas peut être envahi : brides inflammatoires, adhérences avec l'intestin à ce niveau.

En arrière, le cancer envahit le squelette : sacrum et coccyx.

EXTENSION A DISTANCE. — Après la dégénérescence plus ou moins complète du premier relai ganglionnaire, il peut se produire des adénopathies à distance. C'est ainsi que sont envahis les ganglions internes du groupe iliaque primitif. Les adénopathies lombaires, pré ou latéro-aortiques, ont été signalées fréquemment. On a pu aussi constater des *adénopathies lointaines :* axillaire gauche, sus-claviculaire gauche.

Enfin, la généralisation est rare au cours du cancer du rectum, on l'observe surtout au niveau du foie (Kocher), du péritoine (Chalier, Chaput, Antoine), du poumon (Chalier, Hartmann). Des localisations ont été exceptionnellement constatées au niveau de l'articulation sterno-costale (Chalier), du rein (Chalier), du pancréas (Cripps), du maxillaire inférieur (Chaput), du sternum (Kocher), de l'ovaire (Quénu), de la peau (Quénu), de l'ombilic (Quénu et Longuet, Hartmann et Gosset). D'ailleurs Quénu a attiré l'attention sur l'envahissement de la région ombilicale au cours des cancers du tube digestif. De même Lejars attache une grande importance à l'envahissement du ganglion sus-claviculaire, de l'ombilic et du cul-de-sac de Douglas dans les cancers abdominaux.

Histologie. — 1° L'ÉPITHÉLIOMA DE L'ANUS est un épithélioma *pavimenteux :* avec ses deux variétés classiques : l'épithélioma à globes cornés, qui est le plus fréquent, et l'épithélioma pavimenteux lobulé ou baso-cellulaire. Mais cet épithélioma pavimenteux n'est pas seulement l'apanage des cancers ano-rectaux et, d'après Quénu et Landel, on peut l'observer parfois au niveau de l'ampoule rectale : sous l'influence d'irritations prolongées, l'épithélium cylindrique a subi la transformation pavimenteuse.

2° L'ÉPITHÉLIOMA DU RECTUM proprement dit est presque toujours *cylindrique*. Développé aux dépens des glandes de Lieberkühn, il peut revêtir plusieurs aspects :

a. L'épithélioma cylindrique typique (Quénu et Landel), carcinome adénomateux de Hauser.

b. L'épithélioma cylindrique atypique (Quénu et Landel), carcinome solide de Hauser. On pourrait aussi décrire de nombreuses variétés : les carcinomes simple, médullaire, squirreux, gélatineux, colloïde. En réalité, ce qu'il faut surtout retenir, c'est que, dans l'adénome, les tubes glandulaires conservent des lumières nettes et un grand nombre de cellules mucipares d'après Quénu ; au contraire, le carcinome serait caractérisé par une multiplication très rapide des noyaux cellulaires, et par la destruction ds la membrane basilaire par les tubes glandulaires néoformés.

Nous rappellerons seulement l'existence des mélano-sarcomes, qui sont extrêmement rares.

Symptômes. — I. DÉBUT. — Le cancer du rectum est souvent d'un diagnostic bien difficile, soit que l'attention du médecin ne soit attirée pendant longtemps par aucun symptôme rectal, soit que ces symptômes soient tellement effacés et paraissent de prime abord de si peu d'importance qu'on ne fasse pas un examen complet du malade. En réalité, chaque fois qu'un malade présente un symptôme intestinal ou rectal, un trouble léger de la défécation, et à plus forte raison des hémorragies, on ne devra pas se contenter de poser le diagnostic d'hémorroïdes, qui vient immédiatement à l'esprit de tout médecin; mais on examinera complètement le malade et grâce au toucher rectal et à la rectoscopie on pourra dépister des lésions bien souvent au début; le pronostic dépend d'une intervention chirurgicale aussi précoce que possible.

1. Le début peut être *latent* : souvent chez un individu qui a conservé ses forces et son activité, il se développe lentement une tumeur qui reste méconnue tant qu'elle n'a pas diminué la lumière rectale et tant qu'elle ne s'est pas ulcérée. D'autres fois, le malade maigrit, éprouve de la fatigue, s'anémie; on redoute un cancer que l'on ne sait où localiser. De même qu'on recherche dans ces cas le cancer latent de l'estomac par la radioscopie, de même on devra systématiquement pratiquer un toucher rectal chez ces malades. Cette pratique est aujourd'hui exigée par certaines compagnies d'assurances.

2. D'autres fois le début est *aigu* : c'est surtout ce qui se passe au cours du cancer recto-sigmoïdien. Subitement, chez un individu jusque-là bien portant, il survient des signes d'occlusion intestinale subaiguë. A la vérité, en interrogeant le malade, on découvre bien qu'il présentait depuis quelque temps des périodes de constipation plus ou moins prolongée et suivie ou non de débâcles. Mais, en réalité, ces troubles étaient si peu accentués que le malade continuait à mener une vie régulière jusqu'au jour où survient une crise d'occlusion aiguë ou une crise d'anurie.

3. Enfin, et c'est le cas le plus fréquent, le début est *progressif :* la maladie s'installe peu à peu et à

bas bruit. Deux cas peuvent se présenter : tantôt il s'agit d'un individu qui est atteint de lésions recto-coliques anciennes, reconnues et soignées, telles que des hémorroïdes, de la rectite, un polype rectal, un adénome, etc., une dysenterie. Nous avons déjà suffisamment insisté sur l'importance de ces *états précancéreux* qui forment pour ainsi dire le lit au cancer. Forgue a insisté tout spécialement sur la valeur d'une poussée hémorroïdaire ou des phénomènes de rectite à propos desquels un examen attentif sera toujours pratiqué.

Tantôt, il s'agit d'un individu, jusque-là bien portant, chez lequel surviennent des troubles rectaux plus ou moins accentués. Le malade peut n'accuser que de vagues sensations anormales, gêne et pesanteur dans le bassin, au niveau de la région coccygienne, faux besoins, légères douleurs à la défécation. Même quand il y a des symptômes qui attirent l'attention sur le rectum, il s'en faut qu'on observe chez le même malade tous les symptômes du cancer : ténesme, épreintes, hémorragies, écoulements glaireux et douleurs. Dans certains cas tous ces symptômes peuvent être constatés, mais bien souvent c'est à une période avancée de la maladie. Il est plus exact de dire qu'un seul de ces symptômes peut attirer l'attention parfois au début et même d'une façon intermittente.

a. L'*évacuation de sang* par l'anus est bien souvent le premier symptôme qui inquiète le malade. Mondor attire l'attention sur certaines hémorragies dites précancéreuses (Quénu), qu'on pourrait comparer volontiers aux hémoptysies prétuberculeuses. Peut-être s'agirait-il là d'une congestion précoce de la muqueuse rectale, ou bien tout simplement de la présence d'hémorroïdes ou de polypes rectaux. Le plus souvent le sang provient de l'ulcération précoce de la tumeur.

Cette hémorragie rectale peut être spontanée ou provoquée, suivant qu'elle se produit à l'occasion ou non de la défécation.

D'importance variable, elle peut consister en de simples traînées sanguinolentes qui sont émises en même temps que les matières, ou bien elle peut atteindre la valeur d'une cuillerée à café et plus. Par son abondance l'hémorragie peut provoquer de violentes coliques et inviter à la garde-robe.

Il est classique de dire que dans le cas d'hémorroïdes le sang s'écoule après les matières, le malade arrosant en quelque sorte ses matières avec son sang. Dans le cancer rectal, le sang forme des traînées sanguinolentes autour des matières qu'il enduit en quelque sorte; ou bien le sang vient avant la garde-robe, qu'il faut soulever pour pouvoir apercevoir les glaires sanguinolentes. Cette « précession du sang » (Ockynczic) serait un signe très important de lésion sus-sphinctérienne, d'après Hartmann.

Le sang, s'il est évacué rapidement, est rouge. Mais s'il séjourne un certain temps dans le rectum, il forme une masse noirâtre demi-solide qui enrobe pour ainsi dire le boudin fécal d'une couche noire. Les matières ne sont donc pas uniformément noires, c'est un melæna circonférentiel, selon l'expression de J.-Ch. Roux.

Enfin, ces hémorragies peuvent être variables comme répétition. Si, parfois, elles peuvent se répéter fréquemment et amener même dans certains cas une anémie grave (Hartmann), bien souvent elles sont espacées au début, et ce symptôme précoce, se reproduisant à plusieurs mois d'intervalle, peut passer inaperçu et être rattaché d'autant plus facilement et à tort à des hémorroïdes (Quénu).

b. L'*écoulement de glaires et de mucosités* est souvent un signe précoce, et l'on doit attacher une grande importance à l'émission spontanée à l'occasion d'un vent la nuit ou le matin au réveil d'une quantité plus ou moins abondante de glaires, en dehors de toute matière. C'est ce qui explique qu'on a pu assez souvent prendre pour une entéro-colite un cancer du rectum au début. Il ne serait pas exceptionnel que des médecins de certaines stations thermales (Plombières, Châtel-Guyon, etc.) découvrent un cancer du rectum chez des malades envoyés pour soigner une entéro-colite.

c. Les *troubles de la défécation* sont très variables suivant le siège de la tumeur. Alors que le cancer de l'ampoule est longtemps bien toléré, du fait des dimensions de l'intestin à ce niveau, le cancer de l'anus donne rapidement lieu à de la constipation. De même le cancer recto-sigmoïdien, qui se développe en un point rétréci, véritable sphincter rectal supérieur, que James Gantlie propose d'appeler *pylore sigmoïdo-rectal*. Chez un individu dont les fonctions intestinales étaient jusque-là régulières, la constipation survenant brusquement doit inciter à examiner le rectum, et cela d'autant plus que cette constipation s'accompagne d'une perte de sang. D'autres fois, dès le début, il peut y avoir de la diarrhée vraie qui doit attirer l'attention, car elle résiste en général à tous les médicaments usuels employés. Cependant, pour Quénu, la diarrhée vraie du début serait un signe exceptionnel. Bien plus souvent, d'ailleurs, il s'agit de fausse diarrhée, véritable débâcle, qui fait suite à une période de constipation. Ces alternatives de diarrhée et de constipation devront provoquer un examen rectal qui dépistera bien souvent un cancer au début.

d. Les *douleurs* sont rarement un symptôme de début, sauf au cours des cancers de la région anale. Dans ce cas elle est continue ou intermittente, augmentée par la défécation, la station debout ou assise. Ce qui attirera plutôt l'attention dans les cancers plus haut placés, c'est le *ténesme,* la rétention, les efforts d'expulsion, les besoins fréquents d'expulser. D'autres fois ce sont des coliques abdominales, des petites crises d'obstruction qui attireront l'attention. En réalité, le ténesme est plutôt un symptôme relativement tardif, comme le fait remarquer Roux, car il est dû, dans ces cas, au besoin d'expulser le corps étranger que constitue le néoplasme.

II. Période d'état. — Mais il n'est pas rare que tous ces symptômes aient passé inaperçus, le malade n'ayant pas consulté de médecin pour des troubles légers, ou bien le médecin ayant négligé de pratiquer le toucher rectal à cette période. On se trouve alors d'emblée en présence d'un malade atteint d'une tumeur constituée et déjà bien développée.

A ce moment, ce sont encore les mêmes symptômes qu'à la période de début, mais ils se sont complétés, se sont aggravés même et réalisent un véritable syndrome caractéristique : hémorragies, évacuations de glaires et de pus, troubles marqués de la défécation, douleurs locales plus ou moins intenses. Nous ne reviendrons sur la description de ces symptômes que pour en montrer l'accentuation.

1° *Sang, glaires et pus.* — Les évacuations de glaires et de sang sont constantes ; tantôt elles accompagnent l'évacuation de matières, tantôt elles se

produisent en dehors d'elles, revêtant alors le syndrome dysentérique. Le linge du malade est fréquemment souillé de taches séro ou muco-sanguinolentes. La *suppuration* se surajoute quand l'ulcération se creuse et qu'une rectite purulente s'établit. Mais, caractère d'une importance capitale, ces déjections sanguinolentes et purulentes présentent une *odeur extrêmement fétide* provenant du sphacèle des tissus bourgeonnants ou ulcérés. Nous avons fait remarquer ailleurs (1) que les évacuations semblables qui sont le symptôme constant des recto-colites hémorragico-purulentes infectieuses ne présentent aucune odeur, ce qui doit être à notre avis considéré comme un signe de très grande valeur pour les différencier du cancer. Le sillon interfessier et le pourtour de l'anus est alors le siège d'éruptions érythémateuses et d'érosions même.

2° *Troubles de la défécation.* — Ils sont ici au maximum, consistant surtout en constipation; le néoplasme rectal, auquel se surajoute du spasme, oblitère plus ou moins le rectum, les matières s'accumulent au-dessus et ne sont alors évacuées que par des débâcles successives. C'est dans ces cas qu'il n'est pas rare de se trouver en présence d'une *diarrhée chronique*: il s'agit, à la vérité, d'une fausse diarrhée, c'est-à-dire constituée par des matières dures et concrétées en véritables scybales qui nagent dans un liquide brun sale très liquide et fétide. Un examen plus attentif montre aussi du mucus avec des taches de pus et de sang. Au lieu de ces alternatives de constipation et de débâcles diarrhéiques, il peut y avoir parfois de la diarrhée continue et quotidienne. Elle est alors persistante, opiniâtre et rebelle à tous les traitements usuels : dermatol, opium, bismuth, etc., qui ne font d'ailleurs qu'augmenter la constipation et par suite la diarrhée consécutive. Ce serait là pour Boas, Ewald, un signe important. Le mécanisme de cette diarrhée est diversement interprété : alors que pour Chalier elle relèverait d'une colite ulcéreuse sus-jacente, pour Quénu il s'agirait souvent de diarrhée réflexe chez des malades nerveux. Pour de Bovis, c'est une sorte de diarrhée par regorgement et irritation colique secondaire. Enfin, Hartmann la rattache aussi à une inflammation de la muqueuse colique au-dessus du cancer. Nous avons vu, en effet, combien l'on trouvait fréquemment à ce niveau des lésions graves et même des ulcérations étendues. Un fait remarquable, c'est l'influence de l'intervention chirurgicale : l'établissement d'un anus iliaque fait disparaître en quelques jours la diarrhée.

Enfin, il est classique de signaler que les matières fécales peuvent être plus ou moins déformées dans certains cas : elles sont rondes, en boules, en olives, ou bien parfois filiformes. Mais, d'après Cramer, Mondor, cette déformation est vraiment rare.

L'examen des matières ne donne, au *point de vue chimique ou bactériologique*, aucun renseignement certain : la présence de sang, en hémorragies occultes, n'est pas un signe absolu de cancer, et la recherche des cellules cancéreuses ne donne qu'exceptionnellement des résultats positifs.

3° *Douleurs.* — La douleur est un symptôme variable, elle n'est pas extrêmement vive quand elle est liée à la tumeur elle-même, c'est-à-dire au développement d'une masse, qui constitue une sorte de corps étranger de l'intestin. La sensation de pesanteur, de gêne indéfinissable, qui s'accompagne de ténesme, est d'après les données classiques exagérée dans la position debout, mais surtout dans la position assise. D'autres fois, les douleurs sont très violentes, intolérables même, s'exagérant pendant la marche, la défécation, s'accompagnant d'irradiations vers la vessie, le sacrum, les membres inférieurs. Il s'agit, dans ces derniers cas, d'une infiltration néoplasique plus ou moins étendue, ayant envahi les organes du petit bassin ou le plexus sacré.

En résumé, à la période d'état, le cancer du rectum présente toujours un des symptômes prédominants : hémorragies, constipation ou douleurs. Il est à remarquer, comme le fait Mondor, que le cancer anal est plus particulièrement douloureux, le cancer ampullaire hémorragique et le cancer recto-sigmoïdien sténosant.

4° *Signes généraux.* — Bien toléré pendant de longs mois, le cancer du rectum s'accompagne, à la période d'état, de symptômes rapidement graves qui marquent le degré du retentissement sur l'état général.

L'anorexie, souvent tardive, la dyspepsie, l'amaigrissement [15 kg., 20 kg. en 2 mois (Mondor)], l'anémie, la cachexie, l'émaciation relèvent, tant de la maladie cancéreuse que de l'obstruction chronique. L'irritation de la surface cancéreuse par les matières dures, l'ulcération cancéreuse, la résorption de produits toxiques contribuent à la production de l'amaigrissement, de l'anémie et de la cachexie famélique (Hartmann). Nous signalerons encore que les urines contiennent souvent beaucoup d'indican (constipation et fausse diarrhée); le sang peut montrer une leucocytose accentuée (12.000 à 15.000). La recherche du pouvoir antitryptique du sérum, des hémolysines, de l'état de la résistance globulaire n'offre dans l'espèce aucun intérêt pour le diagnostic.

Evolution. — La période terminale est bien souvent lamentable; l'établissement d'un anus iliaque permet à ces malades de se remonter pour un temps. La digestion redevient normale, ils reprennent du poids et se croient guéris. Mais dans les mois qui suivent, la tumeur néoplasique s'étend localement et à distance, amenant ainsi la production de toute une série de complications qui rendent la fin de ces malades véritablement lamentable. La durée moyenne serait de 18 mois pour les classiques. Il semble qu'elle soit en réalité plus longue, car le début de l'affection reste inaperçue pendant plus ou moins longtemps.

Complications. — 1° *Locales :* à côté de l'*obstruction intestinale, chronique,* avec contractures douloureuses, météorisme sur laquelle nous avons déjà attiré l'attention, il peut se produire une *crise d'occlusion intestinale aiguë* : le cancer recto-sigmoïdien est le plus sténosant, du fait de son envahissement circulaire et du fait d'accidents surajoutés : œdème et congestion de la muqueuse, invagination de la tumeur, spasme surajouté, etc. C'est bien souvent le 1er symptôme d'un cancer passé jusque-là inaperçu.

2° De *voisinage :* l'envahissement des tissus péri-rectaux par les traînées cancéreuses; et aussi par l'infection secondaire surajoutée (dont la plaie rectale est la porte d'entrée), peut amener la production

(1) Ed. ANTOINE. Quelques formes cliniques des recto-coliques émorragiques et purulentes, *Gaz. des hôpit.*, 1919, n° 49, p. 769.

d'abcès péri-ano-rectaux, abcès de la marge de l'anus, abcès rétro-rectaux et de la fosse ischio-rectale avec formation de fistules et cancérisation secondaire. Ces abcès sont dus soit à la perforation du rectum par les ulcérations cancéreuses, soit à la lymphangite suppurée (Delbet). Chalier a signalé la possibilité d'une véritable périrectite suppurée.

3° *A distance* : relevant de la même pathogénie, ces complications consistent en phlegmatia, bronchopneumonie, tuberculose pulmonaire, pleurésie, abcès du foie, péritonite, état septicémique, etc.

Envahissement. — 1° *De voisinage* : l'envahissement cancéreux de proche en proche est surtout à redouter. En arrière, le cancer de l'ampoule envahit l'espace rétro-rectal, les ganglions hémorroïdaux, le sacrum et le coccyx, les racines des plexus sacrés (d'où sciatique bilatérale). En avant, les lésions varient; chez la femme : la cloison recto-vaginale est infiltrée rapidement; il se forme des abcès qui perforent le vagin, d'où l'établissement de fistules recto-vaginales. Les matières fécales, du pus, du sang, s'évacuent par la vulve.

Chez l'homme, le cancer envahit surtout le cul-de-sac de Douglas, la face postérieure de la vessie, la prostate. Des fistules vésico-rectales s'établissent avec écoulement d'urine par le rectum et l'anus. L'infection des voies urinaires (cystite, pyélo-néphrite) est très fréquente.

L'envahissement du cul-de-sac de Douglas peut provoquer de la péritonite circonscrite, avec agglutination d'anses intestinales à ce niveau. Il peut y avoir de la *carcinose généralisée*. Les uretères peuvent être comprimés, envahis même; d'où la constitution d'hydronéphrose et même d'urémie lente. L'anurie peut survenir (Papin). Cette association d'urémie lente, de stercorémie et de cachexie cancéreuse est d'ailleurs tout à fait spéciale au cancer du rectum.

2° *A distance* : à côté de l'envahissement de la région ombilicale (Lejars), on doit rappeler les adénopathies sus-claviculaires, axillaires, etc., l'envahissement du foie, du poumon, de la plèvre, etc. (voir anatomie pathologique). *(A suivre.)*

AMAUROSE

SUIVIE D'HÉMIANOPSIE TRANSITOIRE

AU COURS D'UNE NÉPHRITE AIGUE

ROLE DE L'ŒDÈME CÉRÉBRAL

Par A. LEMIERRE.

L'existence de troubles visuels au cours des néphrites a été d'emblée signalée par Richard Bright. Depuis cet auteur on a vu que ces accidents, loin d'être univoques, présentent, suivant les cas, des physionomies cliniques différentes, répondant à des lésions différentes de l'appareil visuel et qu'ils varient dans leur évolution. Plus récemment, le profr Widal et ses collaborateurs ont montré que ces diversités d'aspect sont dues à des diversités de facteurs pathogéniques, et que, tout au moins, la chlorurémie et l'azotémie intéressent, chacune à sa manière, le sens de la vision. Actuellement même le seul examen de l'œil, au cours d'une néphrite, permet parfois de dire à coup sûr si telle ou telle variété d'insuffisance rénale est en cause. L'observation suivante en est un exemple.

Le sapeur du génie L... (Jean), âgé de 29 ans, sans antécédents spéciaux, présente, le 30 octobre 1917, une angine qui s'atténue en 2 jours sous l'influence du repos et des gargarismes; il reprend son service; mais, le 3 novembre, il doit se faire porter de nouveau malade en raison d'une reprise de l'angine.

Le 7 novembre, il est pris de céphalalgie, d'inappétence, de l'œdème apparaît aux membres inférieurs, aux bourses, à la paroi abdominale. Pendant 8 jours L... est traité à son corps par le repos et la diète lactée; une légère amélioration se produit lorsque, dans la nuit du 15 au 16 novembre, L... est pris brusquement d'une céphalée intense, de vomissements et devient subitement aveugle.

Le *16 novembre*, au matin, il est apporté dans notre service à l'H. O. E. de M... Dès son entrée il présente une crise d'éclampsie et nous lui faisons sur-le-champ une saignée de 600 cmc.

A ce moment, L... est plongé dans une torpeur profonde. La face est pâle et fortement œdématiée. Les paupières supérieures sont bouffies. On constate également de l'œdème, mais peu accentué aux jambes, aux dos des pieds et à la face interne des cuisses.

Le cœur est de volume normal; les bruits sont assourdis, la tension artérielle est de : maxima, 22; minima, 9. L'examen des poumons est négatif.

On prescrit un lavement purgatif.

Dans la soirée du 16 novembre, L..., bien que très abattu encore, est sorti du coma et peut raconter son histoire. Il est à ce moment complètement aveugle et ne perçoit même pas la lueur d'un foyer électrique approché de sa face. Les yeux ne clignent pas lorsqu'on passe rapidement un objet devant eux. Pourtant les *pupilles*, moyennement dilatées, réagissent *très nettement à la lumière*.

L'examen ophtalmoscopique ne montre aucune lésion du fond de l'œil.

L... se plaint de souffrir vivement de la tête et particulièrement du côté gauche.

Température : 38°9. Pouls : 90.

Diète hydrique. Ventouses scarifiées sur les reins.

Le *17 novembre*. Température : matin, 38°8; soir, 38°.

La céphalalgie a diminué. La face reste bouffie. L'œdème des membres inférieurs n'a pas varié. La vue s'est améliorée. Le *malade distingue* nettement et peut compter les doigts qu'on lui présente.

Le malade n'a rendu que 150 cmc. d'urine en 24 heures; albumine, 0g50 par litre.

Le diabète est inappétent. La diète hydrique est continue.

Le dosage de l'urée dans le sang de la saignée donne Ur = 1g35 par litre.

Le *18 novembre*. Température : matin, 37°3; soir, 37°8.

Le malade se plaint d'une douleur très intense du côté gauche de la tête. Il tient sa main sans cesse en contact avec cette région.

On constate très nettement que le malade ne distingue aucun objet *dans le champ visuel du côté droit*; le déplacement rapide d'un objet à portée de l'œil de ce côté ne provoque aucun clignement. Le champ visuel gauche est intact. L'examen ophtalmoscopique ne montre aucune lésion du fond de l'œil.

Urine des 24 heures : 300 cmc. Diète hydrique.

Le *19 novembre*. Température, 37°. Face moins bouffie.

La vision est absolument normale des deux côtés. La céphalée a disparu.

Tension artérielle : maxima, 21; minima, 9.

Urine : 1.100 cmc. Plus d'albumine.

Continuation de la diète hydrique.

Dès le lendemain la quantité d'urine monte à 3l500, puis se maintient entre 3l500 et 4 litres. Les œdèmes disparaissent peu à peu.

Le 21 novembre on cesse la diète hydrique et on commence le régime lacté.

Le 22 novembre. Tension artérielle : maxima, 18; minima, 8.

Le 28 novembre un nouveau dosage de l'urée du sang donne 0g36 par litre.

A ce moment le malade ne présente plus aucun trouble d'aucune nature. Les urines sont normales. Il a de l'appétit. On l'évacue sur l'intérieur quelques jours plus tard.

Il s'agit en résumé d'un homme qui fut atteint, consécutivement à une angine, d'une néphrite aiguë se traduisant par des œdèmes surtout marqués à la face, par une oligurie extrême, par des vomissements, par de l'éclampsie, par de la torpeur et par une amaurose absolue pendant 24 heures, suivie d'une hémianopsie homonyme droite transitoire. Cet ensemble symptomatique, brutal dans son apparition, céda dès le quatrième jour en même temps que s'installait une polyurie abondante.

La cécité dont a été frappé ce malade rentre dans le cadre des cécités dites « corticales », classiques dans les poussées aiguës de néphrites. Nous en avons eu la preuve dans l'intégrité absolue du fond de l'œil, et d'une façon plus précise encore, dans la persistance du réflexe lumineux indiquant une altération des voies optiques en arrière des noyaux du mésencéphale ou de l'écorce cérébrale elle-même, sinon des deux simultanément.

Enfin la transformation de l'amaurose totale en hémianopsie homonyme droite, très fugitive d'ailleurs, est également un argument en faveur de l'origine cérébrale des troubles visuels, et de la localisation que nous venons d'indiquer.

Un examen plus approfondi des faits nous permet d'arriver à des précisions plus grandes encore : non seulement nous sommes à même de diagnostiquer, chez notre malade, le siège des lésions qui ont conditionné l'amaurose, mais nous pouvons dire avec la plus grande vraisemblance quelle a été la nature de ces lésions et quelle sorte de rétention rénale en a été la cause première.

Le dosage de l'urée du sang prélevé au moment où les accidents présentaient leur maximum d'acuité a donné 1g35 pour 1.000; dix jours plus tard, le taux de l'urée sanguine était retombé à 0g36. Cette poussée d'azotémie, bien explicable chez ce malade presque anurique, n'a joué à notre avis aucun rôle dans la genèse des troubles oculaires; nous savons depuis les travaux du profr Widal, de Morax, d'André Weill et de Rochon-Duvignaud que l'azotémie est la cause de la rétinité albuminurique; et nous sommes certain que, chez notre malade, il n'existait pas de lésions rétiniennes.

Les troubles visuels qu'il a présentés ont été en réalité de même nature que les autres accidents survenus en même temps et relèvent, comme ces derniers, de la rétention chlorurée : à celle-ci se rattachent, de toute évidence, les œdèmes, la céphalalgie, la torpeur et les crises d'éclampsie. Nous avons, en 1903, relaté, avec le profr Widal (1), l'histoire d'un homme atteint de néphrite, avec imperméabilité du rein pour les chlorures, chez lequel l'ingestion de sel entraînait, en même temps qu'un énorme œdème de la face, une céphalalgie atroce, des accès éclamptiques subintrants et du coma.

Chez le malade dont nous rapportons aujourd'hui l'observation nous avons relevé la même prédominance de l'œdème à la face et les mêmes accidents nerveux. Ceux-ci se sont évanouis en même temps que s'effaçait la bouffissure du visage et, sans que nous ayons fait de dosage de chlorures dans les urines, nous pouvons affirmer que la crise polyurique, qui a marqué l'amélioration générale, s'est accompagnée d'une débâcle polychlorurique. L'amaurose puis l'hémianopsie ont été si exactement contemporains de l'œdème et des autres troubles qu'il est difficile de les considérer, elles aussi, comme autre chose que comme une manifestation de la chlorurémie.

Le profr Widal a publié en 1910 avec M. Vaucher (1) un cas très analogue au nôtre : consécutivement à une angine était survenue, chez un jeune homme, une néphrite aiguë caractérisée dès son début par un gros œdème de la face, de la céphalalgie et une amaurose presque complète : l'examen du fond de l'œil ne montrait que de la dilatation des veines rétiniennes sans œdème de la papille. Il s'agissait, en la circonstance, de chlorurémie absolument pure ; le taux de l'urée sanguine ne dépassait pas 0g33. Les auteurs, rappelant la conception ancienne de Traubé, n'ont pas hésité à attribuer dans ce cas les troubles visuels à l'œdème cérébral avec hypertension probable du liquide céphalo-rachidien.

L'observation que nous rapportons aujourd'hui concorde pleinement avec cette opinion, et nous pensons que, chez notre sujet, l'amaurose était fonction d'un œdème cérébral ayant, sur les voies optiques, la localisation que nous avons indiquée plus haut. Cet œdème a rétrocédé d'abord dans l'hémisphère droit, d'où la persistance de la seule hémianopsie homonyme droite. Sans vouloir attacher une importance définitive à ce symptôme nous tenons à faire remarquer qu'à ce moment notre sujet a souffert d'une céphalalgie hémicranienne très intense du côté gauche, c'est-à-dire du côté correspondant au siège de l'œdème cérébral persistant.

Malgré la brutalité de leur début, malgré leur intensité et leur gravité apparente, les accidents oculaires présentés par notre malade ont été d'une fugacité remarquable. A l'entrée de cet homme à l'hôpital, la cécité était si absolue qu'il ne percevait même pas la lueur d'une lampe électrique approchée de son visage : 3 jours plus tard la vision était absolument normale. Il ne subsistait rien du syndrome si inquiétant qui avait marqué le début de la néphrite.

Ceci concorde entièrement avec ce que nous savons du pronostic des accidents chlorurémiques. Avec juste raison, le profr Widal a opposé la bénignité des symptômes visuels d'ordre chlorurémique à la gravité de la rétinite azotémique habituellement beaucoup moins dramatique dans son apparition, beaucoup plus insidieuse, mais qui mène sûrement à la cécité incurable en même temps qu'elle est pour l'existence d'un pronostic si redoutable.

C'est pourquoi il n'y a pas à s'effrayer outre mesure, au début d'une néphrite aiguë ou pendant une poussée aiguë, au cours d'une néphrite chronique, du syndrome constitué par un gros œdème de la face, la céphalalgie, l'éclampsie, l'amaurose brutale et complète avec conservation du réflexe lumineux. Il y a toutes les chances pour que, en pareil cas, l'examen du fond de l'œil montre l'intégrité de la rétine. Si la polyurie libératrice ne se fait pas trop attendre et si une azotémie rapidement croissante ne vient pas compliquer la situation, non seulement on verra les œdèmes s'effondrer, la céphalalgie et

(1) F. Widal et A. Lemierre. Pathogénie de certains œdèmes brightiques. Action du chlorure de sodium ingéré. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1903, p. 678, séance du 12 fév.

(1) F. Widal et Vaucher. Amaurose subite au cours d'une néphrite aiguë avec œdème sans azotémie. Stase veineuse péripapillaire. Etat rosé de la papille. Guérison rapide. Rôle de l'œdème cérébral. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 15 avril 1910.

l'éclampsie cesser rapidement, mais encore le sujet récupérera une vision absolument normale avec une promptitude remarquable. Il ne s'agit là que de chlorurémie et la chlorurémie est, somme toute, la conséquence habituellement la moins grave de l'insuffisance rénale.

Ajoutons que pourtant l'amaurose provoquée par l'œdème cérébral peut se surajouter à des lésions de rétinite azotémique anciennes ou récentes. Chaque ordre de symptômes conserve alors son pronostic et le degré de récupération de la vision, après la disparition du syndrome chlorurémique, sera conditionné par le siège et l'étendue des altérations rétiniennes.

Si les symptômes ont par eux-mêmes une tendance à évoluer favorablement, une thérapeutique judicieuse peut aider à cette évolution. La large saignée de 500 à 600 cmc. pratiquée dès le début est formellement indiquée et l'on en complète l'action par l'application de ventouses scarifiées sur la région lombaire. L'administration d'un purgatif drastique ou d'un lavement purgatif permet de soustraire à l'organisme par voie intestinale une certaine quantité de chlorures. La diète hydrique avec adjonction de sucre ou de lactose, poursuivie jusqu'à ce que la crise polyurique soit nettement installée, est absolument nécessaire.

Le plus souvent il ne sert à rien d'en faire davantage, et, du reste, si ces moyens simples ne réussissent pas le pronostic devient singulièrement plus sévère et il est à craindre que les thérapeutiques plus actives fondées sur l'usage des diurétiques déchlorurants ou des injections de sérum glucosé restent elles-mêmes inefficaces. Nous n'avons pas eu chez notre malade à recourir à ces derniers procédés et nous sommes persuadés qu'il en sera ainsi toutes les fois que des accidents chlorurémiques seront seuls en cause, même s'ils présentent l'intensité et la gravité apparente de ceux que nous venons de décrire.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 14 JUIN 1920)

Sur la séparation des protéines du sérum. — MM. PIETTRE et A. VILA.

Action de la chloropicrine sur quelques fermentations bactériennes. — M. Gabriel BERTRAND et Mme ROSENBLATT. Les expériences des auteurs montrent que la chloropicrine exerce une forte action toxique sur toutes les cellules vivantes et qu'elle est comparable, dans certains cas, aux antiseptiques les plus puissants.

Variations des matières grasses du bacille tuberculeux cultivé sur milieux définis en présence de terres du groupe cérique. — M. Albert FROUIN.

Suractivité trophique, cellule géante et cancer. — M. F. LADREYT. La cellule intestinale présente, pendant son évolution, une dédifférenciation physiologique réversible ; dans certains cas, cette dédifférenciation est en quelque sorte *dégradée* en ce sens que la cellule est impuissante, après une première transformation, à récupérer sa forme primitive (cellules géantes *normales* de l'intestin). Parmi les cellules géantes, les unes (cellules géantes involutives) fonctionnent comme trophocytes, les autres (cellules géantes néoplasmogènes) prolifèrent dans le chorion et peuvent dégénérer sur place (tumeur bénigne) ou donner naissance à des cellules atypiques dont la sécrétion dissout les albumines de l'organisme (*cancer*). La cellule cancéreuse n'est pas un élément embryonnaire sommeillant au sein des tissus et dont la potentialité évolutive est brusquement réveillée, mais une cellule dédifférenciée dont l'évolution est fonction des réactions conjonctives quelle suscite.

Lésions cutanées déterminées par certains composés vésicants. — MM. FAURÉ-FRÉMIET, GUIEYSSE, MAGNE et A. MAYER. L'action des composés vésicants est nettement distincte de celle des caustiques escarrotiques qui entraînent une destruction énergique des tissus ; elle se traduit par des phénomènes congestifs souvent accompagnés d'œdème comme en produisent fréquemment les caustiques corrosifs ; mais les altérations épidermiques conduisant à la formation des vésicules acantholytiques rappellent souvent les lésions dues à certains corps utilisés en thérapeutique (cantharide, par exemple) ; les cellules épineuses semblent cependant plus gravement atteintes, car on ne rencontre jamais de figures de division dans les régions épidermiques lésées.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 22 JUIN 1920)

Les instituts d'hygiène. — M. BERNARD lit le rapport de la Commission nommée dans l'une des dernières séances. La Commission, dit-il, a tenu à masquer la situation précaire des installations universitaires, préjudiciable à l'enseignement comme au prestige du pays. La distinction a été adoptée des établissements d'enseignement et des instituts de recherches, tout en concédant que les maîtres de l'enseignement pourront s'adonner à ces recherches et que les savants sont amenés à enseigner le fruit de leurs recherches.

La Commission estime que les établissements d'enseignement doivent être rattachés aux facultés de médecine. Elle estime qu'il y a lieu pour le gouvernement de créer des instituts spécialisés de culture des sciences médicales et que le plus urgent d'entre eux est l'institut d'hygiène.

M. DELORME fait une critique très serrée et très documentée du projet de la Commission qui entraînerait pour Paris seul une dépense de 700.000 fr. et une augmentation considérable du personnel et du matériel. Que deviendront les autres facultés de France ? Il y a là une tendance à la centralisation, alors que Brouardel, d'accord avec un ministre de l'Instruction publique, visait, au contraire, la décentralisation. Cette décentralisation paraît à M. Delorme d'autant plus nécessaire que chaque région présente des caractères particuliers. Lille, Nancy, Strasbourg, Lyon, Bordeaux ont leur physionomie propre. Les questions d'hygiène industrielle y sont différentes. Il y a aussi l'hygiène navale, il y a l'hygiène coloniale. Est-il sage de centraliser toutes ces variétés d'hygiène entre les mains d'un seul directeur à Paris. Ce serait peut-être bien le cas de dire : Qui trop embrasse mal étreint. A côté de l'hygiène nationale il y a l'hygiène régionale. Il y aurait donc tout intérêt à décentraliser plutôt qu'à centraliser.

Abordant ensuite l'histoire de l'hygiène dans l'armée, M. Delorme éprouve une certaine fierté à rappeler l'œuvre des médecins militaires, et l'enseignement du Val-de-Grâce. Il rappelle l'œuvre de Michel Lévy, de Vallin, Laveran, Richard, Lemoine, Pouget, Morache, Arnould, Lacassagne, Dopter. Il arrive ensuite au rôle des médecins du Bureau d'hygiène, des directeurs du Service de santé et, on peut le dire, à l'excellente organisation de l'hygiène dans l'armée au cours de cette dernière guerre. M. Delorme ajoute que le ministre de la Santé publique pourrait à bon droit s'en inspirer. Il n'oublie pas la précieuse collaboration des médecins de complément auxquels il rend également justice.

M. le président LAVERAN remercie M. Delorme de l'éloge qu'il a fait de l'enseignement de l'hygiène et de l'épidémiologie au Val-de-Grâce.

La discussion se poursuivra dans la prochaine séance.

— Au début de la séance, M. DE LAPERSONNE a fait un rapport sur un travail de M. Franckel intitulé l'**irido-dialyse par contusion oculaire**.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 29 MAI 1920)

Libération mécanique des granulations libres du sang. — M. E. PEYRE. Pour lire et numérer les granulations libres rencontrées dans le sang à l'examen ultramicroscopique, il faut tenir compte des libérations mécaniques de ces granulations produites par un simple frottement de la lamelle sur la lame.

On n'observe ni altérations cellulaires appréciables, ni apparition de vibrations intraprotoplasmiques nouvelles.

Ainsi l'examen direct morphologique ne permet donc pas à lui seul de faire un partage entre les « hémokonies » de Muller et ces granulations ainsi libérées, et d'affirmer leur identité.

Etude histochimique de la formation de la mélanine chez les crustacés. — M. J. VERNE s'est efforcé de trouver une méthode qui permette de suivre chimiquement la transformation que l'on constate histologiquement des cellules pigmentaires bistre en mélanophores. Après avoir établi que le pigment contenu dans les premières, qu'il désignera désormais du nom d'amino-acidophores, est un complexe de corps à fonctions amino-acides, surtout de polypeptides à chaîne courte puisque abiurétiques, il étudie par le procédé du formol de Schiff les variations de la richesse en azote aminé dans les différentes régions de l'hypoderme. Là où la mélanine se forme le taux d'azote aminé tombe et varie suivant l'abondance de la mélanine, l'azote total reste constant. La notion des amino-acidophores nouvelle dans l'histologie du pigment montre la réalisation chez l'animal vivant des théories émises sur la mélanogénèse et basées seulement sur des expériences in vitro.

Les variations de la teneur du sang en azote uréique, azote total et azote résiduel chez les urémiques. — MM. GRUAT et F. RATHERY L'azote résiduel est ordinairement élevé chez le néphrétique azotémique ; il n'y a pas proportionnalité nécessaire entre le chiffre de l'urée sanguine et celui de l'azote résiduel.

Les grosses élévations de l'azote résiduel sont toujours et de pronostic immédiatement grave ; pour les valeurs moyennes le chiffre de l'azote résiduel est insuffisant à lui seul pour établir le pronostic ; à côté du facteur quantité, il faut certainement faire jouer un rôle au facteur qualité.

Préférences alimentaires chez la poule. — M. LAPICQUE montre une poule qui, aux graines, préfère certaines algues desséchées, et, parmi ces algues, choisit toujours, en premier lieu, les plus riches en hydrates de carbone. Expériences

d'autant plus curieuses que l'homme ne perçoit aucune différence de sensation entre ces diverses algues, et que, d'après les notions classiques, les gallinacés ne possèdent pas de papilles gustatives.

M. Ch. RICHET. Les algues en question différant de couleurs, on peut se demander si la poule n'a pas pris l'habitude d'absorber un aliment de couleur donnée. De nombreuses expériences établissent, en effet, chez les vertébrés, l'existence d'une certaine mémoire des couleurs.

Polyurie expérimentale permanente (diabète insipide). — MM. Jean CAMUS et G. ROUSSY out repris les recherches expérimentales sur le diabète insipide dont ils avaient donné les premiers résultats en 1914. De ces recherches, il résulte que ce n'est ni la lésion, ni l'ablation de l'hypophyse qui détermine la polyurie dite hypophysaire, mais la lésion superficielle de la base du cerveau faite dans l'espace opto-pédonculaire. Cette zone paraît faire partie d'un mécanisme régulateur de la teneur en eau de l'organisme.

Dans leurs premières recherches, MM. Jean Camus et G. Roussy n'avaient obtenu que des polyuries généralement passagères. Ils ont, depuis, chez 2 animaux, réalisé un véritable diabète insipide permanent qui a débuté en novembre 1919 et dure encore. Le taux des urines pour une chienne de 5k500 est passé de 200 cmc. par jour à 2 et 3 litres et a atteint 3.600 cmc. Cette chienne a augmenté de poids et a atteint 9 kilog.

Chez un autre chien le taux de l'urine est passé de 300 cmc. par jour à 4 litres, 5 litres et même 8 litres avec une moyenne de 4 litres. Ce chien, qui n'était pas adulte au moment de l'intervention, est passé du poids de 14k500 à 26 kilog.

Présence de spermatozoïdes dans les testicules des vieillards. — M. LECÈNE. Dans les testicules, enlevés chirurgicalement, et appartenant à des vieillards, on trouve souvent des spermatozoïdes.

(SÉANCE DU 5 JUIN 1920)

Perte de la fonction caractéristique des tissus cultivés. — M. CHAMPY. La différenciation observée dans la culture de tissus a-t-elle pour corollaire une perte de la fonction caractéristique du tissu? La prostate qui renferme un ferment extrêmement actif étudié par Gley m'a permis de montrer que ce ferment disparaît rapidement dans la culture lorsque l'épithélium végète activement, mais sans garder sa différenciation caractéristique. Au contraire, ce ferment se conserve dans la condition où les cellules ne peuvent ni vivre ni se multiplier.

L'absence de lipase dans le sang non extravasé. — MM. BUSQUET et VISCHNIDE. Les travaux parus jusqu'à ce jour sur la question se rapportent à du sang extravasé, et ne permettent aucune conclusion ferme relativement à la présence du ferment dans le sang circulant. Nous avons mis, dans des conditions aseptiques, de l'huile en présence du sang séquestré dans les cavités cardiaques du chien. En nous plaçant dans des conditions favorables à l'action fermentaire, nous n'avons obtenu aucune saponification du corps gras. Elle se produit, au contraire, si l'on ajoute à la préparation une trace de lipase pancréatique. La lipase n'existe donc pas dans le sang circulant.

Formation du pigment. — M. PRENANT.

Influence de la température sur la force musculaire des athlètes. — M. BOIGEY.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Samedi 26 juin. — Jury : MM. Achard, président ; Teissier, Carnet et Nobécourt. — M. ROUSSE (Emile). Médecine et sciences. — M. CARTIER (Jacques). Contribution à l'étude de la médication iodique. — M. FAURE (René). Encéphalite léthargique. — M. QUANTIN (Bernard). Absorption des sucres chez le nourrisson. — M. JENOT (Marcel). De l'érysipèle au cours de la scarlatine. — M. CAMOUS (André). Contribution à la thérapeutique de l'érysipèle.

Jury : MM. de Lapersonne, président ; Lejars, Faure et Duval. — M. PENOT (Victor). Un procédé de traitement des pieds bots. — M. PROUST (Louis). Considérations sur l'existence et la nature de la réaction méningée. — M. DESPRETS (Henri). Essais sur les brûlures oculaires par agents chimiques. — M. TORANZO (Albert). Quelques détails sur les traitements du cancer du col utérin. — M. BRETÉGNIER (Raymond). Contribution à l'étude de la technique de l'hystéro-colpectomie. — M. DAVALOS (Alejandro). De la voie sus-pubienne transviscérale.

Jury : MM. Chauffard, président ; Gilbert, Marfan et Jeanselme. — M. WURTZ (Pierre). A propos du traitement de l'encéphalite léthargique. — M. FAVREL (Albert). Contribution à l'étude des formes frustes de la méningite du nourrisson. — M. RENARD (Jean). La diphtérino-réaction (réaction de Schick. — M. BEDU (Joseph). A propos d'un cas de contraction réflexe survenu chez un nourrisson à la suite de brûlures. — M. PRUDOT D'AVIGNY (G.). Des arthrites coxo-fémorales d'origine typhique. — M. MARTIN (Jules). Essai sur une affection rare localisée aux aisselles.

Lundi 28 juin. — Jury : MM. Roger, président ; Hartmann, Legueu et Ribierre. — M. PORRY (Joseph). Des calculs vésicaux consécutifs aux plaies de la vessie. — M. THÉVENOT (René). Contribution à l'étude du sarcome primitif de l'estomac. — M. LAURENT (Octave). Etiologie du cancer. — M. DELAVENNE (André). Quelques remarques sur les traitements actuels de la syphilis.

Mardi 29 juin. — Jury : MM. Chauffard, président ; Letulle, Bernard et Duval. — M. LINVAL (Hyppolite). Etat démographique de la Ville de Paris pendant la guerre 1914-1918. — M. REBOUILLAT (Camille). Sur quelques conditions de la fièvre jaune aux Antilles françaises. — M. TOULOUSE (Jacques). Dangers des traitements actifs insuffisants de la syphilis. — M. SEGAL (Jankel). Contribution à l'étude du guidage radiologique au cours de l'extraction des corps étrangers anciens.

COURS ET CONFÉRENCES

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU. (Professeur M. Henri HARTMANN. — COURS DE PERFECTIONNEMENT (juillet 1920). — *Les maladies du tube digestif et leur traitement médico-chirurgical.* — Ce cours essentiellement pratique commencera le jeudi 1er juillet 1920, à 10 heures, à la Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu. Il sera fait par M. le prof. Hartmann, avec la collaboration de M. Okinczyc, agrégé, chirurgien des hôpitaux, de M. Parmentier, médecin de l'Hôtel-Dieu, de M. Maingot, radiologiste des hôpitaux, de M. Bergeret, chef de clinique.

Ce cours comportera 18 leçons, suivies d'exercices pratiques.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours. — Le droit de laboratoire à verser est de 150 francs.

Sont admis les médecins français et étrangers ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement du droit. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés à la Faculté (guichet n° 3), les jeudis et samedis de midi à 3 heures.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — COURS PRATIQUE SUR LES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF, du 28 juin au 8 juillet, par le Dr P. Le Noir, assisté de MM. les Drs Agasse-Lafont, Delort, René Gaultier, Goiffon, Charles Richet fils, Savignac et Sorel.

Ce cours commencera le lundi 28 juin, à 9 h. 1/2, salle Aran, et continuera tous les jours à la même heure.

Après le cours : examen des malades de la consultation. Conférences complémentaires et exercices pratiques dans l'après-midi.

Le droit d'inscription pour les exercices pratiques (chimiques, coprologiques, radiologiques) est de 100 fr. Se faire inscrire salle Aran.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HOPITAUX. — *Lecture.* — Séance du 23 juin. — MM. Mornard, 22; Bergeret et Monod, 24.

— CONCOURS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 23 juin. — MM. Rouget, 18; Dufourmentel, 16; Le Mée, 20.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le Conseil de la Faculté, dans sa dernière séance, a réélu pour 4 ans, comme doyen de la Faculté, M. le prof. Roger.

FACULTÉS DES DÉPARTEMENTS. — LYON. — M. Fouillouze est nommé chef des travaux de pharmacologie, en remplacement de M. Métroz, démissionnaire.

— MONTPELLIER. — Une chaire de clinique médicale de la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier est déclarée vacante.

Un délai de 20 jours, à partir de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour produire leurs titres. (*J. O.*, 25 juin 1920.)

— TOULOUSE. — A la suite de la réorganisation de la Faculté de médecine (v. *Gaz. des hôpit.*, 22 juin 1920, n° 56), sont nommés professeurs des chaires ci-après désignées les anciens professeurs titulaires et les chargés de cours dont les noms suivent :

MM. Soulié, anatomie; Tourneux, histologie normale; Abelous, physiologie; Tapie, anatomie pathologique; Herrmann, pathologie et thérapeutique générales; Bardier, pathologie expérimentale; Rispal, bactériologie; Saint-Ange, thérapeutique; Morel, hygiène; Guilhem, médecine légale et déontologie; Mossé et Rémond, clinique médicale; Desforges-Mériel, clinique chirurgicale; Audebert, clinique obstétricale; Bézy, clinique médicale infantile et puériculture; Audry, clinique des maladies cutanées et syphilitiques; R. Cestan, clinique de neurologie et psychiatrie; Frenkel, clinique ophtalmologique; Marie, physique biologique et médicale; Ribaut, pharmacie; Caubet, clinique chirurgicale; Aloy, chimie et toxicologie; Dambrin, médecine opératoire; Baylac, pathologie interne; Gerber, botanique.

FACULTÉ DE PHARMACIE DE PARIS. — M. Gautier, directeur de l'ancienne Ecole de pharmacie, est nommé doyen de la Faculté de pharmacie.

M. Leroux est nommé chef des travaux pratiques de physique.

GUERRE. — Le *Journal officiel* du 25 juin publie un décret instituant un concours pour l'obtention du titre de médecin des hôpitaux militaires, chirurgien des hôpitaux militaires, spécialistes des hôpitaux militaires, et un concours pour l'obtention du titre de pharmacien chimiste du Service de santé militaire.

Ces concours sont annuels. Dans l'exposé des motifs qui précède le décret, le ministre fait les remarques suivantes :

« La création d'emplois de « médecin » et « chirurgien » des hôpitaux militaires, considérée comme actuellement nécessaire, n'est pas nouvelle. Cette organisation a existé autrefois (1852-1883). Pendant cette période, les jeunes médecins-majors de 2e classe, admis par concours après 2 ans de grade dans le cadre hospitalier, quittaient définitivement le service régimentaire, pour n'y plus revenir au cours de leur carrière. Ce privilège avait déterminé et entretenu, entre les médecins des corps de troupes et ceux du service hospitalier, un certain état de malaise. Avec le projet actuel, ces difficultés ne sauraient se reproduire, car les médecins admis dans le cadre hospitalier seront tenus d'accomplir 2 années de service régimentaire dans chacun des grades de médecin-major de 2e et de 1re classe. Ils pourront, en outre, être rappelés ou maintenus dans tout autre service que le service hospitalier, lorsque les nécessités militaires l'exigeront. Ainsi, les imperfections et les causes qui ont motivé autrefois la suppression du concours pour les hôpitaux militaires disparaissent dans le projet actuel. Ce projet, qui répond à des besoins nouveaux, n'a retenu que les avantages d'ailleurs incontestés, que présentait, pour le bien de l'armée, l'ancienne organisation. »

LA RÉPARTITION DE L'ESSENCE ET LES MÉDECINS. — Par dérogation au décret du 24 décembre 1918 réglementant

la vente, la circulation et l'emploi du pétrole et de l'essence, des priorités de distributions pourront être accordées, dans la limite autorisée par le ministre des travaux publics, pour les usages agricoles et en faveur des médecins et des vétérinaires.

Ces distributions seront faites par des commerçants désignés par les préfets et placés sous leur contrôle. (Décret, *J. O.*, 24 juin 1920.)

MINISTÈRE DU TRAVAIL. — Sont nommés membres de la Commission d'hygiène industrielle, MM. les Drs Pottevin, sénateur, directeur de l'office international d'hygiène publique, vice-président ; Bordas, chef du service des laboratoires du ministère des Finances ; Broca (André), professeur de physique médicale à la Faculté de médecine de Paris ; prof. Carnot (Paul), médecin des hôpitaux, professeur d'hygiène industrielle à l'Ecole nationale supérieure des mines ; Chabrié, directeur de l'Institut de chimie appliquée, professeur à la Faculté des sciences de l'Université de Paris ; Courtois-Suffit, médecin des hôpitaux, médecin en chef des manufactures de l'Etat ; Hanriot, membre de l'Académie de médecine ; Heim, professeur d'hygiène industrielle au conservatoire national des arts et métiers ; Langlois, membre de l'Académie de médecine ; Aug. Marie, directeur du laboratoire de psychologie pathologique à l'Ecole pratique des hautes études ; Meillère, membre de l'Académie de médecine, pharmacien en chef des hôpitaux ; Sartory, professeur à la Faculté des sciences de Strasbourg ; Tassilly, professeur agrégé à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris ; Trillat, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur.

RÉUNION NEUROLOGIQUE ANNUELLE (9-10 juillet 1920). — La 1re Réunion neurologique annuelle de la Société de neurologie de Paris aura lieu à Paris, les vendredi 9 et samedi 10 juillet 1920.

Deux séances auront lieu chaque jour, le matin, de 9 heures à 12 heures ; l'après-midi, de 15 heures à 18 heures.

Ces séances se tiendront à la Salpêtrière, dans l'amphithéâtre de l'Ecole des infirmières mis à la disposition de la Société par l'Assistance publique.

Une seule question est mise à l'étude : « Formes cliniques et traitements de la syphilis nerveuse. » M. J.-A. Sicard, rapporteur.

Prière d'adresser les réponses aux invitations et les titres des communications au secrétaire général, Dr Henry Meige, 35, rue de Grenelle, Paris (VIIe).

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — La Compagnie des Chemins de fer Paris-Lyon-Méditerranée mettra en marche du 1er juillet au 15 septembre 1920 (prolongation jusqu'au 30 septembre en cas de beau temps) entre Nice, Evian, Genève, Besançon, Mulhouse, ses grands services automobiles de tourisme de la route des Alpes et du Jura.

Toutefois entre Briançon, Grenoble, Annecy et Chamonix, d'une part, ces services fonctionnent depuis le 15 juin.

Aux services automobiles de la route des Alpes et du Jura, se rattacheront de nombreux services annexes permettant d'excursionner dans le Briançonnais, le Vercors, le Massif de la Chartreuse, la Maurienne, la Tarentaise, les vallées de la Valserine (circuit de l'Ain : Genève-Bellegarde, Nantua, Saint-Claude, Genève) et du Doubs (circuit du Doubs : Besançon, Malbuison, les Pargots, Orchamps-Vennes, Besançon).

Pour de plus amples renseignements, demander à l'agence P.-L.-M. de renseignements, 88, rue Saint-Lazare, aux bureaux succursales, principales gares du réseau, etc., le prospectus spécial comportant la nomenclature des prix, horaires, etc., des différents services.

RENSEIGNEMENTS

560. — **ÉTUDIANT 8 INSCRIPTIONS**, anc. rég., 1 année externat hôpit. Paris ou banlieue, remplacerait interne hôp. Province. — S'adresser au bureau de la *Gazette*. M. M.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES ÉTUDIANTS DE LA CLASSE 1918

M. Busson-Billaut, sénateur, demande à M. le ministre de l'Instruction publique de ne pas exclure, des cours spéciaux qu'il se propose d'instituer pour les jeunes gens de la classe 1918, les sursitaires de la même classe, qui, mis en congé fin octobre 1919, comptaient passer leur baccalauréat comme les jeunes gens de la classe 1917, sur programme restreint, alors qu'ils se sont vu, six semaines avant l'examen, imposer le programme complet comportant des épreuves au-dessus de leurs forces. (*J. O.*, 22 mai 1920.) (*Question du 21 mai 1920.*)

Réponse. — Les sursitaires de la classe 1918 ne peuvent légitimement prétendre, après 32 mois de service seulement, à bénéficier du programme restreint réservé aux étudiants des classes 1917 et antérieures qui ont été retenus sous les drapeaux au delà de la durée normale du service militaire.

D'ailleurs, ces étudiants ont pu reprendre leurs études dès le mois de novembre 1919. Ceux d'entre eux qui ont été ajournés, ou qui ne se sont pas présentés à la session de janvier dernier, ont pu acquérir une préparation suffisante pour subir leur examen en juillet prochain.

Quant aux cours spéciaux prévus par l'instruction du 3 mai 1920 (*Journal officiel* du 5), ils n'ont pas été institués pour les candidats au baccalauréat. Les démobilisés, candidats au baccalauréat, doivent s'adresser au recteur de l'académie dont dépend le lieu de leur domicile habituel pour qu'il puisse organiser les cours nécessaires. (*J. O.*, 23 juin 1920.)

LES MÉDECINS DES STATIONS HYDROMINÉRALES ET LA PATENTE

M. Barthe, député, signale à M. le ministre des Finances qu'un certain nombre de docteurs de villes d'eaux sont dans l'obligation d'exercer leur profession dans plusieurs centres et lui demande si ces contribuables doivent être imposés à une seule patente. (*Question du 19 mai 1920.*)

Réponse. — Les médecins de villes d'eaux doivent, comme les autres contribuables, être assujettis aux droits de patente, dans chacune des communes où ils possèdent une installation en vue de l'exercice de leur profession.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Samedi 3 juillet. — Jury : MM. Lejars, président ; Marfan, Jeanselme et Brindeau. — M. Loyer (Charles). Les os surnuméraires du pied. — M. Morice (René). Les traitements antisyphilitiques au cours de la grossesse. — M. Renard (Jacques). Etude clinique sur les pneumococcies des nourrissons. — Mlle Blavette (Marthe). La gale du nourrisson et ses complications. — M. Desjacques (Georges). Etude des fonctions rénales chez les femmes enceintes albuminuriques. — M. Scali. De l'accouchement brusqué par les incisions latérales profondes du col.

Jury : MM. Chauffard, président ; Achard, Bezançon et Carnot. — M. Aclimandos (Georges). La pneumonie au cours de l'épidémie de grippe au début de 1920. — M. Gondal (Lucien). L'action de l'adrénaline sur la tension artérielle suivant le mode d'administration. — M. Buffet (Charles). Contribution à l'étude des souffles jugulaires dits « anémiques ». — M. Langagne (Pierre). De la synesthésalgie. — M. Serrand (J.). Contribution à l'étude des images lacunaires et des images diverticulaires de l'estomac.

GENU RECURVATUM
DANS LES BLESSURES DE GUERRE

Par Fernand MASMONTEIL,
Interne des hôpitaux de Paris,
Aide d'anatomie.

Définition. — Sous ce nom nous réunissons, avec Le Fort (1), tous les cas de « renversement de la jambe en avant », soit que la flexion se produise au niveau du genou, soit qu'elle se produise plus haut ou plus bas, au niveau d'un foyer de fracture du fémur ou du tibia (2).

La réunion en un seul groupe de cas divers est parfaitement légitime : 1° en raison des lésions mixtes où la flexion porte à la fois au niveau de l'articulation et au niveau du foyer de fracture; 2° en raison surtout de leur communauté clinique, pathogénique et thérapeutique.

Etiologie. — Le G. R. est assez fréquent, quand on le recherche systématiquement. Nous l'avons rencontré très souvent, et si nous n'en rapportons que 21 observations, c'est parce que les autres cas ont été insuffisamment examinés. Il se voit :

1° Après les fractures du fémur (28,57 p. 100 des cas), parfois après les fractures au tiers moyen (obs. I), généralement après les fractures au tiers inférieur (obs. II, III, IV, V, VI). Ces fractures ont été traitées, les unes par l'extension continue dans un appareil à cadre (obs. I, II, III, IV), les autres par la contention simple et la marche dans l'appareil de M. Delbet.

2° Après les fractures des 2 os de la jambe (57,14 p. 100 des cas), plus fréquemment dans les fractures du tiers supérieur (obs. VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV) que dans celles du tiers moyen et du tiers inférieur (obs. XV, XVI, XVII, XVIII).

3° A la suite de la résection de la hanche (obs. XIX et XX) — (9,52 p. 100). L'un avait une ankylose fibreuse lâche en flexion, abduction avec un raccourcissement de 6 cm., — il avait du G. R. pur. — L'autre avait une ankylose osseuse en flexion et adduction marquée, il présentait du G. R. associé à du genu valgum et faisait des hydarthroses à répétition.

4° Chez des blessés ayant fait un long séjour au lit (obs. XXI — 4,76 p. 100 des cas). C'était un sujet atteint d'une fracture grave de la jambe gauche au tiers moyen; il avait une perte de substance très étendue et fit un séjour au lit de 11 mois. Au lever, il avait un G. R. du côté droit, tandis que du côté fracturé l'amplitude du genou était restée normale.

En somme, d'après cet exposé, le G. R. traumatique s'observe après les lésions les plus variées comme siège. M. Le Fort ne le signale qu'après les fractures paraarticulaires du fémur et du tibia et les lésions ligamenteuses. D'après nos observations, il se voit aussi après les fractures éloignées du genou, après les lésions de la hanche et sur un membre sain, après l'immobilisation prolongée au lit.

Or le G. R. spontané se voit aussi dans les lésions osseuses (rachitisme, ostéo-malacie, achondroplasie), dans les lésions nerveuses (paralysie infantile, tabes), dans les lésions articulaires de la hanche (coxa vara, luxation congénitale, coxalgie à la fois du côté malade et du côté sain), dans les pieds bots et enfin chez les enfants longtemps alités, par conséquent dans des lésions à topographie variée.

L'observation de la chirurgie de guerre a donc élargi le cadre étiologique du G. R. traumatique le superposant à celui du G. R. spontané; mais elle éclaire aussi la pathogénie de ce dernier. Pourquoi invoquer des causes dystrophiques d'origine médullaire, d'ordre microbien ou autre, quand la reproduction traumatique de l'affection suffit à en démontrer l'origine purement mécanique.

Anatomie pathologique. — Les lésions anatomo-pathologiques ont pu être étudiées à l'aide de la radiographie, il faut distinguer 3 cas : lésions osseuses pures, lésions articulaires pures, lésions mixtes ostéo-articulaires.

1° *Lésions osseuses.* — Elles se voient après les fractures du fémur et des os de la jambe. Dans les lésions fémorales, il se produit une bascule en arrière du fragment inférieur; ce fragment par son extrémité supérieure s'incline en arrière, pendant que son extrémité inférieure articulaire regarde en avant. La jambe peut alors se porter en hyperextension sur la cuisse, puisque les surfaces articulaires fémorales, au lieu de regarder le sol dans la station debout sont orientées en avant (fig. 1).

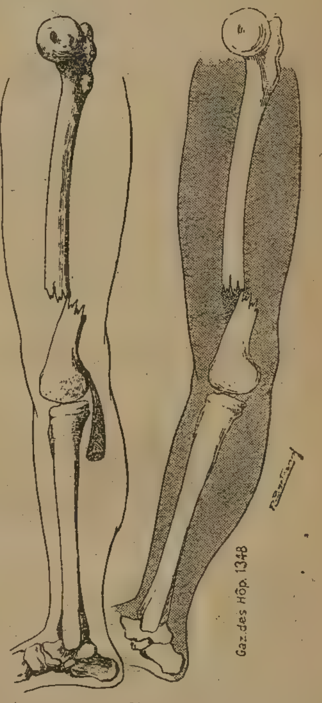


Fig. 1.

Fracture du fémur. — Bascule en arrière du fragment inférieur; après cette consolidation vicieuse, le tibia pourra se porter en hyperextension.

L'hyperextension du genou est donc due à un décalage du fragment inférieur; cette déformation se décèle sur les radiographies de profil, par une consolidation angulaire du fémur à sommet postérieur.

Dans les lésions tibio-péronières, les fragments forment également un angle à sommet postérieur.

Au lieu d'une consolidation où l'axe du membre est rectiligne, il se fait un angle à sinus antérieur, d'où il résulte que, dans l'extension complète du genou, le pied est projeté en avant, d'autant plus que l'angulation est plus accusée (fig. 2).

2° *Lésions articulaires.* — A l'état isolé, les lésions articulaires se voient sur les membres sains des sujets longtemps alités et à la suite de lésions articulaires de la hanche. L'hyperextension résulte alors de l'allongement des ligaments postérieurs du genou ainsi que de celui des ligaments croisés.

Généralement les ligaments latéraux ne sont pas allongés, le G. R. est pur ou associé à des mouvements de rotation anormaux, mais jamais il n'existe de mouvements de latéralité.

3° *Lésions mixtes.* — On observe alors à la fois une angulation osseuse et de la laxité articulaire; mais cette combinaison de lésions se voit surtout dans les fractures paraarticulaires, les lésions osseuses faisant les premières leur apparition.

(1) Lefort. Genu recurvatum. *Revue d'orthop.*, 1907.

(2) Il serait peut-être plus exact de parler dans ces cas de crus recurvatum ou de sura recurvata. Ce sont des cals vicieux du fémur et du tibia.

Les lésions articulaires apparaissent ensuite à la marche, elles s'accusent tous les jours, et au bout de quelques mois l'articulation présente des mouvements anormaux très étendus. C'est non seulement du G. R.; mais de l'exagération des mouvements de rotation et de latéralité; ce n'est pas seulement en effet les ligaments postérieurs et croisés qui sont étirés, mais aussi les ligaments latéraux; le relâchement articulaire a une marche progressive d'arrière en avant; ce sont les ligaments postérieurs qui cèdent les premiers, puis les ligaments croisés, et enfin les ligaments latéraux. L'articulation est alors folle et rappelle absolument le genou tabétique.

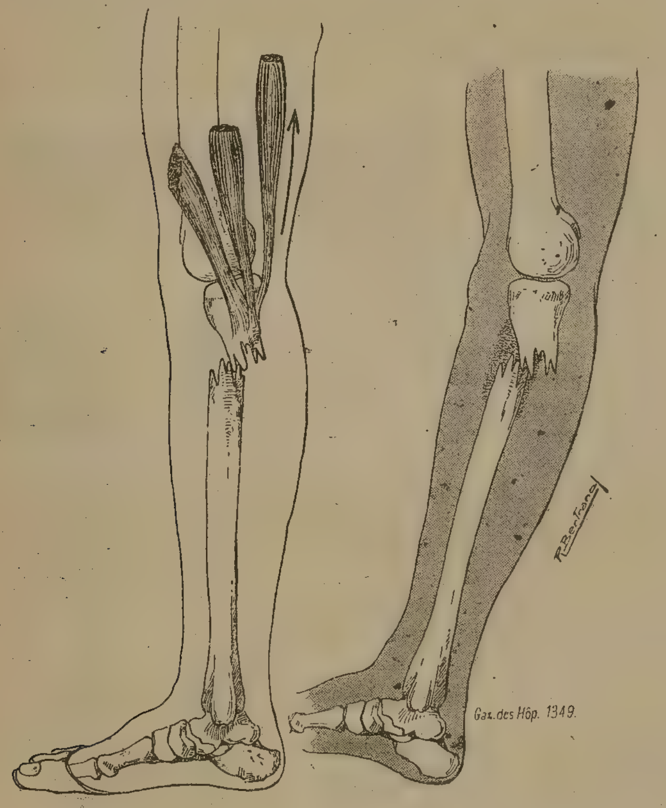


Fig. 2.

Fracture du tibia. — Bascule en arrière du fragment supérieur. Par suite de ce cal vicieux, la jambe se trouvera projetée en avant, dans l'extension complète du genou.

Cette laxité articulaire secondaire ne se voit que dans les fractures paraarticulaires, et encore uniquement dans celles où la consolidation s'est faite avec une angulation très accusée.

Par suite du désaxage qui résulte de l'angulation, l'articulation se trouve dans des conditions déplorables pour résister aux pressions du corps; ses ligaments se distendent; au G. R. osseux s'est ajouté le G. R. articulaire.

Physiologie pathologique ou pathogénie. — La pathogénie du G. R. a donné lieu à de nombreuses discussions sur l'origine médullaire, infectieuse, toxique, trophique (glandes vasculaires, sanguines et autres) de l'affection. Nous nous bornerons ici à l'étude physiopathologique du G. R. traumatique. Les causes sont nombreuses si l'on en croit les auteurs, et l'on a tour à tour incriminé pour expliquer ce relâchement articulaire : 1° une lésion ligamentaire initiale; 2° l'hydarthrose; 3° l'atrophie musculaire simple; 4° l'extension continue (Leuwer); 5° le poids d'extension trop considérable (Kirmisson); 6° la trop longue durée de l'extension (Kirmisson, Leuwer, Hoffa), etc.

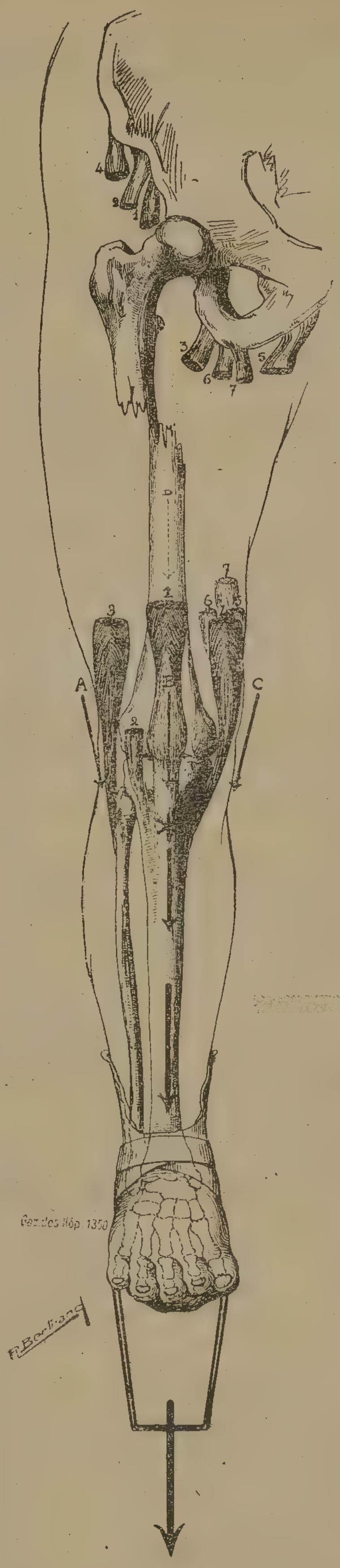


Fig. 3.

Fracture de cuisse. — Le chevauchement est produit par le manchon musculaire périfémoral qui prend insertion sur le tibia; la traction faite sur le tibia agit donc directement sur les muscles de la cuisse et l'articulation du genou est presque complètement en dehors de l'extension continue. On ne conçoit pas comment elle pourrait produire de la laxité articulaire.

Il est bien certain que toutes ces actions ont leur importance, les muscles constituent des ligaments actifs qui aident puissamment à la statique articulaire et l'atrophie musculaire sera grave de ce fait; les poussées d'hydarthroses, en distendant les ligaments, de même que les traumatismes ligamentaires, altèrent la solidité de l'articulation. Ces causes ne sont certes pas négligeables, elles ont leur importance, mais il faut bien dire qu'elles ne peuvent expliquer tous les cas. D'une part le G. R. manque dans les atrophies musculaires les plus accusées et à la suite de certaines poussées d'hydarthrose, et d'autre part on le rencontre même en dehors de ces cas.

L'action de l'extension continue est encore plus discutable. En effet, nous avons appliqué des extensions continues de 16 kg. pendant plus de 2 mois sans noter la moindre laxité articulaire. Tout récemment nous avons fait des extensions sur le pied pour des fractures de cuisse de 60 et 80 kg. (mensuration au dynamomètre), et nos blessés n'ont eu aucun relâchement articulaire. Chutro, qui à l'aide de son étrier a traité beaucoup de fractures de cuisse, n'a jamais également observé de relâchement articulaire du genou; la laxité articulaire s'est produite, par contre, dans des cas où la traction était moins puissante et moins prolongée; on pourrait donc accuser la faiblesse individuelle des ligaments qui céderaient plus facilement les uns que les autres. Il faudrait alors pour la produc-

tion de la laxité articulaire 2 éléments : l'extension continue et une mauvaise qualité des ligaments. Même présentée sous cette forme, cette opinion ne saurait être retenue, car le G. R. apparaît dans une proportion beaucoup plus grande après les fractures de jambe, et dans ce cas la traction n'agit pas sur le genou, les bandes sont placées au-dessous du foyer de fracture; elles agissent directement sur le fragment inférieur et produisent l'écartement interfragmentaire; on ne voit pas comment elles pourraient écarter les surfaces articulaires du genou sur lesquelles elles n'ont qu'une prise indirecte par l'intermédiaire du foyer de fracture et du fragment supérieur.

De même dans les fractures du fémur, l'extension agit sur les muscles de la cuisse qui prennent leur insertion à l'extrémité supérieure du tibia; la résistance contre laquelle il faut lutter pour la correction du chevauchement siège au niveau de ces insertions; l'articulation du genou se trouve donc en dehors de l'action de l'extension (v. fig. 3).

De plus, le G. R. a été observé non seulement après des cas traités par l'extension continue, mais aussi après des fractures de cuisse traitées dans l'appareil de marche de M. Delbet. Or, cet appareil agit surtout comme appareil contentif et non comme appareil réducteur; même si on emploie la force réductrice de ses ressorts, cette force n'agit pas sur l'articulation, elle prend point d'appui, d'une part sur les condyles fémoraux, d'autre part sur l'ischion et la branche ischio-pubienne; elle tend à écarter ses points d'appui, laissant l'articulation du genou en dehors de toute action extensive.

Enfin, les 2 blessés porteurs de résection de la hanche n'ont pas été traités par l'extension continue, ils ont été immobilisés dans un grand appareil plâtré; leur laxité articulaire a sûrement une autre cause.

Nous pourrions multiplier les exemples : le genou du membre sain du blessé 21 s'est mis en recurvatum sans avoir jamais été soumis à l'extension continue. De même un autre blessé ayant eu 2 fractures de jambe; l'une fut traitée par l'extension continue et l'autre par l'appareil de marche de M. Delbet, toutes les 2 avaient du genu recurvatum.

Si nous nous attardons à cette discussion c'est que la laxité articulaire du genou a été pendant longtemps un des gros griefs reprochés à l'extension continue.

Les causes du G. R. sont donc délicates à préciser et, pour voir clair dans cette question obscure, il nous semble indispensable de prendre pour base l'anatomie pathologique en distinguant les G. R. osseux, les G. R. articulaires et les G. R. mixtes.

1° *G. R. osseux.* — Le G. R. osseux n'est au fond qu'une consolidation vicieuse, et la cause du G. R. se confond alors avec la cause même de l'angulation.

A. Dans les fractures paraarticulaires du genou, c'est la contracture musculaire qui est en jeu. On est en présence d'une *angulation active* produite sur le fémur par la contraction des jumeaux qui fait basculer en arrière le fragment inférieur (fig. 1); sur le tibia par la contraction des muscles biceps, demi-tendineux et demi-membraneux (fig. 2) qui attirent en arrière le fragment supérieur; qu'il s'agisse d'une fracture sus ou sous-articulaire, le fragment bascule en flexion par action prédominante des muscles fléchisseurs.

La réduction n'est possible que par la mise en flexion du genou. Or, ces fractures ont été immobilisées le genou en extension; la réduction n'a pas été faite et on se trouve en présence d'une consolidation vicieuse; la jambe se met en recurvatum parce que ces surfaces articulaires décalées lui permettent d'y aller. C'est ce que nous ont démontré les radiographies de profil des diverses observations (I à XIV).

B. Dans les fractures éloignées du genou, l'angulation ne tient plus à la contraction des muscles fléchisseurs; les fragments très longs donnent insertion à des muscles à action antagoniste; l'action des fléchisseurs est annihilée et on ne peut ici parler d'angulation active produite par la contraction musculaire.

Si l'angulation se produit ici, elle est d'ordre passif et doit être attribuée, soit à l'action de la pesanteur, soit à une mauvaise position lors de l'appareillage.

Dans les fractures traitées par l'extension continue et les appareils à cadre, l'angulation est due à l'insuffisance du maintien du membre par le hamac. Les fragments fléchissent au niveau du foyer de fracture; ils s'affaissent, l'angulation est amorcée. Si la correction n'est pas faite à temps, le G. R. en sera la conséquence.

Parfois, au cours du traitement d'une fracture de jambe, la sangle talonière ayant été trop tendue, le talon s'est trouvé projeté en avant; le mouvement s'est passé dans le foyer de fracture et l'angulation en a été la conséquence.

Dans les fractures traitées par les appareils de contention, l'angulation fragmentaire résulte d'une mauvaise position lors de l'application de l'appareil. On a négligé de soutenir le foyer de fracture ou on a laissé le talon se projeter en avant (fig. 4).

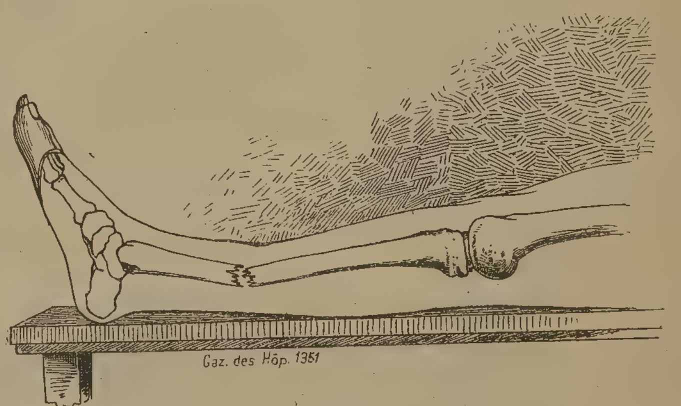


Fig. 4.

Projection du talon en avant lors de l'application de l'appareil plâtré.

Si nous insistons sur ces faits, c'est pour marquer l'importance de la réduction lors de l'appareillage.

2° *G. R. articulaire.* — La laxité articulaire pure se voit après les résections de hanche et sur les membres sains des sujets ayant effectué un long séjour au lit.

La distension des ligaments postérieurs de l'articulation du genou s'explique parfaitement dans ces cas.

Qu'il s'agisse d'un membre entier appareillé dans le plâtre, qu'il s'agisse d'un membre sain reposant sur le lit, le contact avec le plan de l'appareil et avec le plan du lit se fait au niveau des ischions et du talon et accessoirement à la face postérieure de

la cuisse et de la jambe (fig. 5). Mais le creux poplité reste à distance du plan de contact. Les surfaces osseuses de l'articulation sont maintenues dans cette position de demi-tension par les ligaments

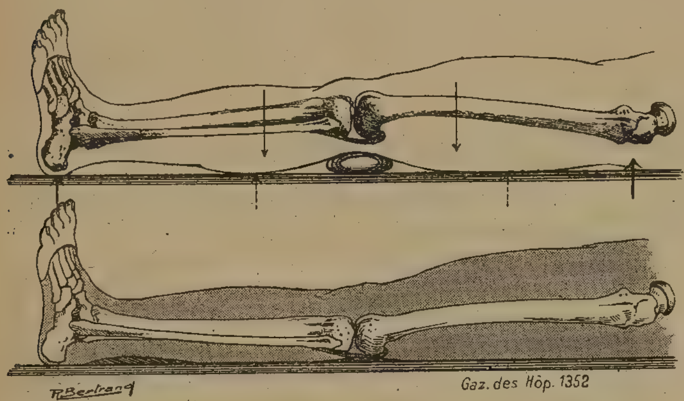


Fig. 5.

Le creux poplité reste à distance du plan de contact. Si l'immobilisation est prolongée, les ligaments postérieurs se laissent distendre, permettant à la jambe de se mettre en hyperextension.

postérieurs ; ceux-ci résistent un temps, mais ensuite ils se laissent étirer, et, comme on sait que certains lits s'enfoncent au milieu sous le poids du corps, cette disposition s'accuse, accentuant encore la

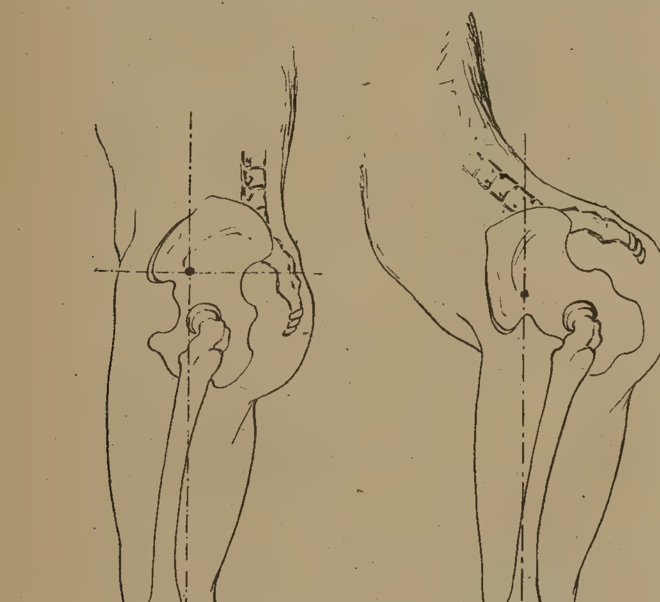


Fig. 6.

Normalement, la verticale, passant par le centre de gravité, traverse la partie postérieure de l'articulation du genou. En cas d'ankylose de la hanche en flexion, la verticale coupe la partie antérieure de l'articulation, distendant les ligaments postérieurs.

laxité ligamentaire. Cette observation justifie pleinement la manière de faire de certains (Campenon, Ledderhose, Leuwer) qui font placer systématiquement des coussins sous les genoux de leurs malades.

Faites lever vos malades, le G. R. des alités disparaît rapidement à la marche, tandis que celui des réséqués de la hanche persiste ou s'accuse.

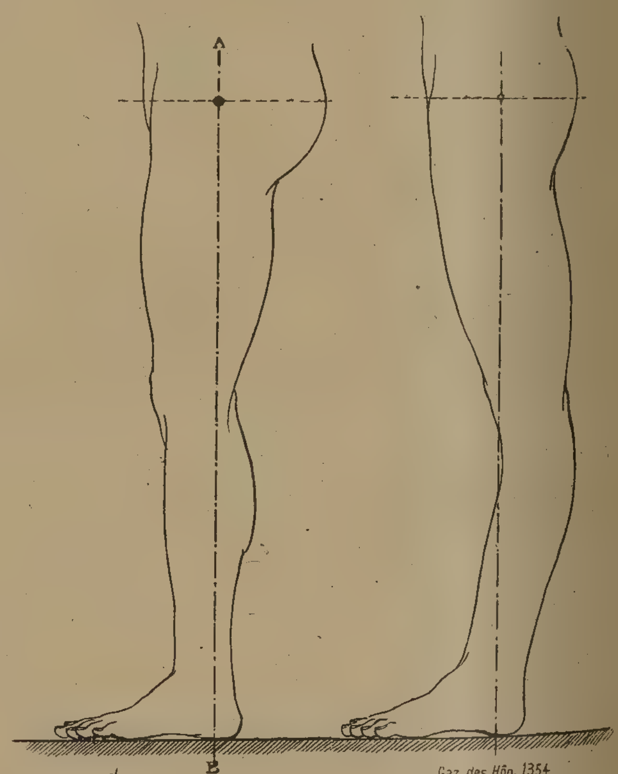
Pour expliquer cette différence d'évolution il faut invoquer des raisons statiques.

Le blessé debout sur son membre sain se trouve dans les mêmes conditions statiques qu'auparavant ; la verticale passant par le centre de gravité du corps traverse l'articulation du genou au niveau de l'insertion des ligaments croisés, les lignes de force passent par les épines tibiales ; cette articulation est en équilibre, et la partie postérieure de la capsule nullement tiraillée va se rétracter et reprendre la longueur normale.

Au contraire, s'agit-il d'un réséqué de la hanche ankylosé en flexion légère, quand son membre malade occupe une position verticale son bassin se projette en avant ainsi que son centre de gravité. La verticale menée par le centre de gravité passe, soit à la partie antérieure de l'articulation du genou, soit même en avant d'elle. Dans ce cas l'articulation n'est plus en équilibre, sa partie postérieure est tiraillée constamment, et si la distension n'augmente pas, elle ne peut en tout cas rétrocéder.

3° *G. R. ostéo-articulaire*. — Le G. R. mixte ne se voit que dans les angulations osseuses très accentuées, et par conséquent dans les fractures paraarticulaires du fémur et du tibia.

La fracture consolidée, le blessé se lève et marche ; mais au lieu de s'améliorer il éprouve une gêne de plus en plus grande en même temps que la déformation s'accentue. A l'angulation osseuse se surajoute progressivement la laxité articulaire.



Membre inf. normal. *Membre inf. fracturé.*

Fig. 7.

S'il existe un cal vicieux du tibia, l'axe de statique passe par la partie antérieure de l'articulation ; il se fait une distension de la partie postérieure de la capsule articulaire, et au G. R. osseux se surajoute un G. R. articulaire.

Dans ce cas, par suite de son angulation osseuse, le blessé se trouve dans des conditions de statique déplorables. Lorsqu'il repose, en effet, sur son membre fracturé, abaissons la perpendiculaire du centre de gravité de son corps; elle laisse en arrière d'elle l'articulation du genou dont les ligaments postérieurs se distendront.

Le blessé repose en somme non plus sur un pilier droit mais sur une courbe, sur un arc; or, cette forme n'est pas une forme de résistance, elle ne peut que céder et la courbe s'accentue tous les jours.

Cette accentuation se fera par distension des ligaments postérieurs de l'articulation du genou, puis des ligaments croisés, et si l'angulation est plus accusée encore par distension de toute l'articulation; à la déformation osseuse se sera surajoutée, conditionnée par elle, une distension ligamentaire. Parfois même le cal encore mou peut céder et s'anguler lui-même encore davantage.

Comme on le voit les causes du G. R. sont variables; dans certains cas, c'est la contracture musculaire qui intervient; dans d'autres cas, c'est la mauvaise position de la jambe permettant au genou de s'affaisser comme l'avaient vu Leuwer et Ledderhose, c'est la mollesse du lit (incriminée par Ledderhose), c'est la position défectueuse de l'appareil élevant trop le pied (Leser et Ledderhose); c'est la traction qui s'exerce sur un plan supérieur à l'axe du membre (Kirmisson).

De tout ceci, il résulte que le traitement des fractures doit viser à la réduction absolue, par conséquent à replacer le membre dans les conditions statiques normales. Cette importance des axes du membre inférieur, soutenue par Humphry, conserve toute sa valeur; c'est pour l'obtenir qu'il faut immobiliser en flexion les fractures paraarticulaires, mais non point, comme le disait Hoffa, pour éviter les inconvénients de l'extension continue.

Les considérations et les conclusions suggérées par l'étude du G. R. traumatique sont les mêmes que celles du G. R. de l'enfance et de l'adolescence. La seule différence réside dans l'évolution, le fléchissement au lit et à la marche ne se produit chez l'adulte qu'au niveau du cal et de l'articulation; chez l'enfant il se fait en plus au niveau du cartilage d'accroissement. Toute la différence est là.

SYMPTÔMES. — *Symptômes fonctionnels.* — Le blessé atteint de G. R. éprouve une certaine gêne à la marche, le genou de la jambe malade se dérobe en arrière lorsqu'il s'appuie sur elle; il se fait un déclanchement brusque et douloureux du genou en arrière. Pour éviter ce trouble, le blessé va lentement, prudemment, contractant fortement les muscles fléchisseurs de la cuisse. De cette façon le déjettement postérieur du membre disparaît et avec un peu d'habitude, d'entraînement, le blessé retrouve une marche normale; mais il en résulte une fatigue énorme nécessitée par la contracture permanente des muscles cruraux; petit à petit, les blessés peuvent cependant arriver à faire plus de 10 km. par jour.

Dans les cas légers, les troubles sont presque nuls. Dans les cas graves, au contraire, le G. R. constitue une véritable infirmité; jamais, cependant, le blessé n'est obligé de recourir aux béquilles, il marche avec des cannes, mais il se fatigue très vite, accusant une douleur très vive à la face postérieure du genou. Il est obligé de se reposer constamment même pendant une courte promenade.

Symptômes physiques. — Le G. R. se reconnaît à première vue; pendant la marche, la jambe forme un arc à concavité antérieure, et le pied reposant sur le sol est en équinisme. Si on fait coucher le malade sur un plan résistant en fixant le genou d'une main contre la table on constate que le talon se détache du plan d'examen. Dans les cas légers, le talon quitte la table de deux ou trois travers de doigt; dans les cas moyens, d'environ quatre à cinq travers de doigt; dans les cas graves, de beaucoup plus.



FIG. 8.

Pour apprécier le degré de G. R. on peut mesurer en centimètres la distance qui sépare le talon du plan de la table ou bien évaluer en degrés l'angle formé par le membre et la table.

On distingue les cas légers où le décollement du talon est inférieur à 4 cm., les cas moyens où le décollement peut atteindre 8 cm. (angle de 15°), les cas graves où le décollement est supérieur.

Pratiquement en effet, on peut dire que tout recurvatum inférieur ou égal à 15° sera relativement bénin et ne s'accompagnera pas de laxité articulaire, par contre tout recurvatum supérieur à 15° amènera une distension ligamentaire et s'accompagnera d'infirmité grave.

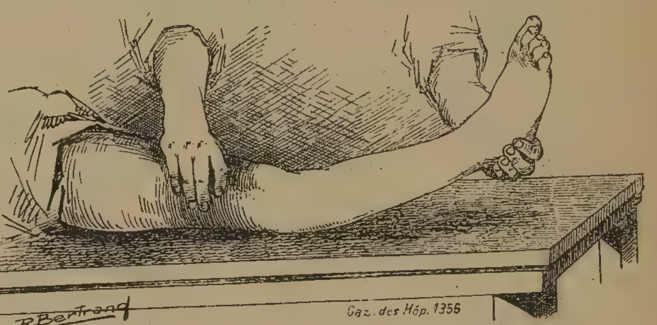


FIG. 9.

Il faut examiner la laxité articulaire du genou en la comparant avec celle du côté sain, on peut observer de la rotation anormale ou des mouvements de latéralité. Toutefois, avant de conclure à l'existence d'une laxité articulaire, il faut prendre le soin de faire cette recherche la jambe en extension complète sur la cuisse. Lorsque l'articulation du genou est en flexion, ces mouvements sont possibles sans distension ligamentaire. Or, du côté malade, pour que l'articulation soit en extension, il faut décoller le talon du plan d'examen et faire les recherches des mouvements anormaux, la jambe étant dans cette position. On constatera alors que la laxité articulaire est beaucoup plus rare qu'on ne le penserait au premier abord.

ÉVOLUTION. — A ce point de vue, il faut distinguer 3 cas :

1° Ceux qui s'améliorent avec la marche, ce sont les G. R. articulaires purs, chez lesquels il n'existe aucun trouble statique, la lésion est apparue par

suite des conditions défectueuses du séjour au lit; la marche la fait disparaître et, à cet égard, l'observation du malade est typique. Ce blessé présentait au membre sain un G. R. de 9°. Il part en permission, ne suit aucun traitement, le G. R. n'atteignait plus que 10° le 22 novembre, 5° le 3 décembre et 2° au commencement de janvier. La gêne à la marche et le dérobement postérieur qui étaient très accusés avaient complètement disparu.

2° Ceux qui s'aggravent à la marche (obs. VII). Ce blessé, après la consolidation de sa blessure, a pu marcher, mais progressivement son articulation s'est distendue et au bout de 6 mois la marche ne lui était plus possible sans le secours d'une gaine plâtrée qui s'opposait au dérobement postérieur du genou. L'angulation présentée par ce blessé était très accentuée et il nous semble que tout G. R. osseux supérieur à 15° s'accompagne forcément de distension ligamentaire.

3° Ceux qui restent stationnaires : ce sont les G. R. osseux inférieurs à 15°. L'adaptation à la marche une fois faite, il ne se fait aucune aggravation, le blessé s'habitue même à masquer son infirmité, mais à l'examen on s'aperçoit que la déformation persiste toujours aussi accentuée qu'au premier jour.

Parfois des poussées d'hydarthrose à répétition peuvent entrecouper l'évolution, comme nous l'avons vu dans le cas de G. R. associé à un G. valgum (obs. XX); parfois une ponction les guérit (obs. VII).

Pronostic. — Toutes les fois qu'il n'existe aucune lésion osseuse, toutes les fois que les conditions statiques ne sont pas troublées, la lésion guérit seule, le pronostic est bénin. Toutes les fois qu'il y a déformation osseuse la lésion est incurable spontanément, mais si les G. R. inférieurs à 15° sont parfaitement compensés et bénins, ceux qui dépassent ce chiffre déterminent des troubles graves et méritent particulièrement de retenir l'attention.

Traitement. — *Traitement préventif.* — Le meilleur moyen d'éviter le G. R. est avant tout d'assurer la consolidation régulière des fractures. Un peu de soin apporté dans la réduction des fractures éloignées du genou évitera les angulations, mais pour les fractures paraarticulaires, il faudra les traiter le genou en flexion. C'est là une règle trop souvent oubliée, défendue vigoureusement par Hennequin et pour laquelle Dupuytren avait imaginé son double plan incliné.

Traitement curatif. — 1° Les cas de G. R. sans lésions osseuses, par laxité articulaire pure, comme dans nos observations XII, XX et XXI, sont négligeables ; ils guérissent spontanément par la marche; toutefois pour aider la guérison et favoriser la tonicité musculaire de la cuisse, on pourra conseiller le massage et l'électricité.

Dans les cas rebelles, on pourra immobiliser le genou en flexion pendant quelques semaines, la partie postérieure de la capsule relâchée par la position pourra se rétracter.

2° Les cas de G. R. légers au-dessous de 15° en raison de leur adaptation spontanée peuvent être négligés ; néanmoins on pourra pour les plus accusés guider la rééducation de la marche, tonifier les muscles par le massage et l'électricité, enfin faire marcher le malade à l'aide d'une gaine en plâtre, ou en celluloïd; l'articulation peut s'enraidir de cette façon et surtout le malade s'habituera à circuler la jambe raide, ce qui lui facilitera la marche ultérieure. Ces blessés peuvent faire 10 à 15 km. par jour, ce ne sont pas des infirmes comme ceux de la catégorie suivante.

3° Les cas graves, G. R. au-dessus de 15°, en raison du trouble qu'ils apportent à la marche, nécessitent une thérapeutique active : on peut recourir soit au traitement orthopédique, soit au traitement chirurgical.

Traitement orthopédique. — Dans un cas (obs. V) notre collègue Achard s'est bien trouvé d'une gouttière plâtrée en extension. Il a immobilisé le membre malade dans un appareil de marche pendant 60 jours, le blessé se levait et circulait. Avant l'immobilisation ce blessé présentait un G. R. de 25°, une laxité latérale considérable; au sortir de l'appareil, le talon ne quittait plus le plan d'examen que de 3 travers de doigt (5° environ), les mouvements de laxité latérale existaient à peine.

L'immobilisation peut donc donner des résultats en entraînant de la raideur articulaire, mais le succès n'est pas constant et l'observation VI est un échec complet. Les gaines plâtrées en flexion ne donnent pas de meilleurs résultats (obs. VII). Dans ce cas, on peut se contenter d'un traitement palliatif et faire porter au blessé une gaine en celluloïd qui immobilisera sa jambe en rectitude, sinon on pourra recourir au traitement chirurgical.

Traitement chirurgical. — L'opération logique consisterait à faire une ostéotomie au niveau du foyer de fracture vicieusement consolidé, à réduire le déplacement et à laisser le membre consolider à nouveau dans de bonnes conditions.

C'est en somme ce qu'on a fait chez le malade n° 13, porteur d'une pseudarthrose. La consolidation obtenue, le blessé avec la marche retrouverait des ligaments articulaires solides. Il y a cependant des réserves à faire sur l'ouverture secondaire d'un foyer de fracture infecté; les opérations secondaires sur les cals vicieux jouissent de peu de crédit en raison des réveils d'infection et en raison de la longueur de consolidation des ostéotomies tardives, et peut-être pourrait-on tenter plutôt une résection du genou, qui par l'ankylose donnerait un membre solide et utile pour la marche.

Ce sont là de simples suggestions, car 2 de nos blessés qui auraient été justiciables de semblables interventions les ont refusées.

L'appareil prothétique semble donc le véritable traitement de cette infirmité.

Les conclusions pratiques à retenir de cette étude sont, d'une part, la nécessité d'immobiliser le genou en flexion dans les fractures paraarticulaires, et d'autre part, l'innocuité absolue de l'extension continue. La distension ligamentaire par l'extension continue n'est pas possible; elle relève toujours d'un autre facteur variable suivant les cas. Tous ceux qui l'emploient couramment n'ont jamais observé de laxité articulaire du genou. Chutro, avec son étrier qui agit directement sur le squelette et les articulations, ne l'a jamais notée. Mon ami Antoine et moi-même ne l'avons pas vue une fois, à la suite de 46 fractures de cuisse traitées dans notre appareil et dont au moins 12 d'entre elles s'accompagnaient d'hydarthroses importantes; or, toutes ces fractures ont été traitées pendant 60 jours avec une extension variant de 10 à 18 kilos, et pour cela je ne m'explique pas les idées de certains

auteurs qui conseillent de ne jamais employer de tractions supérieures à 4 kilos ; 50 p. 100 de la force employée se perd dans les frottements ; 2 kilos à peine agissent sur le membre répartis sur tous les muscles et les ligaments ; chaque ligament latéral de l'articulation aura à peine quelques centaines de grammes à soutenir, et ces ligaments dont la résistance est reconnue par des expériences multiples, ces ligaments qui arrachent leur insertion osseuse plutôt que de céder, se laisseraient distendre par une force aussi discrète, c'est là une opinion qui me semble bien paradoxale. A-t-on jamais réfléchi à la force appliquée sur une insertion musculaire comme celle du biceps, par un athlète en position de bras carré ? Le poids du corps, multiplié par le bras de levier, donne une puissance considérable que soutient parfaitement le tendon du muscle. Les exercices faits par un gymnaste suspendu à un seul membre d'un de ses camarades déterminent des tractions considérables au niveau de ce membre, surtout lors des à-coups et on arriverait à cette opinion surprenante que des ligaments et des muscles, capables de résister à des tractions considérables momentanées de plusieurs centaines de kilos, se laisseraient étirer par quelques centaines de grammes appliquées d'une façon continue.

Ni le raisonnement, ni les observations cliniques ne donnent raison à cette opinion ; l'extension continue à notre avis reste pour les orthopédistes un moyen précieux et d'une innocuité absolue.

OBSERVATIONS RÉSUMÉES

Obs. I. — H... Fracture de la cuisse droite au 1/3 moyen par E. O. Légère angulation postérieure.

G. R. Le talon quitte la table de 2 travers de doigt. Aucune gêne à la marche.

Obs. II. — B... Fracture de la cuisse droite au 1/3 inférieur très basse. Malgré le traitement en flexion, il persiste une légère bascule en arrière du fragment inférieur.

G. R. = 5°. Gêne nulle à la marche.

Obs. III. — L... Fracture de la cuisse droite au 1/3 inférieur avec persistance de bascule du fragment inférieur, traitée dans un appareil à cadre par l'extension continue, le genou en extension.

G. R. = 15° à marche progressive par fléchissement au niveau du cal, l'angulation postérieure s'accuse chaque jour.

Marche presque normale.

Obs. IV. — C... Fracture de la cuisse gauche au 1/3 inférieur avec bascule persistante du fragment inférieur. Traitée dans un appareil à cadre par l'extension continue, le genou en extension.

G. R. = 7 à 8°. Gêne nulle pour la marche.

Obs. V. — M... Fracture de la cuisse droite au 1/3 inférieur. Traité dans un appareil à cadre par l'extension continue, le genou en extension.

G. R. très accusé 25°, avec laxité articulaire.

Immobilisation 2 mois dans un appareil plâtré, le genou en rectitude.

Amélioration. G. R. = 5° laxité articulaire très diminuée.

Obs. VI. — Sch... Fracture de la cuisse droite au 1/3 inférieur avec bascule du fragment inférieur. Traité dans l'appareil de Delbet, le genou en extension avec marche précoce.

G. R. très accusé 20° avec laxité latérale.

Immobilisation 2 mois dans une gaine plâtrée le genou en extension.

Pas d'amélioration. Marche avec une gaine plâtrée.

De cette observation, nous pouvons rapprocher 6 ou 7 blessés traités par M. A. dans un appareil extenseur à ressorts avec un résultat aussi défavorable.

Obs. VII. — D... Fracture de la jambe droite au 1/3 inférieur. Bascule en arrière du fragment supérieur. Traitée par l'extension continue, le genou en extension.

G. R. très accusé 28° à 30°. Laxité articulaire considérable.

L'immobilisation en flexion n'amène aucune amélioration.

Ce blessé est un infirme qui ne peut marcher sans une gaine plâtrée. Hydarthrose guérie par une seule ponction.

Obs. VIII. — R... Fracture des 2 os de la jambe droite au 1/3 inférieur avec bascule en arrière du fragment inférieur. Traitée par l'extension continue, le genou en extension.

G. R. très accusé 15° avec laxité articulaire.

Ce blessé peut néanmoins faire plus de 10 km. par jour.

Obs. IX. — M... Fracture de la jambe gauche au 1/3 moyen. Consolidée avec angulation. Traitée par l'extension continue dans un appareil à cadre.

G. R. = 15°. Légère laxité articulaire.

Aucune amélioration par l'immobilisation en flexion.

Le blessé peut faire sans trop de fatigue une quinzaine de kilomètres dans la journée.

Obs. X. — C... Fracture des 2 os de la jambe droite au 1/3 supérieur. Traitée par l'immobilisation en extension.

G. R. accusé 15° par angulation postérieure.

Laxité articulaire légère.

Marche plus gênée ; le blessé fait plus de 15 km. dans la journée.

Obs. XI. — R... Fracture des 2 os de la jambe droite au 1/3 supérieur. Traitée par l'extension continue, en extension.

G. R. très léger 5° pas de laxité articulaire.

La marche est normale.

Obs. XII. — S... Fracture des 2 os de la jambe gauche au 1/3 supérieur. Traitée par le genou en extension dans un appareil à anses, puis dans un appareil de Senlecy.

G. R. très léger (10°) pas de laxité articulaire.

G. R. très léger du côté du membre sain.

La marche est normale.

Obs. XIII. — R... Fracture des 2 os de la jambe droite au 1/3 supérieur.

Le blessé conserve une pseudarthrose au bout du 10e mois ; il a été traité dans une gouttière plâtrée puis dans un appareil de marche de Delbet. Il a un G. R. de 30° et, malgré sa gaine en celluloïd, la marche est très difficile, on lui fait une ostéosynthèse en soulevant le fragment supérieur basculé, la consolidation s'obtient et le blessé ne conserve plus qu'un G. R. de 15°, ne gênant pas la marche.

Obs. XIV et XV. — K... Fracture de la jambe droite au 1/3 moyen, et de la jambe gauche au 1/3 supérieur.

La jambe droite a été traitée par l'extension continue dans un appareil Pouliquen, le G. R. = 15°.

La jambe gauche a été traitée dans un appareil Delbet, le G. R. = 12°.

Le blessé marchait parfaitement.

Obs. XVI. — B... Fracture des 2 jambes.

La jambe droite conserve une pseudarthrose ; la jambe gauche est consolidée avec une légère angulation ; la fracture siège au 1/3 inférieur.

G. R. = 5°. Ne gêne pas la marche.

Obs. XVII. — D... Fracture de la jambe gauche au 1/3 inférieur. Angulation postérieure légère.

Léger recurvatum de 5°. Ne gêne pas la marche.

Obs. XVIII. — T... Fracture de la jambe gauche au 1/3 inférieur. Légère angulation postérieure.

G. R. = 7°. Pas de gêne de la marche.

Obs. XIX. — J... Fracture articulaire de la hanche droite. Résection. Ankylose en flexion légère, adduction avec un raccourcissement de 6 cm.

G. V. et G. R. = 7 à 8°.

Poussées d'hydarthroses à répétitions.

Obs. XX. — B... Fracture articulaire de la hanche droite. Résection. Ankylose fibreuse en flexion légère avec un raccourcissement de 6 cm.

Du côté malade G. R. = 13° ; du côté sain G. R. = 3°.

Obs. XXI. — R... Fracture des 2 os de la jambe gauche au 1/3 inférieur.

G. R. du côté malade insignifiant = 2° ; du côté sain 15° le 4 octobre.

Le blessé a fait un séjour de 11 mois au lit.

Le 22 novembre G. R. = 10°. Le 3 décembre G. R. = 5°. En janvier, il est presque nul.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 25 JUIN 1920)

Invagination partielle du diverticule de Meckel. — M. Léon BAZY fait un rapport sur une observation adressée par M. Boulay (de Versailles). Il s'agit d'une jeune fille de 11 ans qu'on croyait atteinte d'appendicite. M. Boulay diagnostiqua une invagination intestinale. Il fit la laparotomie, il s'agissait d'une invagination partielle du diverticule de Meckel. Résection, anastomose bout à bout. Guérison. Ces faits sont moins rarement observés. M. Bazy a pu en réunir 33 observations.

Fistule stercorale consécutive à une appendicite herniaire. — M. LENORMAND rapporte une observation de M. Leclerc (de Dijon) dont voici le résumé. Hernie crurale prise par un médecin pour un abcès ganglionnaire, incision, évacuation de pus, établissement d'une fistule pyo-stercorale évoluant sans troubles généraux. M. Leclerc intervient, trouve au fond du sac herniaire l'appendice qu'il enlève. Il constate que le cæcum bouchait l'orifice interne du canal, ce qui explique qu'il n'y ait eu aucun retentissement péritonéal. Une fois l'appendice enlevé, la guérison fut rapidement obtenue.

Opération plastique sur un estomac ptosé. — M. LENORMANT fait un second rapport sur une observation de M. Martin (de Toulouse). Il s'agit d'un homme de 34 ans qui, étant à l'armée, fut traité pour des troubles gastriques. On finit par le réformer, et, rentré chez lui, il fut atteint de vomissements noirâtres, de douleurs; il maigrit, pâlit, s'affaiblit. Il s'agissait d'un ulcère duodénal compliqué de dilatation et de ptose gastriques. Il y avait une voussure marquée à gauche et, au-dessous de l'ombilic, une douleur à la pression. L'examen radioscopique permit de constater une stase gastrique. Le diagnostic était hésitant; on tint le malade en observation pendant un mois. Les accidents s'aggravant on fit une gastro-entérostomie postérieure transmésocolique. Le malade fut soulagé. Mais, après quelque temps, il vomit de nouveau et fut repris de douleurs. Une exploration radio-bismuthée permit de constater qu'une certaine partie de la bouillie bismuthée séjournait dans la grande courbure, dans la partie de l'estomac qui se trouvait au-dessous de la nouvelle bouche. Nouvelle intervention, gastroplicature, guérison.

De la prothèse métallique. — M. DUJARRIER estime que la prothèse métallique est un excellent moyen de contention. Il est simple et efficace ; il n'empêche ni retarde la consolidation. On a prétendu qu'il y avait souvent une élimination tardive. M. Dujarrier a des faits datant de 10 ans, dans lesquels il n'y a jamais eu d'élimination. On obtient des cals très hypertrophiés; ils n'en sont que plus solides. Les pièces métalliques sont, en général, très bien tolérées. Avec de bonnes plaques et une bonne aseptie, on obtient d'excellents résultats.

M. FREDET vient soutenir la même thèse que M. Dujarrier. Il admet, comme lui, que les pièces métalliques sont très bien supportées. Il fait connaître sa technique, rapporte plusieurs exemples d'ostéosynthèse humérale, d'ostéosynthèse cubitale et radiale. Les cals sont plus gros qu'après la suture métallique ; la consolidation est moins hâtive qu'après la suture; mais elle est parfaite. MM. Dujarrier et Fredet arrivent aux mêmes conclusions. Ils considèrent que l'application de pièces métalliques pour assurer la consolidation osseuse donne de très bons succès.

M. ROUVILLOIS fait aussi connaître les résultats de sa pratique personnelle et ses conclusions sont conformes à celles de MM. Dujarrier et Fredet.

Injections de sérum dans le péritoine au cours des laparotomies. — M. MARQUIS (de Rennes) obtient de très bons effets de cette pratique. Parmi les avantages de cette méthode, il en signale un qui n'a pas été noté jusqu'ici, c'est l'élévation de la tension artérielle. Ce sont, en outre, la rapidité de l'absorption et aussi l'élévation thermique. M. Marquis compare ces effets à ceux de l'injection intraveineuse. Il préfère l'injection intrapéritonéale. Dans les cas graves, la transfusion donne des résultats plus durables.

M. DELBET injecte du sérum dans l'abdomen dans le but de réchauffer les anses intestinales, ce qui leur permet de reprendre leurs places et de faciliter la respiration. L'élévation de la tension qui vient d'être signalée est un avantage de plus.

Traitement de la hanche ballante. — M. DIONIS DU SÉJOUR apporte 3 faits intéressants de synostose ou pseudarthrose de la hanche, dans des cas de hanche ballante, ce qui permet l'élévation de la partie supérieure du fémur.

Appendicites à chaud, interventions d'urgence. — M. OMBRÉDANNE se demande comment, en cas de péritonite, on doit terminer l'opération. La coutume était de drainer toutes les opérations à chaud, à condition que l'appendice ait été enlevé. M. Ombrédanne lave à l'éther et injecte du sérum. Alors que MM. Jalaguier, Broca cherchaient le refroidissement par la glace avant d'opérer, M. Ombrédanne opère d'abord et recherche le refroidissement par la glace après que l'appendice a été enlevé. Il a modifié la méthode en supprimant le drainage, en ne laissant qu'un petit orifice. Il se fait alors souvent un abcès de la paroi qui joue le rôle d'abcès de fixation. Il fait le pansement à la glace dans toutes les appendicectomies. Il fait connaître les résultats de cette nouvelle méthode. En 1912, sur 41 appendicites à chaud traitées par le drainage, il a eu 13 décès; en 1913, 28 cas, 8 morts. Comparant ces chiffres à ceux qu'il a obtenus en 1920, il arrive à cette conclusion : appendicites drainées, 55 p. 100 de décès; appendicites traitées par la fermeture, 30 p. 100 de décès.

Donc, en matière d'appendicites à chaud, il est avantageux de fermer sans drainage, à condition qu'on ait enlevé l'appendice. M. Ombrédanne continue à recourir à l'éther, au sérum et à la glace après l'opération.

L'Anesthésie locale et régionale en oto-rhino-laryngologie, par les Drs G. CANUYT, aide de clin. oto-rhino-laryngol. à la Fac. de méd. de Bordeaux, et J. ROZIER, lauréat des hôpit. de Paris, prix d'Otologie 1901 ; préface du prof. E.-J. MOURE. In-8 raisin, 200 p., avec 117 fig. dans le texte. Prix : 14 fr. — Paris. G. Doin.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

A titre d'essai, les bureaux de la douane à la gare de Bercy sont ouverts sans interruption de 9 h. à 18 h., alors que précédemment ces bureaux étaient fermés de 12 à 14 h. et à partir de 17 h.

Les opérations de dédouanement et de livraison des wagons complets, marchandises au détail et colis postaux peuvent donc être effectuées sans interruption pendant 9 h. par jour.

Le public est invité à profiter largement des nouvelles facilités qui lui sont offertes, afin que la mesure appliquée à titre d'essai puisse être adoptée définitivement.

Les Psychoses cocaïniques, par le Dr H. PIOUFFLE. In-8 avec 5 pl. hors texte. — Prix : 12 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Manuel médical. Formulaire thérapeutique, par le docteur Ernest LIOTARD (de Nice). — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES ET DIAGNOSTIC DES ANÉVRISMES DE LA CROSSE DE L'AORTE

On désigne ainsi une tumeur résultant de la dilatation progressive d'un segment de la crosse aortique dont la paroi altérée a perdu de sa résistance.

Les anévrismes de la crosse de l'aorte se présentent sous des aspects cliniques très variables selon leur siège et l'évolution plus ou moins rapide de l'affection. Ils sont quelquefois absolument *latents*, ne se révélant que par une complication : leur rupture, par exemple, qui est suivie de mort plus ou moins rapide. Mais d'ordinaire, il est classique de décrire minutieusement un syndrome de compression médiastinale, complexe, varié, et qui se manifesterait avant les signes physiques. En réalité, il semble plus exact de dire que si l'anévrisme se développe dans l'intérieur du médiastin, les signes fonctionnels prédominent; quand l'anévrisme se développe en avant dans la portion ascendante de la crosse aortique, ce sont les signes physiques qui occupent le premier plan et donnent à la maladie son allure clinique spéciale.

Comme *type clinique*, nous aurons en vue l'anévrisme de la portion ascendante ou du 1er coude de la crosse aortique. Il se traduit par des signes physiques de tumeur progressive, avec peu ou pas de symptômes de compression.

DESCRIPTION CLINIQUE. — **I. Début.** — L'anévrisme de la crosse survient, en général, chez un individu âgé de 45 à 50 ans, tant chez l'homme que chez la femme, qui a été atteint antérieurement de syphilis, de rhumatisme ou de paludisme. On ne saurait trop insister sur le rôle de la syphilis, qui favorise le développement de toutes les maladies artérielles; bien souvent d'ailleurs la signature de la cause de cette maladie est donnée par la coexistence d'un anévrisme avec un tabes ou une paralysie générale. D'autres fois, dans les antécédents, on retrouve une maladie générale telle que la scarlatine ou la fièvre typhoïde, ou bien des intoxications chroniques : plomb, alcool, tabac, ou bien goutte, obésité, rhumatisme chronique.

Aussi, bien souvent, le début de la maladie est lent et insidieux. Marqué pendant longtemps par des signes d'artériosclérose ou d'aortite chronique ; ce sont des douleurs diverses, de la dyspnée, de la toux, des troubles dyspeptiques, de la dysphagie. Ce n'est que dans la suite et par des examens attentifs que l'on verra se développer une ectasie aortique.

D'autres fois, d'emblée, dès le 1er examen, on se trouve en présence d'un anévrisme constitué, avec tous ses symptômes typiques.

II. Etat. — *A*. SIGNES PHYSIQUES. — 1. *Habitus extérieur*. — Le malade se présente avec le facies d'un aortique, pâle, souvent penché en avant du fait de sa douleur : le visage présente un aspect de pâleur terreuse jointe à l'expression d'anxiété. Parfois la tête est animée de pulsations qui la soulèvent rythmiquement (signe de Musset).

2. *A l'inspection*, on peut voir une voussure, plus ou moins accentuée, arrondie, assez régulière, visible à jour frisant, située à droite du sternum, au niveau du 2e et du 3e espace intercostal dans les anévrismes de la partie ascendante de la crosse. Elle siège au niveau de la fourchette sternale, dans les anévrismes de la convexité. Enfin, parfois, sur le bord gauche du sternum, ou même dans le dos, entre la 6e et la 10e côte.

Cette voussure présente des pulsations visibles, rendues plus évidentes encore en collant sur la peau un index de papier (Stokes).

A cette voussure s'ajoute un œdème plus ou moins accentué avec de la dilatation des veines sous-cutanées.

3. La *palpation* montre encore mieux les battements anévrismaux. Cette tumeur *pulsatile* est en partie réductible et *expansive* : c'est-à-dire que les doigts placés au-dessus sont non seulement soulevés à chaque pulsation, mais aussi écartés l'un de l'autre. Il s'y ajoute un *thrill* discontinu, coïncidant avec les battements. La palpation attentive permet de déceler un double centre de battements et un double battement :

— Double centre de battements : le 1er est à la pointe du cœur, souvent refoulé à gauche vers l'aisselle ; le 2e est au niveau de la base du cœur, siège de la voussure pulsatile. La palpation simultanée de ces 2 centres de battements donne la sensation classique des 2 cœurs dans la poitrine (Stokes).

— Double battement : il a été surtout étudié par les méthodes graphiques de Marey et de François Franck. Le 1er battement est nettement systolique, fort, prolongé, avec thrill, dû à l'afflux sanguin qui dilate brusquement la poche anévrismale. Le 2e battement est postsystolique, succédant au précédent à 1/10e de seconde, si bien que la main n'arrive pas à les dissocier. Il semble bien être dû à la distension en 2 temps de la poche anévrismale, contrairement à la théorie de Bellingham (reflux de sang des collatérales dans le sac), ou à la théorie de Jaccoud (réflexion du sang sur les valvules sigmoïdes). D'ailleurs, il existerait un 3e battement, diastolique, indice de la réflexion du sang sur les sigmoïdes. Son existence est prouvée par le fait qu'il disparaît dans l'insuffisance aortique.

4. *A la percussion*, on trouve une zone de *matité* qui déborde au niveau du 2e espace intercostal droit, le bord droit du sternum. Le cœur normal, refoulé en bas et à gauche, forme avec cette matité aortique une sorte d'aire, qui peut être comparée au profil d'un casque. Il est à signaler, qu'après la percussion la matité aortique reste la même (signe de Cherchevski), alors que, dans la maladie de Hodgson, elle augmente d'abord de 2 à 3 cm., puis elle diminue rapidement, sous l'ébranlement fait par la percussion.

5. L'*auscultation* fait entendre, au niveau de l'anévrisme, des claquements ou des souffles.

Il y a souvent 2 *claquements* : le 1er claquement est sourd, systolique, né sur place et dû à l'extension propre du sac.

Le 2e claquement, diastolique, clangoreux, se propageant jusqu'à l'extrémité externe de la clavicule, dû au choc des sigmoïdes athéromateuses. Il disparaît dans l'insuffisance aortique.

Le *double souffle* remplace, dans certaines circonstances, le double claquement. Tous les auteurs (Stokes, Jaccoud, etc.) les considèrent comme des bruits anormaux, pathologiques dans les anévrismes, et manquant tant que la poche est élastique et a une surface lisse.

Le 1er souffle est systolique, doux ou râpeux, suivant l'état plus ou moins rugueux de la paroi interne du sac. Son maximum s'entend au foyer des bruits aortiques ou au siège de la voussure. Il se propage dans le sens du courant sanguin et semble dû au passage du sang par l'orifice rétréci du sac.

Le 2e souffle, diastolique, doux, inconstant, siégeant au niveau de l'articulation sterno-claviculaire droite dans l'anévrisme de la portion ascendante. C'est le plus souvent un souffle d'insuffisance aortique concomitante (Duroziez). D'autres fois, l'insuffisance aortique fait défaut, et la pathogénie de ce 2e souffle est alors des plus discutées. Il semble être un souffle extraanévrismal, causé par le déplacement de l'air dans une portion du poumon brusquement décomprimé (Potain et F. Franck). A côté de ces signes physiques locaux, constatables au niveau de la tuméfaction même, on doit rechercher des signes physiques éloignés.

B. SIGNES PHYSIQUES A DISTANCE. — L'examen du malade peut encore révéler des battements exagérés des artères du cou, des battements de l'aorte visibles au-dessus de la fourchette sternale. On a aussi signalé le pouls capillaire, les battements des artères rétiniennes.

Mais ce sont surtout les modifications du *pouls* qui sont les plus importantes.

L'examen du tracé du pouls radial au sphygmographe de Marey montre un tracé régulier mais modifié : les lignes d'ascension et de descente sont d'égale longueur.

L'étude comparative des pouls droit et gauche peut donner aussi d'utiles renseignements. Tantôt il y a un retard bilatéral des deux pouls radiaux qui sont faibles mais restent isochrones. L'anévrisme siège avant l'origine des gros troncs artériels.

Tantôt le pouls radial gauche est plus petit et retardé sur le pouls radial droit : l'anévrisme s'est développé entre le tronc brachio-céphalique droit et la sous-clavière gauche. Ce retard du pouls gauche peut aller jusqu'à la suppression complète.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DES HÔPITAUX. — *Médecine opératoire*. — Séance du 28 juin. — MM. Bloch, 16; Moulonguet, 17; Rouget, 18; Halphen, 19; Ramadier et Dufourmentel, 16; Le Mée, 18.

HOPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Le concours pour 3 places de chef de laboratoire de radiologie des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. Japiot, Coste et Badolle.

— Le concours de l'internat a commencé le lundi 28 juin 1920.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — M. le Dr Boursier est nommé chef de clinique obstétricale.

— M. le Dr Pesme est nommé chef de clinique ophtalmologique.

— LYON. — Le Conseil de la Faculté vient de proposer M. Villard comme titulaire de la chaire de médecine opératoire rendue vacante par la démission du prof. Maurice Pollosson.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — LIMOGES. — Le concours pour une place de professeur suppléant des chaires de physique et de chimie s'est terminé par la nomination de M. le Dr Bonneaud.

— Le concours pour une place de suppléant de la chaire d'histoire naturelle s'est terminé par la nomination de M. le Dr Chaillot.

— NANTES. — M. Viaud, suppléant des chaires de pharmacie et de matière médicale, est prorogé dans ses fonctions pour 5 ans à partir du 1er novembre 1920.

— POITIERS. — Le concours pour une place de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale s'est terminé par la nomination de M. le Dr Perdoux.

FACULTÉS DE PHARMACIE. — MONTPELLIER. — M. Massol, directeur de l'ancienne Ecole supérieure de pharmacie, est nommé doyen de la Faculté de pharmacie.

— NANCY. — M. Bruntz, directeur de l'ancienne Ecole supérieure de pharmacie, est nommé doyen de la Faculté de pharmacie.

— La chaire de pharmacie chimique de la Faculté de pharmacie de l'Université de Nancy est déclarée vacante.

Un délai de 20 jours, à partir de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour produire leurs titres. (*J. O.*, 25 juin 1920.)

— STRASBOURG. — M. Jadin, directeur de l'ancienne Ecole supérieure de pharmacie, est nommé doyen de la Faculté de pharmacie.

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — Un concours pour la nomination de 7 internes titulaires dont un en oto-rhino-laryngologie, et de plusieurs internes provisoires, s'ouvrira à l'hôpital le 15 juillet.

Pour les inscriptions et tous renseignements écrire avant le 10 juillet à M. l'administrateur délégué, 7, rue Pierre-Larousse, Paris (XIVe).

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — M. le médecin-major de 2e classe territ. Muret.

M. le Dr Marullaz, citoyen suisse.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET ÉCOLE DE PUÉRICULTURE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE. — CHAIRE D'HYGIÈNE ET DE CLINIQUE DE LA PREMIÈRE ENFANCE. (Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres, XVe.) — Un cours de revision et de perfectionnement sera fait à l'hôpital des Enfants-Malades, sous la direction de M. le prof. Marfan, du 26 juillet au 14 août 1920, par MM. Marfan, Weill-Hallé, Poulard, Henri Lemaire, Le Play, Blechmann, Dorlencourt et Hallez.

Le matin, à 8 heures et demie, cours; à 9 heures et demie, visite ou consultation; l'après-midi, à 16 heures, cours; à 17 heures, exercices pratiques et examens de malades.

Certains exercices pratiques auront lieu à l'Ecole de puériculture, rue Desnouettes.

LA PRESSE THERMALE ET CLIMATIQUE, dont nous recevons le premier numéro, n'est pas un nouveau journal, elle fait suite à la *Gazette des Eaux*.

Notre excellent confrère et ami le Dr Victor Gardette, son directeur, explique dans une note préface quelles considérations l'ont déterminé à modifier ce journal.

Tout en conservant sa documentation d'hydrologie et de climatologie scientifiques qui reste son objet principal, *la Presse thermale et climatique* cherchera à multiplier ses informations sur tous les sujets dont dépend le développement de nos stations thermales, climatiques, balnéaires et même touristiques, auxquelles la loi du 24 septembre 1919 vient de donner une physionomie très particulière. De plus nous savons qu'elle veut tenter de réaliser un gros effort de propagande pour faire mieux connaître, surtout aux médecins étrangers, la valeur thérapeutique de ces différentes stations et les déterminer à y envoyer leurs malades en plus grand nombre.

Elle semble avoir voulu rompre avec la tradition qui impose à tout journal scientifique une couverture d'allure sévère. Cette innovation n'est pas pour nous déplaire, elle incite certainement le destinataire à ouvrir le journal et à le parcourir, et c'est bien là un résultat qui a sa valeur.

Nous ne pouvons que féliciter notre ami Gardette de son initiative. Nous souhaitons qu'elle soit féconde car les difficultés présentes lui impriment un caractère vraiment audacieux.

Jules BUCQUOY

(1829-1920)

Nous avons le profond regret d'apprendre la mort accidentelle du vénéré doyen des médecins des hôpitaux de Paris, M. Jules Bucquoy.

Né à Péronne le 14 août 1829, M. Bucquoy avait fait ses études à Paris et il avait été reçu à l'internat le 6 janvier 1852, en même temps que Duchaussoy, Desnos, Zambaco pacha, Dolbeau et Blache. Médecin des hôpitaux en 1862, il fut chef de service aux Enfants-Malades et à Cochin Il était médecin de l'Hôtel-Dieu, en 1895, quand il fut atteint par la limite d'âge. En 1863, il avait été nommé agrégé à la Faculté de médecine de Paris, dans la section de médecine, en même temps que Jaccoud, Racle et Fournier. Il était membre de l'Académie de médecine depuis 1882 et officier de la Légion d'honneur.

Bucquoy était avant tout un clinicien. On lui doit d'importants travaux sur les maladies du cœur et sur l'ulcère du duodénum.

Médecin d'une haute probité professionnelle, il restera dans le souvenir de tous comme une des grandes figures médicales de notre époque. Toute sa vie a été vouée au travail, et lorsque, devenu médecin honoraire des hôpitaux, il n'eut plus de service, il consacra les années de sa verte vieillesse aux œuvres d'assistance médicale et aux travaux de l'Académie.

Bucquoy appartenait à une belle famille médicale; il était gendre de Danyau et descendant du baron Boyer.

Nous prions son gendre, M. le professeur Chauffard, et son petit-gendre, le professeur agrégé Guillain, d'agréer l'expression de notre très sincère sympathie.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES RENOUVELLEMENTS DE SURSIS

M. Miellet, député, demande à M. le ministre de la Guerre quelles mesures il compte prendre pour permettre aux étudiants de la classe 1920, actuellement en sursis, d'achever leurs études avant leur réincorporation. (*Question du 10 juin 1920.*)

Réponse. — Les étudiants de la classe 1920, actuellement en sursis régulier, ont la possibilité de demander le renouvellement de leur sursis jusqu'à 25 ans, conformément aux dispositions de l'article 21 de la loi de recrutement.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 5 juillet. — Jury : MM. Roger, président; Richet, Letulle et Roussy. — Mlle CARBONNIER (Jeanne). Influence de la guanidide sur l'excrétion de l'acide urique. — M. DUCHAMP (Pierre). Au sujet de broncho-pneumonies mortelles survenant chez les vieillards tuberculeux. — M. BARCY (Raoul). Etat actuel de la lutte sociale contre les cancers. — M. LUIZY (René). Quelques observations de rhumatismes blennorragiques. — M. DUVAL (Alexandre). Etudes personnelles sur l'alimentation.

Mardi 6 juillet. — Jury : MM. Achard, président; Marfan, Bezançon et Bernard. — M. PRUTY (P.). Le médecin et l'assistance indigène au Maroc. — M. LAPORTE (Pierre). Etude des polynévrites. — M. ODINET (Ary). Contribution à l'étude des formes méningées. — M. QUANTIN (Bernard). L'absorption des sucres chez le nourrisson. — M. THIBAULT (J.). Bactériothérapie des infections typhoïdiques.

Jury : MM. de Lapersonne, président; Robin, Jeanselme et Brindeau. — M. SZKOHNICK. Des huiles soufrées dans le traitement du psoriasis. — M. GADRAT. Le traitement de la grippe par les ferments métalliques. — M. LE CHAT (Joseph). L'hémianopsie double avec conservation de la vision centrale. — M. BOUSSIN (Maurice). Contribution à l'étude de la circulation placentaire. — M. RÉGLADE (Jacques). Etude de l'hydramnios aiguë.

Mercredi 7 juillet. — Jury : MM. Pouchet, président; Letulle, Sebileau et Couvelaire. — M. MAYOLLE (Pierre). Rétentions anormalement prolongées de parties fœtales. — Mlle MULOT (Marie). Contribution à l'étude des isoadrénalines. — M. BERTHIER (Paul). Organisation d'une consultation et d'un traitement ambulant de la syphilis. — Mlle MALLON (Suzanne). Appendicite et tuberculose. — M. PECKER (Marc). La spyrillose intestinale. — M. VEILLAT (Edouard). Voies d'accès et exploration de la région ptérigo-maxillaire. — M. THÉVENARD (Gabriel). Les mastoïdites profondes.

Jeudi 8 juillet. — Jury : MM. Dupré, président; Marfan, Vaquez et Jeanselme. — M. VAN NIEUVENHUYSE. La tension artérielle dans la tuberculose pulmonaire — M. WOILLEZ. Contribution à l'étude de la courbe oscillométrique. — Mme DE TANNENBERG. Contribution à l'étude de la ration alimentaire chez les enfants de 2 à 5 ans. — M. SARAZIN (Victor). La paralysie générale et la guerre. — M. BALÉSI (Charles). Contribution à l'étude de la valeur séméiologique de la phtriase. — M. LAFAYE (André). Méthodes nouvelles de diagnostic biologique de la syphilis.

Jury : MM. Desgrez, président; Balthazard, Bernard et Sicard. — M. DELARUE (Robert). Colonie scolaire de vacances, à Camiers (Pas-de-Calais). — M. ROULLÉ (Pierre). Le sanatorium d'Hendaye de 1899 à 1920. — M. LESUR (Jacques). Documents statistiques sur les accidents du travail. — M. CARAËS (Jean). De la mort subite au début des manœuvres abortives. — M. ROUDEAU (Jacques). Etude de l'étiologie des phlébites. — M. GALANIDÈS. Les varices occultes. — M. THÉVENOT. Contribution à l'étude du début de la tuberculose pulmonaire chez le nourrisson.

Jury : MM. de Lapersonne, président; J.-L. Faure, Carnot et Roussy. — M. WIART. Contribution à l'étude du pouls veineux rétinien. — M. DURAND. Blessures récentes des vaisseaux par projectiles de guerre. — M. MERCIER (Armand). Les corps étrangers intraorbitaires. — M. FERRIER (Jean). Etude des relations entre la carie dentaire et la tuberculose pulmonaire. — M. CORBEL (Paul). La prophylaxie de la diphtérie dans les écoles de la Ville de Paris (1919-1920). — M. DUBOIS (Georges). Physiologie de l'appendice iléo-cæcal.

REVUE GÉNÉRALE

LE CANCER DU RECTUM[1]

Par le Dr Ed. ANTOINE,
Interne des hôpitaux de Paris.

Formes cliniques. — De nombreuses formes cliniques peuvent être décrites suivant les symptômes et l'allure de la maladie : *forme floride* avec état général bien conservé, forme *dyspeptique* (Gosselin), forme *anémique*, forme *douloureuse*, etc. Nous insisterons surtout sur les cancers *latents* et les cancers *masqués* (Mondor); un symptôme local ou à distance peut prédominer et égarer le diagnostic : douleur fissuraire, symptômes dysentériques (Chalier), troubles vésicaux, gastriques, phénomènes inflammatoires, état fébrile sans cause réalisant une forme *fébrile* (Thiroloix et Mora).

D'après l'évolution, on peut décrire une forme *lente*, bien tolérée, durant plusieurs années avant d'aboutir à la cachexie; et une forme *rapide*, emportant le malade en quelques mois. On peut également opposer le cancer des *jeunes* au cancer des *vieillards*. Enfin suivant le type anatomique, on peut décrire le *squirrhe*, l'*encéphaloïde*, le *cancer colloïde*, le cancer des faces, le cancer *annulaire*, la *linite plastique* (Bensaude et Ockynczic), avec plusieurs noyaux étagés sur le tube digestif (estomac et intestin grêle). Enfin le *cancer total*, occupant tout le rectum depuis l'anus jusqu'à une hauteur plus ou moins grande dans le rectum ou le côlon. Il réalise alors comme un long défilé, anfractueux, comparable à un rétrécissement dysentérique. Dans un cas, que nous avons observé avec Bensaude, il s'agissait d'un cancer total colloïde, mesurant 20 cm. environ de longueur et qui s'est terminé en quelques mois par une carcinose péritonéale.

Diagnostic. — Le diagnostic du cancer ano-rectal ne peut être affirmé que par l'examen direct des lésions. L'examen de la région anale, le toucher rectal, la rectoscopie, l'examen aux rayons X, le toucher vaginal et la cystoscopie enfin permettront de voir la lésion, son siège, son étendue. Dans les cas de doute, il ne faudra pas hésiter à pratiquer une *biopsie* pour avoir une confirmation histologique de la malignité des lésions. Enfin ces procédés permettront de se rendre compte de l'envahissement et de l'étendue de la tumeur et par suite de son degré d'opérabilité. En règle générale, on peut dire que le cancer ano-rectal est accessible au simple examen de la région; le toucher rectal permettra de reconnaître les tumeurs de l'ampoule. Quant aux cancers ampullaires haut situés et aux cancers recto-sigmoïdiens, seuls la rectoscopie, et l'examen du segment inférieur du gros intestin par un lavement opaque aux rayons X permettront de poser le diagnostic. Ces moyens d'investigation que nous possédons à l'heure actuelle doivent être connus et employés par tous : en présence d'un symptôme faisant supposer une lésion du gros intestin terminal et du rectum, ce serait une faute grave, si l'on ne cherchait pas à dépister un cancer au début. Bien des cancers rectaux seront ainsi reconnus à temps et par suite opérables.

1° Inspection. — L'anus paraît souvent avoir perdu un peu de sa tonicité, le suintement fréquent, l'évacuation de produits pathologiques provoquent au niveau de la région périanale et dans le sillon interfessier une irritation fréquente avec rougeur, intertrigo, lymphangite, parfois des petites ulcérations et du prurit. Le cancer anal est facilement reconnu; il se présente sous 2 aspects classiques.

a. Tantôt, il s'agit de bourgeons, de végétations néoplasiques plus ou moins rouges, qui font saillie à l'extérieur de l'anus. C'est la *forme bourgeonnante*. Parfois un seul champignon fait hernie, ulcéré, reposant sur une base indurée, mal circonscrite, parfois même développé sur des hémorroïdes. D'autres fois il s'agit d'une masse en chou-fleur, formée de bourgeons développés sur des végétations, des fistules, des hémorroïdes. Le diagnostic est facile, car la lésion est sous les yeux.

b. Tantôt, et c'est la *forme interstitielle*, l'anus apparaît au toucher dur, inextensible, douloureux. Il s'agit d'une infiltration ano-rectale limitée à un côté ou tendant à devenir circonférentielle : l'anus reste béant, d'où l'incontinence qui en résulte.

Le *diagnostic différentiel* se pose avec :

— Le *chancre syphilitique*, qui est aussi induré, mais c'est une érosion plate, limitée, avec réaction lymphatique spéciale (pléiade de petits ganglions inguinaux avec un plus volumineux). Les accidents secondaires et la réaction de Wassermann compléteront le diagnostic.

— Les *condylomes* seraient rares au cours du cancer rectal et très fréquents au contraire au cours des rectites (Hartmann). Ils sont mous, élastiques, sans ulcérations, sans ganglions.

— Les *hémorroïdes externes* et ulcérées prêtent facilement à confusion au point de vue fonctionnel. Il ne faut pas poser le diagnostic d'hémorroïdes et s'en contenter sans avoir poussé plus loin l'exploration et rechercher l'induration locale ou un cancer placé au-dessus. On se rappellera que les hémorroïdes peuvent fréquemment coexister avec un cancer et que l'on doit pratiquer un toucher rectal pour s'assurer qu'il n'y a pas de cancer.

— Les *hémorroïdes thrombosées* ou marisques seront aussi facilement reconnues.

— La *tuberculose anale* est une affection rare. Elle peut être verruqueuse et proliférante, hypertrophique, ou bien ulcéreuse. Dans ces cas on devra avoir recours à la biopsie et à l'examen histologique.

— Enfin nous signalerons encore les *papillomes bénins*, qui sont mous, l'*actinomycose anale*, etc.

2° Toucher rectal. — Nous avons déjà dit quels renseignements précieux donnait ce mode d'exploration. Quénu et Hartmann ont minutieusement indiqué la manière de le pratiquer. Il doit être fait lentement, avec douceur. Il est inutile le plus souvent d'avoir recours à une insensibilisation de l'anus, sauf parfois dans le cas de fissure concomitante. Il est utile d'examiner le malade couché sur le dos, pour explorer plus aisément la face antérieure du rectum et les organes antérieurs du bassin (prostate, vessie, utérus). Mais on ne négligera jamais non plus de pratiquer le toucher chez le malade placé en position genu-pectorale. La pulpe de l'index, regardant en haut, pourra ainsi explorer avec beaucoup de soin la face postérieure du rectum qui forme une vaste courbe concave, parallèle au sacrum. On demandera au malade de pousser légèrement pour faire descendre sur le doigt qui explore une tumeur placée

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 57, p. 901.

plus haut et qui sinon ne pourrait être atteinte.

Normalement, le doigt qui pénètre dans le rectum déplisse les parois du rectum qui sont accolées, la cavité étant virtuelle. Au contraire dans le cancer, la sensibilité de la muqueuse serait émoussée (Delbet) et, les gaz persistant dans l'ampoule sans être expulsés, le doigt explorateur pénètre dans une véritable cavité (Delbet).

Nous appellerons encore l'attention sur un fait très important : on perçoit parfois une tumeur dure, sur la paroi antérieure; mais le doigt sent la muqueuse rectale souple glisser sur la tumeur. On croit alors à une lésion de la prostate, ou à petit fibrome postérieur de l'utérus. En réalité il peut s'agir parfois d'un cancer rectal plus haut situé, qui est descendu, prolabé, s'encapuchonnant de la muqueuse rectale sous-jacente et saine, qui glisse sur elle. De là l'erreur.

Les cancers bas de l'ampoule seront reconnus aux caractères suivants :

— *Il s'agit de végétations ou d'ulcérations plus ou moins fongueuses, dures, d'étendue variable.*

— *Elles reposent sur une base indurée.*

— *Elles sont douloureuses.*

— *Elles sont friables.*

— *Le doigt ramène du sang, du pus, qui ont une odeur extrêmement fétide.*

Le cancer peut être de petite dimension, sorte de bourgeonnement fongueux de la largeur d'une pièce d'un franc. D'autres fois, il est plus étendu et l'on sentira au toucher une masse entourant une grande partie du rectum, dont les bords sont relevés, durs, le milieu excavé, ulcéré, remplissant de bourgeons multiples la lumière du rectum. Des noyaux disséminés peuvent être perçus à distance de la tumeur principale. Parfois même, le cancer envahit en anneau le rectum (forme circonférentielle) et le doigt pénètre dans un canal anfractueux et irrégulièrement rétréci. Cet aspect atteint son maximum dans les cancers massifs infiltrés.

Enfin on se rendra compte de l'extension en surface et en profondeur, de l'envahissement et des adhérences avec les organes voisins, de l'existence de fistules et de la présence d'adénopathies rétro-rectales.

3° Procto-sigmoïdoscopie. — L'usage de la proctoscopie a été surtout vulgarisée en France par les travaux de Hartmann, Bensaude et Ockinczyc. M. Bensaude a publié récemment un atlas de rectoscopie remarquable avec des gravures en couleur; nous en extrayons de nombreux documents :

Dans la majorité des cas, grâce à la rectoscopie, on peut établir un diagnostic précoce et faire intervenir à temps le chirurgien. Très utile dans les cancers bas situés de l'ampoule, la rectoscopie rend surtout les plus grands services pour dépister les cancers haut situés, inaccessibles au doigt et les cancers recto-sigmoïdiens. Enfin dans tous les cas douteux, la rectoscopie est indispensable, car elle permet de pratiquer une *biopsie*. Grâce à la pince de Brunnings il est extrêmement facile de prélever une petite portion de la tumeur observée et de l'examiner au point de vue histologique. Ce mode d'exploration, qui est de pratique courante dans le service du Dr Bensaude à l'hôpital St-Antoine, nous a permis bien souvent de préciser un diagnostic hésitant, et de reconnaître un cancer d'un adénome ou d'un simple polype.

Bensaude distingue deux cas :

A. *L'examen endoscopique impose le diagnostic* : c'est la forme typique, le cancer végétant ou ulcéro-végétant, qui rappelle le cancer en chou-fleur. Ses caractères pathognomoniques sont les suivants :

— Il forme une *masse rouge*, bien limitée et tranchant sur la muqueuse avoisinante, qui est rose.

— Il *saigne spontanément* et dès qu'on le touche. L'hémorragie persiste malgré les tentatives d'hémostase par des tampons de coton.

— Il est *de consistance dure*. L'exploration de la tumeur à la sonde (type sonde de Kahlmann) montre cette induration.

— Il *arrête l'instrument dans sa progression*. L'infiltration empêche d'aller au delà de la tumeur quand il s'agit d'un cancer volumineux.

B. *Cas où l'examen endoscopique n'impose pas le diagnostic*. — Les difficultés rencontrées sont de 3 ordres :

1. La tumeur peut être masquée par des matières fécales ou des dépôts purulents, ou par des replis de la muqueuse.

2. Tantôt le cancer coexiste avec d'autres lésions rectales, que l'on reconnaît seulement. Aussi quelquefois découvre-t-on à un 2e examen un cancer passé inaperçu la première fois.

3. Tantôt enfin, le cancer revêt une forme anormale : cancer ulcéré, cancer infiltré, tumeur bénigne dégénérée ou cancer pédiculé (Bensaude).

— Le *cancer ulcéré pur* est constitué par une ulcération à fond régulier, à bords découpés, durs et saillants. Cette dureté des bords, la tendance aux hémorragies, la lésion unique sont en faveur d'un cancer. C'est une forme rare (Bensaude).

— Le *cancer infiltré primitif* est caractérisé par une sorte de plaque dure, enchâssée dans la paroi, par une sorte d'épaississement de la muqueuse sans ulcérations ni végétations ; ne donnant pas lieu à des hémorragies. La muqueuse est fortement œdématiée et forme des plis. Cette infiltration est remarquablement dure et le tube vient buter contre elle. Elle peut n'être que le prolongement d'une tumeur ulcérée sus-jacente que le rectoscope ne peut atteindre.

— Le *cancer pédiculé* ; parfois on ne peut découvrir qu'une végétation polypiforme. Le diagnostic est très difficile quand il s'agit d'un cancer pédiculé primitif ou d'un polype bénin dégénéré, un adénome, un papillome, une tumeur villeuse peuvent se cancériser secondairement. Seule la biopsie, répétée au besoin en plusieurs points, peut permettre de poser d'une façon certaine le diagnostic.

Enfin nous signalerons seulement : le cancer mélanique, qui est extrêmement rare ; ulcérée, la tumeur mélanique laisserait suinter une bouillie qui tache en noir le linge et dans laquelle on décèle au microscope des pigments mélaniques. Bensaude n'en a vu qu'un cas.

Le diagnostic différentiel de ces tumeurs de l'ampoule rectale sera donc facilité par le toucher rectal, la rectoscopie et par l'examen biopsique.

On éliminera les *tumeurs de voisinage* : fibromes utérins, hypertrophie prostatique, kyste de l'ovaire, hématocèle enkystée, pyosalpinx, etc., sur lesquels la muqueuse glisse facilement. Cependant on n'oubliera pas que ces lésions de voisinage peuvent retentir sur le rectum et provoquer même des symptômes de rectite plus ou moins accentuée avec syndrome dysentérique.

Les *hémorroïdes internes*, par les hémorragies répétées qu'elles provoquent, peuvent amener un état d'anémie assez intense pour faire penser à un cancer. Nous avons observé plusieurs cas semblables, chez lesquels on n'a découvert dans le canal anal que des hémorroïdes capillaires (Bensaude), qui avaient saigné récemment.

La *rectite proliférante*, ou molluscum ano-rectal, est constituée par des papillomes banaux ou des lésions de tuberculose végétante : le toucher permet de reconnaître la présence d'une série de végétations non indurées et plus volumineuses.

Les *recto-colites diverses*, graves, à forme hémorragico-purulente, relevant de l'amibiase, de la dysenterie bacillaire, des divers parasites ou des infections à salmonelloses (Antoine). La rectoscopie montrera des lésions variables depuis la simple congestion jusqu'aux ulcérations.

— Le *rétrécissement valvulaire, congénital*, à manifestation tardive, très bas situé et constitué par un diaphragme mince, dont la muqueuse est saine.

— Les *rectites sténosantes*, qui relèvent soit de syphilis, soit de blennorragie, soit de tuberculose rectale. Les rétrécissements tuberculeux sont comparables aux autres tuberculomes intestinaux ; ils surviennent de 15 à 35 ans chez des individus à antécédents personnels ou héréditaires tarés. Dans la première période, il y a des rectorragies, puis une extension progressive en hauteur. La tuberculose se retrouve aux poumons, à la prostate, aux reins, etc.

Les rétrécissements syphilitiques et blennorragiques siègent à 3-4 cm. de l'anus. Leur forme en entonnoir est caractéristique. Au-dessus, il y a une poche plus ou moins vaste avec de larges ulcérations, qui sont l'origine de pertes hémorragiques et purulentes abondantes.

— Le *polype du rectum* se caractérise par le jeune âge, l'absence d'émissions glaireuses. D'ailleurs on n'oubliera pas la dégénérescence possible des polypes simples, de même que des adénomes rectaux.

— La *tumeur villeuse du rectum* (Monod, *Th. de Paris*, 1919) est constituée par un amas de franges, une tumeur en grappe, à teinte rose, ou bien par un bloc gélatineux, blanchâtre, dont la surface est lisse, légèrement lobulée. Très mobile, bas située, molle, se laissant facilement repousser par le rectoscope, la tumeur villeuse est superficielle et n'envahit pas les tuniques profondes. Elle donne lieu à de l'hydrorrhée.

— Le *prolapsus du rectum ulcéré* peut aussi subir la dégénérescence cancéreuse.

Enfin nous signalerons seulement les tumeurs exceptionnelles : fibromes, myomes, sarcomes du rectum.

— Les *cancers secondaires du rectum*, c'est-à-dire secondaires à une tumeur du voisinage : Bensaude signale un cas de cancer du rectum secondaire à une tumeur kystique de l'ovaire.

De même le *cancer métastatique du rectum* (Bensaude et Ockynczic) qui revêt la forme infiltrée et qui, bien souvent, est secondaire à un cancer de l'estomac. Il siège à 5-8 cm. de l'anus et se présente sous la forme d'une saillie occupant la paroi antérieure, recouverte d'une muqueuse lisse et intacte. Il peut coexister avec des tumeurs multiples étagées le long du tube digestif.

— L'*ulcère chronique du rectum* (Quénu et Duval), caractérisé surtout par des hémorragies spontanées, en dehors des selles, parfois très abondantes. L'examen rectoscopique montrera la lésion ulcéreuse, mais souple, sans tendance à l'envahissement.

4° *Cancer recto-sigmoïdien ; rectoscopie et rayons X.* — Le cancer recto-sigmoïdien se révèle bien souvent par une complication : l'occlusion intestinale aiguë. Dans les services de chirurgie, c'est un fait d'observation courante : il s'agit de malades présentant depuis quelques mois seulement des phénomènes de constipation de plus en plus accentuée et chez lesquels une occlusion intestinale aiguë survient brusquement par un mécanisme variable (spasme, œdème et congestion, invagination de la tumeur, etc.).

Le diagnostic de siège de la tumeur sera fait par l'examen aux rayons X.

Le *radiodiagnostic* du cancer haut placé du rectum et du cancer recto-sigmoïdien peut être fait grâce au lavement opaque. L'étude attentive de la progression du lavement sous l'écran radioscopique peut montrer dans nombre de cas des aspects caractéristiques. D'après Bensaude et Guénaux, 2 cas sont à envisager selon qu'il y a un arrêt brusque et permanent du lavement ou selon qu'il y a un arrêt temporaire ou pas d'arrêt du tout.

1° S'il y a un arrêt brusque et permanent, la ligne d'arrêt peut se présenter sous divers aspects : tantôt elle est rectiligne, tantôt elle est irrégulière et dentelée, tantôt elle décrit une ligne courbe régulière, qui semble due à la distension d'une partie saine de la paroi intestinale (Bensaude et Guénaux). Dans certains cas même, on peut constater une *image lacunaire* et le lavement opaque arrêté se prolonge en une ombre plus ou moins comparable à la flamme d'une bougie.

2° Si après un certain temps d'arrêt, la colonne opaque parvient à franchir l'obstacle, on peut constater aussi des images anormales. Tantôt il reste seulement à ce niveau comme un flou ou une atténuation dans l'opacité de l'ombre. Parfois on peut voir aussi une image lacunaire circulaire, ou bien latérale, ou bien totale, séparant alors la colonne opaque en 2 tronçons isolés.

La proctoscopie permettra de déterminer la nature de la lésion qui provoque l'occlusion intestinale : 9 fois sur 10, il s'agit d'un cancer annulaire, en général peu végétant, infiltré surtout. Plus rarement on pourra se trouver en présence de lésions tuberculeuses ou syphilitiques.

— La *tuberculose hypertrophique de l'S iliaque* saigne peu, elle forme une tumeur plus étendue. Les selles peuvent contenir des bacilles de Koch.

— Le *syphilome de l'S iliaque* se caractérise par une infiltration de la sous-muqueuse. Au rectoscope, on voit un tunnel béant sur une longueur de plusieurs centimètres. La radioscopie montre un cylindre régulier, droit, de calibre égal. La réaction de Wassermann est positive.

— L'*actinomycose* est exceptionnelle.

— La *sigmoïdite aiguë* débute par des douleurs violentes dans la fosse iliaque avec constipation opiniâtre. Les matières sont dures et enrobées de pus et de sang, la langue est chargée, la fièvre élevée ; à la rectoscopie la muqueuse est congestionnée, rouge foncé avec œdème et dépôt muqueux. Des poussées successives peuvent aboutir à la forme suivante :

— La *sigmoïdite chronique hypertrophique* amène la formation d'une infiltration progressive avec épaississement du côlon. Crises d'obstruction avec

débâcles de matières, de pus et de sang. Légères poussées fébriles.

A la palpation, on perçoit une tumeur irrégulière dans la fosse iliaque gauche; la rectoscopie montre une muqueuse recouverte de mucus et de pus. Elle est granuleuse, rouge vif, et présente parfois des ulcérations irrégulières saignant peu, à fond plat. De cette sigmoïdite chronique on doit rapprocher les diverticulites et les périsigmoïdites, avec crises simulant une appendicite gauche. Le diagnostic serait également à discuter avec l'*entérocolite muco-membraneuse*. Il semble qu'on se laisse bien souvent aller à poser ce diagnostic trop simple, sans examiner complètement le malade. Bensaude aurait relevé 16 cas, dans lesquels l'erreur de diagnostic a été faite, et des malades atteints de cancer du rectum furent envoyés à Châtel-Guyon, Plombières, Vichy. C'est par l'histoire de la maladie, par les antécédents, par l'âge du malade et son état général, par les examens rectoscopique et radioscopique qu'on posera le diagnostic précis de la lésion recto-colique. On ne négligera aucun de ces procédés d'investigation, l'opportunité d'une intervention chirurgicale radicale dépendant de la précocité du diagnostic.

Traitement. — Sans entrer dans le détail des opérations et de leur technique ou de leurs indications propres, nous exposerons seulement la ligne de conduite que l'on doit suivre à l'heure actuelle, en présence d'un cancer du rectum. Les chirurgiens se sont attachés à perfectionner leur technique et à pouvoir ainsi étendre les indications opératoires et les limites d'opérabilité. Mais comme toute science, qui est susceptible d'évoluer et de se perfectionner, on ne saurait affirmer que la ligne de conduite tracée doive rester désormais sans changement : les progrès récents et pleins de promesse de la radiumthérapie nous montreraient le contraire.

I. Le cancer du rectum est-il opérable? — Avec Mondor, nous dirons que « tout cancer du rectum doit être opéré, si l'extirpation est anatomiquement possible ». On ne saurait trop s'arrêter sur l'âge, le sexe, l'état général du sujet, pour juger de l'opérabilité.

Lorsque l'état général du malade est suffisamment conservé, on se basera uniquement sur l'étendue et l'envahissement des lésions :

Un cancer fixé, immobilisé dans le bassin, ayant contracté des adhérences avec les organes voisins (sacrum et vessie surtout) ne peut être extirpé. Il faut cependant se méfier de la possibilité d'une gangue de cellulite pelvienne, qui peut immobiliser le rectum. Dans ce dernier cas, les réactions purement inflammatoires ne sont pas une contre-indication à l'opération.

Et même pour certains opérateurs très habiles (Hochenegg, Faure, Morestin), les adhérences du rectum avec la prostate, les vésicules séminales, le vagin et l'utérus ne doivent pas constituer une contre-indication.

La recherche des métastases, des adénopathies à distance, de l'envahissement du foie est également des plus importantes pour juger de l'opérabilité du cancer.

Dans certains cas enfin, on saura avoir recours à temps à une laparotomie exploratrice pour reconnaître le degré d'extension des lésions.

C'est au chirurgien, à juger sur place, et à décider au cours de la laparotomie s'il doit faire une exérèse complète ou se borner à une opération palliative.

II. Traitement curatif ou radical. — Ce traitement s'est beaucoup perfectionné depuis ces dernières années; il variera suivant le siège des lésions :

1° Dans le cancer bas, ano-rectal, on fait l'amputation basse du rectum avec extirpation périnéale (Lisfranc). On a donné plus de jour à cette opération en réséquant le coccyx (Verneuil).

2° Dans les cancers ampullaires, l'extirpation haute du rectum a été pratiquée, après résection partielle du sacrum (Kraske).

3° Dans les cancers recto-sigmoïdiens, on a recours à l'ablation par la voie abdominale.

A l'heure actuelle, il semble que l'amputation abdomino-périnéale soit l'opération de choix. C'est celle qui donne le plus grand jour, qui permet l'extirpation des masses ganglionnaires haut placées, l'exploration des autres viscères abdominaux; on doit toujours conserver le sphincter anal. Cette opération consiste en 2 temps : on fait d'abord un anus iliaque définitif, puis, après désinsertion du côlon et du rectum, on enlève le tout par la voie périnéale. Mais si l'intégrité sphinctérienne est certaine et si le côlon pelvien est mobile, on peut obtenir l'abaissement de l'intestin et sa réunion à l'anus conservé. Il semble que ce soit là l'opération idéale, lorsque toutefois elle est praticable.

Résultats. — L'opération périnéale n'aurait, d'après Hartmann, qu'une mortalité de 15,8 p. 100 et le nombre des récidives serait de 68 p. 100.

Au contraire dans l'opération abdomino-périnéale, la mortalité opératoire est de 37 p. 100, alors que les récidives ne sont que de 18 p. 100. « Sur 13 malades suivis, 1 récidive par métastase hépatique; 2 malades morts par maladie intercurrente sans récidive; les autres bien portants : 1 après 8 ans, 2 après 4 ans; 2 après 3 ans; 2 après 2 ans; 1 après 18 mois; 1 après 15 mois; 1 après quelques mois. » (Hartmann). Ces résultats sont pleins de promesses.

III. Traitement palliatif. — Si le cancer est trop avancé, si le foie est envahi, si la tumeur est adhérente au bassin, ou à la vessie, si le malade est trop cachectique, on se bornera au traitement palliatif.

L'*anus iliaque* sera fait, sans trop attendre, dès que le malade présente des signes d'obstruction intestinale, ou si les douleurs sont très vives, occasionnées par le passage de matières durcies. La fausse diarrhée, les pertes hémorragiques et purulentes abondantes sont autant d'indications pour l'établissement rapide d'un anus iliaque.

Cette intervention, vraiment bénigne, amène une amélioration rapide et considérable de ces symptômes : la diarrhée disparaît, les selles sont moulées, les pertes diminuent, l'appétit revient et le malade reprend du poids. De longues survies sont ainsi possibles.

Comme *régime*, on conseillera une alimentation variée peu putrescible : les laitages, les purées, les féculents, les légumes verts bien cuits, les fruits cuits, les confitures constitueront la base de cette alimentation.

En cas de constipation, on prescrira de petites doses d'huile de ricin, de la magnésie ou de l'huile de paraffine.

Pour remonter le malade, les injections de strychnine et de cacodylate de soude, d'hectine seront largement employées.

Enfin contre les douleurs, qui fatalement arriveront à la période terminale, on aura recours aux

petites doses de laudanum (v à VIII gouttes plusieurs fois par jour) contre les douleurs et coliques abdominales. Si ces doses ne sont pas suffisantes, on emploiera largement la morphine.

Les suppositoires calmants à la belladone, à la morphine, à la codéine, à la dionine calmeront bien les douleurs.

RADIUMTHÉRAPIE. — Si la *radiothérapie* n'a pas donné encore les résultats heureux, qu'on devait attendre d'elle, pour le traitement des cancers viscéraux, c'est justement parce que ces tumeurs sont trop profondément placées et, de ce fait, se trouvent hors de la portée des rayons X. Peut-être peut-on espérer que l'utilisation d'appareils de plus en plus puissants et de rayons de plus en plus pénétrants permettra d'obtenir à l'avenir des résultats semblables à ceux que l'on obtient dans le traitement des tumeurs superficielles.

En attendant, la *radiumthérapie* a fait de son côté de très grands progrès ; l'utilisation, vraiment plus simple, de l'émanation des sels de radium permet à ce sujet les plus grands espoirs. Outre que ce procédé permet de mettre à la portée d'un plus grand nombre de malades l'action radioactive d'une petite quantité de radium élément, il a permis également d'améliorer la technique. L'émanation de radium contenue dans un tube de verre, lui-même placé dans un étui de platine et de plomb, est fixée à l'extrémité d'une sonde de caoutchouc ordinaire. Cette sonde est introduite dans le rectum et, sous le contrôle de la rectoscopie, l'extrémité, qui contient le tube d'émanation, est appliquée aussi exactement que possible contre la tumeur rectale.

La fixation du tube est fort malaisée, et l'on s'est adressé soit à des petits crochets, soit au tamponnement serré par des compresses, sans obtenir toutefois la perfection. Bensaude conseille de fixer la sonde avec un fil aux poils de la région périnéo-anale. Le tube est ainsi laissé en place 24 heures et plus si c'est possible. Les applications sont renouvelées toutes les 5 à 6 semaines environ.

L'action du radium est assez nette : elle arrête les hémorragies et les douleurs dans bien des cas. Mais on n'obtient pas les mêmes résultats dans tous les cas : dans les cancers annulaires, cylindriques, le tube d'émanation produit le maximum d'effet; au contraire, dans les cancers limités à une face, il est fort difficile de maintenir en place le tube et d'empêcher l'irradiation des parties voisines de muqueuse saine. Ce qui n'est pas sans inconvénient. D'autre part, la radio-puncture, qui a pu être utilisée dans les cancers de la langue et de l'amygdale, n'a pu encore être employée au niveau du rectum. En somme cette méthode nouvelle semble permettre les plus grands espoirs ; elle est encore trop récente pour être jugée à sa juste valeur et elle paraît devoir produire de bien meilleurs résultats quand la manipulation de l'émanation et la technique de son application auront reçu les perfectionnements nécessaires.

BIBLIOGRAPHIE

Nous ne donnons que les indications bibliographiques principales et les plus récentes, renvoyant pour le reste aux travaux antérieurs.

QUÉNU et HARTMANN. *Chirurgie du rectum*, 1899.

OCKINCZYC. Le cancer du côlon, *Th. de Paris*, 1907.

A. CHALIER. Traitement chirurgical du cancer du rectum, *Th. de Lyon*, 1910.

J.-Ch. ROUX. Formes cliniques du cancer du rectum, *La Clinique*, 25 nov. 1910.

IIe Congrès internat. de chir.

BRAÏTSEFF. Le cancer du rectum, *Th. de Moscou*, 1910.

HARTMANN. Résultats opératoires, *Journ. de chir.*, 1913.

BENSAUDE. Les formes cliniques du cancer du rectum, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 31 oct. 1913.

MONDOR. *Th. de Paris*, 1914.

CUNÉO. *Journ. de chir.*, mars 1914.

LYNCH. *Maladies du côlon et du rectum*, New-York 1914.

GIRAULT. Cancer du côlon pelvien, *Th. de Paris*, 1914.

LOCKHARDT MUMMERY. *Maladies du rectum et de l'anus*, Tindalland et Co, Londres 1914.

BENSAUDE et GUÉNAUX. Le radio-diagnostic des sténoses du gros intestin, *Paris méd.*, juin 1917 ; — Le radio-diagnostic du cancer du gros intestin, *Arch. des mal. de l'app. dig.*, 1917.

ANTOINE. Les recto-colites graves, *Th. de Paris*, 1920.

BENSAUDE. *Traité de rectoscopie*, Masson, Paris 1920.

BENSAUDE et ANTOINE. Les colites et les recto-colites graves non dysentériques, *Gaz. des hôpit.*, 28 fév. 1920.

Cl. REGAUD. Traitement des cancers par la radiumpuncture, *Paris méd.*, 7 fév. 1920.

CESBRON. La technique de la radiumthérapie au Memorial hospital de New-York, *Presse méd.*, 7 avril 1920.

L'AZOTÉMIE

AU COURS DES MALADIES INFECTIEUSES

L'AZOTÉMIE DANS LA ROUGEOLE DE L'ENFANCE DANS LA VARIOLE & DANS LE TYPHUS EXANTHÉMATIQUE L'AZOTÉMIE MÉDICAMENTEUSE

Par JEAN MANET.

Il y a peu de temps, nous faisions paraître, avec notre maître M. le docteur Payan, une revue générale sur l'azotémie et la diurèse uréique (1). Appelé à poursuivre des recherches sur cette question, nous avons étudié l'azotémie dans les maladies infectieuses et nous avons obtenu, au cours de la rougeole de l'enfance, de la variole et du typhus exanthématique, des résultats intéressants que nous allons rapidement envisager aujourd'hui.

L'AZOTÉMIE AU COURS DE LA ROUGEOLE DE L'ENFANCE. — Nous avons pratiqué un grand nombre de dosages de l'urée dans le liquide céphalo-rachidien chez de jeunes enfants rougeoleux dont l'âge variait de dix-huit mois à dix ans et qui présentaient, quant à leur état pathologique antérieur et quant aux complications de l'affection, des aspects cliniques très polymorphes.

D'après les indications du laboratoire, il résulte que, dans la rougeole simple, deux éventualités peuvent se produire : ou bien, le taux uréique peut s'élever au début de l'éruption et tomber rapidement à la normale au début de la desquamation, ou bien, normal, ou presque, au début de la maladie, ce taux s'élève à la fin de la pyrexie et au début de la convalescence. Dans un cas par exemple, chez un enfant de deux ans, l'azotémie qui était de 0g520 pour 1.000 en pleine période d'état, tomba à 0g228 à la fin de la période fébrile et au commencement de la desquamation ; par contre,

(1) L. PAYAN et J. MANET. L'azotémie et la diurèse uréique. Rev. gén., *Gaz. des hôpit.*, nos 74 et 76, 29 nov. et 6 déc. 1919.

La bibliographie de l'azotémie n'ayant pu paraître faute de place, en même temps que notre revue, on la trouvera au complet dans notre thèse inaugurale : J. MANET. *L'azotémie au cours des maladies infectieuses*, Montpellier, 1919.

chez un autre rougeoleux de huit ans, l'azotémie, qui était de 0g333 en pleine éruption, se trouva égale à 0g440 deux jours après la chute de la température et s'éleva jusqu'à 0g619 au huitième jour de l'apyrexie alors que l'enfant paraissait cliniquement guéri. Il est vrai que ce chiffre élevé ne se maintint pas longtemps et que quarante-huit heures après on ne constatait plus que 0g335. Dans plusieurs de nos observations, nous arrivons à des données semblables.

Pour expliquer un pareil phénomène, Achard et Feuillée (1), qui ont également trouvé des taux élevés d'urée dans la convalescence de certaines maladies infectieuses, invoquent une rétention azotée par « utilisation réparatrice des albumines », rétention qu'ils auraient constatée par l'étude des bilans azotés chez les convalescents.

Dans la rougeole compliquée de bronchite congestive, de congestion pulmonaire, de bronchopneumonie, le chiffre de l'azotémie, élevé à la période d'état, s'abaisse à la fin de la période fébrile. Cependant, et d'une façon générale, il est plus fort que dans la rougeole simple (entre 0g450 et 0g550 à l'apogée de la rétention uréique). Le chiffre le plus considérable que nous ayons obtenu a été de 0g742 chez un enfant de dix ans atteint de rougeole et bronchite congestive.

D'autre part, le taux de l'urée du liquide céphalo-rachidien peut se maintenir élevé ou augmenter encore, la rougeole terminée, la complication évoluant pour son propre compte. Il y a alors parallélisme entre la gravité de l'affection et la valeur de l'azotémie.

L'état antérieur de l'enfant ne paraît pas influencer la rétention que nous avons vue évoluer comme dans les cas précédents chez des tuberculeux pulmonaires, des hérédo-syphilitiques, des coquelucheux.

La pathogénie de l'azotémie, dans ces nombreuses observations de rougeole, nous a toujours paru relever de l'histolyse tissulaire : la cachexie de nos petits malades était, en effet, bien souvent considérable et d'autant plus considérable que les taux uréiques étaient plus élevés. Un certain degré d'imperméabilité rénale existait probablement dans nombre de cas, quoique nous n'ayons trouvé qu'une seule fois une légère albuminurie (0g10) d'ailleurs très fugace.

Mais toutes différentes et plus intéressantes sont les conclusions auxquelles nous a amené l'étude de l'azotémie au cours de la rougeole compliquée d'entérite aiguë et suraiguë.

Chez tous ces enfants, en effet, nous avons toujours obtenu des chiffres d'urée très faibles (jusqu'à 0g126 chez un enfant de deux ans). Ces chiffres ont été d'autant plus faibles que les selles étaient abondantes et fréquentes. La rougeole simple ou compliquée d'accidents pulmonaires évolua avec une azotémie forte qui tomba au-dessous de la normale dès l'apparition de l'entérite; les crises diarrhéiques conjurées, le taux de l'urée augmenta dans tous les cas.

Ces conclusions sur l'influence des crises d'entérite sur la valeur de l'azotémie dans la rougeole sont assez surprenantes. Les auteurs, en effet, arrivent à des résultats tout autres. Nobécourt et Maillet (2), qui ont si bien décrit l'azotémie des nourrissons, en signalent une forme aiguë méningée qui peut s'accompagner d'accidents gastro-intestinaux violents quoique le taux de l'urée soit et reste élevé ; dans la forme athrepsique de l'azotémie du nourrisson, les mêmes troubles intestinaux existent aussi.

Dans les entérites cholériformes et le choléra nostras [Froin et Marie (1)], dans les gastro-entérites infantiles, dans le choléra asiatique [Valk et Langen (2)], des taux élevés d'urée sont signalés.

L'oligurie, la cachexie et partant la cytolyse sont invoquées dans la pathogénie de pareilles azotémies.

Enfin Mattéi et Lesieur (3) décrivent des entérites urémigènes avec diarrhée persistante et tenace, qui s'accompagnent de rétention uréique. Ici, l'insuffisance rénale (l'albuminurie est fréquente) est à la genèse de l'azotémie.

Dans nos observations (6 cas) de rougeole simple ou compliquée, où nous avons noté des accidents intestinaux graves, la cachexie et l'histolyse tissulaire étaient indéniables. Quant à l'insuffisance rénale, nos recherches n'ayant pas porté sur ce point, si l'albuminurie était absente, il est fort possible qu'elle ait existé à un certain degré dans quelques cas. Mais la seule explication plausible qui nous paraisse devoir être donnée à l'appui des faits expérimentaux que nous relatons, c'est que l'intestin, dans ces cas, a servi de véritable émonctoire et que les selles nombreuses et abondantes ont entraîné au dehors une quantité notable d'urée. Il est permis de croire que les phénomènes intestinaux ont agi avec le même mécanisme que la saignée séreuse que l'on cherche à produire artificiellement dans l'urémie par l'action des purgatifs drastiques.

D'autre part, nos petits malades étant soumis à une diète hydrocarbonée rigoureuse, aucun apport alimentaire d'albumine ne pouvant entrer en ligne de compte, la rétention d'urée était diminuée de ce fait.

Des dosages d'urée dans les selles, que nous n'avons pu pratiquer, nous auraient permis d'établir si l'élimination intestinale pouvait compenser l'azotémie par insuffisance rénale et cytolyse et nous auraient également permis de fixer le degré d'insuffisance de la glande hépatique.

L'AZOTÉMIE AU COURS DE LA VARIOLE. — Nous n'avons pu pratiquer des dosages de l'urée sanguine au début de la maladie, les varioleux entrant, en effet, à l'hôpital au moment où l'éruption était déjà avancée. Cependant les résultats que nous avons obtenus nous permettent de tirer des conclusions intéressantes.

Dans les cas bénins, l'azotémie s'est toujours montrée élevée au début de la suppuration pour tomber à un chiffre normal, ou presque, en même temps que la température.

Dans les varioles simples, le taux de l'urée sanguine n'a jamais dépassé 0g764 pour 1.000, mais il s'est montré plus élevé dans les varioles confluentes ou hémorragiques secondaires. Nos cas de ce genre

(1) ACHARD et FEUILLÉE. Rétention de l'urée dans les maladies aiguës, *Soc. de biol. de Paris*, 1912.

(2) NOBÉCOURT et MAILLET. Azotémie et athrepsie : la forme athrepsique de l'azotémie, *Soc. de pédiat.*, 1912. — MAILLET. Azotémie des nourrissons, *Thèse de Paris*, 1913.

(1) FROIN et MARIE. Etude d'une entérite cholériforme à l'hôpital Claude-Bernard. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1911.

(2) VALK et LANGEN. Cités par VIOLLE, in *Le Choléra*, 1919.

(3) LESIEUR. La gastro-entérite urémigène, *Presse méd.*, 1912. — MATTÉI. Insuffisance rénale et troubles gastro-intestinaux chez les soldats en campagne. *Paris méd.*, 1917.

s'accompagnaient d'ailleurs d'accidents nerveux et il a été intéressant de constater que l'azotémie était très élevée dans les cas où les malades présentaient de l'ataxo-adynamie ($0^{gr}763$ chez un enfant de neuf ans, $1^{gr}052$ et jusqu'à $3^{gr}001$).

Chez un enfant de vingt-sept mois, atteint de variole hémorragique secondaire compliquée de broncho-pneumonie, la valeur du taux uréique dans le liquide céphalo-rachidien a été de $0^{gr}425$ au stade vésiculaire et de $0^{gr}635$ au stade de suppuration.

Enfin, dans un cas mortel de variole confluente, l'azotémie s'est montrée continuellement croissante. De $0^{gr}714$ au début de la suppuration, elle s'est élevée jusqu'à $1^{gr}023$ au moment où le malade présentait des complications suppurées graves : deux phlegmons et deux abcès.

Si dans nos observations, nous n'avons jamais constaté d'albuminurie, l'oligurie était indéniable dans les cas graves et elle peut être considérée comme un important facteur pathogénique au même degré que la cachexie qui était alors extrême.

Enfin chez un de nos malades qui présenta des taux d'urée très forts, les pustules détruites et la peau enlevée par larges lambeaux avaient occasionné de vastes plaies vives. Ces accidents ont pu intervenir, au même titre que les phlegmons et les abcès du malade précédent, comme cause de l'azotémie et celle-ci peut être rapprochée de l'*urémie traumatique*. La résorption des albumines désintégrées au niveau des plaies et des tissus nécrosés serait une source d'urée que certains auteurs invoquent à l'origine de l'azotémie des grands blessés [Fiessinger, Ameuille, Wertheimer, Fabre et Clogne, Reynès (1)].

L'AZOTÉMIE AU COURS DU TYPHUS EXANTHÉMATIQUE. — Dans nos observations de typhus exanthématique, l'azotémie nous a paru pouvoir être toujours rattachée à la désassimilation rapide et profonde de l'organisme fortement intoxiqué, à l'oligurie souvent rencontrée et à un certain degré d'imperméabilité rénale qu'il est difficile de révéler cliniquement, mais qui doit indubitablement exister, comme le démontrent les lésions rénales fréquemment trouvées à l'autopsie.

Les taux d'urée se sont montrés en rapport avec la gravité de l'affection. Ils sont d'autant plus élevés que les manifestations de la maladie sont plus sérieuses. Dans les cas bénins, ils n'ont pas dépassé $0^{gr}957$ pour 1.000 et, sitôt l'apyrexie obtenue, l'azotémie est redevenue normale.

Dans un cas grave, non mortel, l'azotémie fut encore de $0^{gr}773$ après quatre jours d'apyrexie, mais elle tomba à la normale six jours après.

Les taux les plus forts, au-dessus de 1 gramme et jusqu'à $2^{gr}220$ ont toujours accompagné des accidents nerveux : des crises convulsives et du méningisme dans un cas, et surtout, le plus fréquemment l'ataxo-adynamie.

Jouve-Balmelle (2), Rathéry et Vanstenberghe, chez les typhiques ataxo-adynamiques ou qui présentaient des complications méningées, ont également noté des taux élevés d'urée, ce qui permet de croire que l'*ataxo-adynamie est une manifestation nerveuse de l'azotémie dans les maladies infectieuses.*

L'AZOTÉMIE MÉDICAMENTEUSE. — La pathogénie de l'azotémie dans les maladies infectieuses est très complexe. D'une part la surproduction de l'urée par désintégration tissulaire et désassimilation de l'organisme, d'autre part l'obstacle à son élimination par oligurie ou imperméabilité rénale, sont les causes que l'on peut le plus souvent invoquer. Mais à côté de ces facteurs importants, il en est d'autres qui ont aussi un rôle réel, par exemple l'apport d'albumines par l'alimentation. L'expérience d'Ambard est concluante à cet effet, puisque cet auteur fait ingérer à des chiens du lait caillé pour déterminer la valeur de la concentration maximum de l'urée dans l'urine. Or, presque tous nos malades aigus sont soumis à la diète lactée.

De la complexité du problème, naissent des divergences entre les auteurs qui s'occupent de la question et c'est pour cela que nous voyons des expérimentateurs différents ne pas arriver à des conclusions semblables pour des cas cliniques qui paraissent identiques.

Nous nous sommes demandé si d'autres causes d'erreur ne pouvaient entrer en ligne de compte pour expliquer ces divergences et nous avons fait porter nos recherches sur les troubles que pouvait apporter, dans l'interprétation des dosages, l'ingestion d'acétate d'ammoniaque, médicament dont on use *larga manu* dans les maladies infectieuses (grippes, pneumonies, broncho-pneumonies, fièvres éruptives, etc.).

Depuis longtemps déjà, les physiologistes nous ont appris que les sels ammoniacaux peuvent être les précurseurs de l'urée dans l'organisme. L'expérience suivante le démontre : si on fait ingérer à un chien un sel à acide organique de soude ou de potasse, du citrate, par exemple, les urines deviennent alcalines ; au contraire, un sel à acide organique d'ammoniaque étant ingéré, les urines restent acides. Or, la plupart des acides organiques sont éliminés par les reins sous forme de carbonates alcalins ; si les sels ammoniacaux ne rendent pas les urines alcalines, c'est que le carbonate d'ammoniaque a été transformé dans l'économie en un produit à réaction neutre, l'urée vraisemblablement.

En effet, si à un animal en équilibre azoté on injecte dans les veines un sel ammoniacal à acide organique (citrate, carbonate, formiate, acétate, etc.), on constate que la quantité d'urée urinaire augmente alors que la quantité des sels ammoniacaux reste la même.

Nous avons vérifié si ce qui se passe expérimentalement chez l'animal se passait également chez l'homme et nous avons procédé à l'expérience suivante :

Quatre sujets, jeunes et cliniquement exempts de toute affection, ont été tenus à une diète hydrocarbonée absolue pendant quatre jours.

Le cinquième jour, nous effectuons le dosage de leur urée sanguine. Au moment de la prise de sang, nous leur faisons ingérer 10 grammes d'acétate d'ammoniaque ; deux heures après, nous prati-

(1) AMEUILLE. Production de l'urée dans les tissus en cours de nécrose, *Acad. de méd.*, 1917. — N. FIESSINGER. Etude de l'état de shock dans une ambulance de l'avant, *Réunion méd.-chir. de la 3e armée.* — REYNÈS. L'urémie des blessés de guerre, *Acad. de méd.*, 1918. — WERTHEIMER, FABRE et CLOGNE. Sur les modifications humorales et la rétention de l'organisme dans le shock, *Soc. de chir. de Paris*, 1919.

(2) JOUVE-BALMELLE. Considérations sur la fièvre typhoïde : fièvre typhoïde ataxo-adynamique et urémie cérébrale, *Progrès méd.*, 1916. — RATHÉRY et VANSTENBERGHE. Syndrome urémique et azotémique au cours des maladies typhoïdes, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1915.

quons une nouvelle saignée et un nouveau dosage.

Les différences obtenues entre les deux variétés de dosages ont oscillé entre 0g167 et 0g700 pour 1.000.

L'acétate d'ammoniaque étant un sel que la thérapeutique utilise couramment, il semble que l'on doive tenir compte de l'apport médicamenteux dans l'étiologie de l'azotémie des maladies infectieuses au même titre que l'apport alimentaire.

Si un malade n'ingère pas ordinairement 10 grammes d'acétate en deux heures, il n'en reste pas moins vrai que les doses fractionnées du médicament constituent un apport d'urée qui, quoique faible, n'en est pas moins constant et, s'il existe un obstacle à l'excrétion uréique (imperméabilité rénale, oligurie), l'azotémie sera néanmoins augmentée.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 24 JUIN 1920)

Toxicité de certains greffons morts hétérogènes. — M. J. NAGEOTTE.

Sur la composition chimique du bacille tuberculeux. — M. A. GORIS.

Expériences de transmission d'une épidémie chez les animaux par l'intermédiaire de l'air. Influence de la température. — MM. A. TRILLAT et MALLEIN.

Lésions pulmonaires déterminées par les corps vésicants. — MM. A. MAYER, GUIEYSSE, PLANTEFOL et FAURÉ-FRÉMIET. Dans une note précédente, les auteurs ont étudié, au point de vue anatomo-pathologique, les effets de l'inhalation des gaz suffocants.

L'inhalation d'un corps vésicant, tel que le sulfure d'éthyle déchloré, détermine un ensemble de *lésions pulmonaires* bien distinct au point de vue anatomo-pathologique de celui qu'on observe après l'action des gaz suffocants. L'aspect macroscopique de l'appareil respiratoire tout entier témoigne d'ailleurs de cette différence, soit qu'on observe la muqueuse trachéale œdématiée piquetée de taches hémorragiques et de points de sphacèle, ou recouverte de larges fausses membranes fibrineuses ou d'enduits purulents, soit qu'on regarde l'aspect des lobes pulmonaires tachetés et marbrés de rouge avec des zones plus sombres d'infarctus ou qu'on en palpe les régions indurées.

Le *mécanisme* de la mort est absolument distinct, dans ce cas, de celui signalé relativement aux gaz suffocants ; on peut, en effet, considérer des *causes immédiates* telles que l'obstruction des voies aériennes par les fausses membranes ou les moules purulents, apportant un obstacle mécanique aux échanges respiratoires et déterminant l'asphyxie par défaut d'oxygène et accumulation dans le sang d'acide carbonique ; et des *causes secondaires* qui entraînent la mort par un mécanisme analogue à celui de la broncho-pneumonie. Mais, le plus souvent, chez l'homme en particulier, ce sont les lésions de bronchite capillaire qui entraînent à brève échéance une issue fatale.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 29 JUIN 1920)

Origine commune de la varicelle et d'un certain nombre de zonas. — M. NETTER communique trois séries d'observations qui montrent dans une salle d'hôpital jusque-là indemne l'entrée d'un malade atteint de varicelle ou de zona suivie de la succession de cas de varicelle et de zona séparés par des intervalles de 14 jours, c'est-à-dire le temps moyen de l'incubation de la varicelle.

Des faits analogues ont déjà été mentionnés qui doivent être interprétés comme établissant la communauté d'origine de la varicelle et d'un certain nombre de zonas.

L'éruption affecte la disposition du zona quand le virus de la varicelle se fixe au niveau des ganglions intervertébraux ou de leurs homologues.

On a quelquefois noté la coexistence de la varicelle et du zona chez le même sujet.

La splénectomie dans l'ictère hémolytique. — M. HARTMANN présente un malade chez lequel il a pratiqué la splénectomie pour un ictère hémolytique spléno-mégalique. L'ictère a disparu dans les jours qui ont suivi l'opération ; l'état anémique s'est déjà considérablement amélioré 4 semaines après celle-ci. C'est la troisième fois que M. Hartmann opère dans ces conditions et la troisième fois qu'il obtient un succès ; ses trois observations sont les trois premières guérisons obtenues en France.

M. VAQUEZ rappelle avoir, le premier, préconisé la splénectomie, il y a 12 ans, contre l'ictère hémolytique. Cette opération a été trop négligée en France. Elle a trouvé plus de faveur à l'étranger : dans certains cas, la rate n'est pas hypertrophiée, elle a conservé son volume normal, on a remarqué, en outre, qu'après l'opération la numération des globules restait parfois la même, malgré la guérison. Dans certains cas, en effet, il s'agit d'une congestion active de la rate, d'un hyperfonctionnement.

Les instituts médicaux. — L'académie reprend la discussion sur ce sujet. M. HAYEM dans un discours plein de logique, de bon sens et qui a été fort applaudi, après quelques critiques sur le projet du Gouvernement, après un éloge du dernier discours de M. Delorme, propose lui-même un programme fort étudié et qui semblerait bien propre à remplir tous les desiderata. Quel est le but à atteindre? Former des professionnels et faire marcher de pair l'Enseignement et la culture des sciences spéciales.

Il y a déjà longtemps que M. Hayem se montre partisan d'une réforme de l'Enseignement médical. Quelles réformes permettraient le mieux de réaliser ce double programme de l'Enseignement médical et de la culture des sciences médicales? L'élève en médecine doit faire ses études d'abord à l'hôpital, mais dans un hôpital transformé, présentant toutes conditions matérielles nécessaires. L'idéal serait une grande cité universitaire dans laquelle l'étudiant trouverait toutes les ressources indispensables à ses études. En France, nous ne possédons qu'une cité de ce genre, c'est celle de Strasbourg. L'étudiant doit aller le matin à l'hôpital et, dans la journée, entendre des conférences et se livrer aux travaux de laboratoire. A côté de l'hôpital doivent être les pavillons de dissection.

Dans cette cité universitaire, il ne faudrait pas que l'étudiant fût livré à lui-même. Il faudrait donc un personnel enseignant suffisant, les installations matérielles indispensables aux études médicales, l'outillage des laboratoires, des monuments et des pavillons spéciaux ; il faudrait que les divers instituts fussent dirigés par des spécialistes.

Nous ne devons pas, ajoute M. Hayem, nous borner à émettre nos plaintes entre nous, en petit comité. Il nous faut les exposer au grand jour, il nous faut gagner à notre cause l'opinion publique. Il nous faut son appui auprès des pouvoirs publics.

Ces instituts sont inexistants. Jusqu'ici on n'a rien fait.

Dans le programme à peine exquissé, que voit-on? Des étudiants attachés à l'hôpital Saint-Antoine, par exemple, devront aller de cet hôpital à Vaugirard. Que de temps perdu! M. Hayem fait remarquer que l'assistance publique possède, autour du nouvel hôpital de la Pitié, un vaste terrain où pourrait être édifiée la cité rêvée.

Il faut reconnaître que les études médicales sont actuellement très insuffisantes. Nous avons bien l'élite de l'internat, mais il ne faut pas qu'il n'y ait que quelques médecins d'élite. Il faut que tous les médecins aient reçu l'instruction indispensable.

En terminant, M. Hayem rappelle que la France, notre France victorieuse, est en péril par le fait de la dépopulation. C'est à l'Hygiène et à la Médecine qu'appartient le devoir de tout mettre en œuvre pour relever la population. Il n'y a donc rien à négliger pour mettre actuellement l'Enseignement professionnel au niveau des progrès de la science.



SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 18 JUIN 1920)

Note à propos de quelques cas d'encéphalite épidémique observés à Brest. — MM. H. BOURGES et A. MARCANDIER (*présentés par M. Babonneix*). Les auteurs communiquent 5 nouveaux cas d'encéphalite épidémique ayant affecté des allures diverses, myoclonique, myoclono-léthargique, atténuée, myoclono-délirante, mortelle, myoclono-névralgique et complètement étudiées en ce qui concerne les réactions de laboratoire : les auteurs attribuent une certaine valeur pronostique à l'hyperglycorrochée et à l'hyperglycémie concomitante de même qu'à la constatation d'un taux élevé d'urée dans les humeurs de l'organisme, tous signes en rapport avec une infection sévère. Ils ont à la thérapeutique classique (abcès de fixation, administration d'urotropine) ajouté l'autohématothérapie, laquelle provoque des réactions sanguines intéressantes, diminution du nombre des polynucléaires, augmentation du nombre des mononucléaires et apparition des éosinophiles et est suivie, dans la plupart des cas, d'une amélioration manifeste. La méthode semble donc efficace; elle est aussi inoffensive, puisque, dans aucun cas, elle n'a déterminé d'accidents.

Septicémie gonococcique avec congestion pulmonaire. — MM. REBIERRE et J. DE LEOBARDY communiquent une observation de septicémie gonococcique à début bruyant mais à évolution rapidement favorable. A la veille de la défervescence se manifeste nettement une localisation pulmonaire sous la forme d'une congestion du sommet droit. Si la septicémie gonococcique a été rigoureusement démontrée par l'hémoculture, la nature gonococcique de la congestion pulmonaire ne peut être tenue que pour infiniment probable en raison des caractères cliniques et de l'évolution, de l'absence de bacilles de Koch et de pneumocoques dans l'expectoration, tandis qu'on peut y déceler des nids de cocci ayant la morphologie et les caractères de coloration du gonocoque. Il existe d'ailleurs dans la littérature médicale quelques rares observations de localisations pulmonaires métastatiques de la septicémie gonococcique.

Abcès du lobe pariétal droit. — M. P. MERKLEN relate un cas d'abcès du lobe pariétal droit intéressant par la période de latence d'ailleurs fréquemment relevée qui a précédé les manifestations cliniques. Celles-ci ont consisté en crises épileptiques gauches réitérées avec un accès jacksonien droit topographiquement inexplicable, en fièvre, en phénomènes d'hébétude, d'obnubilation et d'indifférence. Polynucléose abondante du liquide céphalo-rachidien. L'origine de l'abcès se trouve dans une sclérose pleuro-pulmonaire ancienne, sillonnée de petites bronches dilatées, pathogénie qui est loin de se montrer rare.

Mort subite au cours d'une ponction pleurale exploratrice chez un enfant de 4 ans. Myocardite. — MM. APERT et P. VALLERY-RADOT. Les auteurs rapportent l'observation d'un enfant de 4 ans bien portant en apparence qui a succombé brusquement au cours d'une ponction exploratrice de la plèvre au milieu de phénomènes syncopaux et convulsifs. L'autopsie a montré la présence d'un double hydrothorax de moyenne quantité sans adhérences pleurales, ni fausses membranes, un peu de liquide dans le péricarde, mais surtout des lésions incontestables de myocardite. Ces cas rares chez l'enfant montrent avec évidence le rôle des lésions organiques du cœur en particulier dans la pathogénie d'accidents qu'on serait tenté de croire uniquement réflexes.

Mal perforant dans la syphilis sans tabes. — MM. ACHARD et ROUILLARD ont vu un mal perforant plantaire siégeant sous l'articulation métatarso-phalangienne du 4e orteil gauche, chez une femme de 42 ans entrée à l'hôpital pour de la tuberculose pulmonaire. L'examen ne révèle aucun signe de tabes et le liquide céphalo-rachidien ne renfermait pas de lymphocytes. Mais la réaction de Wassermann était nettement positive dans le sérum. Cette femme ne présentait pas de stigmates de syphilis. Elle avait eu 10 grossesses dont une double et avait perdu 7 enfants en bas âge. On peut se demander comme dans les cas analogues d'arthropathies et de fractures spontanées chez des syphilitiques s'il n'y a pas de lésions encore latentes de tabes.

Encéphalite léthargique. — MM. Ch. BERGÉ et L. HUFNAGEL présentent un jeune homme âgé de 17 ans qui montre encore actuellement des signes d'encéphalite léthargique : facies figé, secousses musculaires, phénomènes oculaires; ce syndrome dure ainsi depuis 4 mois et ne s'est jamais accompagné de réaction fébrile. Vers le milieu de son évolution il y a eu de fortes réactions méningées donnant le tableau complet d'une méningite aiguë moins la fièvre. La réaction de Wassermann était négative, les réactions cellulaires du liquide céphalo-rachidien plutôt banales; hypertension et légère lymphocytose.

Tumeur maligne primitive du médiastin antérieur. Lymphadénome d'origine thymique. — MM. GANDY et PIÉDELIÈVRE rapportent l'observation d'un homme de 40 ans atteint d'une tumeur du médiastin antérieur développée aux dépens du thymus avec syndrome d'obstruction de la veine cave supérieure. Au microscope il s'agissait d'un lymphadénome. Malgré l'absence des corpuscules de Hassal dont la présence ne doit plus être regardée comme un criterium nécessaire, les auteurs insistent sur l'origine thymique indiscutable de ce genre de tumeur dont les caractères cliniques, anatomiques et évolutifs offrent d'ailleurs un tableau actuellement bien défini.

Fixation et conservation avec leur couleur des pièces anatomiques par un procédé simple et peu coûteux. — M. RENAUD, en raison du prix des produits, a substitué à la méthode de Kaiserberg le procédé suivant : 1° fixation, pendant quelques jours, dans une solution renfermant 15 p. 100 de formol et 10 p. 100 de NaCl; 2° après lavage rapide immersion dans de l'alcool auquel on ajoute 2 p. 100 d'acétate de potasse; 3° quand la pièce a repris une teinte un peu foncée l'alcool de lavage est étendu de son volume d'eau et sert de liquide conservateur.

Les pièces ainsi conservées sont fort belles, à teintes vives, et parfaitement susceptibles de se prêter à un examen histologique satisfaisant.

Septicémie à entérocoques. Traitement par un autovaccin. Guérison. — MM. COLLIGNON et MONZIOLS. Le malade qui fait l'objet de cette observation a présenté d'abord un syndrome méningé puis un syndrome typhique. L'hémoculture a permis de déceler l'entérocoque. Le malade a été traité par un autovaccin.

Hémoculture positive à proteus × 19 chez un malade atteint de typhus exanthématique. — MM. COLLIGNON et MONZIOLS. Sur 97 hémocultures faites chez des malades atteints de typhus exanthématique, les auteurs ont pu déceler une fois du proteus × 19 typique agglutiné par le sang des typhiques.

Paraplégie spasmodique, seul reliquat d'une encéphalite léthargique. — MM. Cl. LÉRI et R. GAY ont observé une malade atteinte de paraplégie spasmodique d'origine indiscutablement organique dans les antécédents de laquelle on ne trouve qu'une encéphalite léthargique. L'affection suivie actuellement depuis plus d'un an présente d'ailleurs une marche lente, mais nettement régressive; la malade est actuellement à peu près guérie, ce qui est peu en rapport avec l'évolution habituelle de la plupart des paraplégies spasmodiques dues à d'autres causes. Cette observation est, semble-t-il, la première où une paraplégie spasmodique, d'ordre nettement médullaire et non cortical (troubles urinaires légers, etc.), ait pu être considérée comme le seul reliquat d'une encéphalite épidémique ou plus exactement d'une névraxite épidémique. Il importe de connaître la possibilité d'une étiologie, qui n'est peut-être pas très exceptionnelle, mais à laquelle on ne penserait nullement si l'on n'en était pas prévenu; or, le pronostic et le traitement dépendent en grande partie d'un diagnostic exact et précoce. L'éventualité d'une paraplégie spasmodique par encéphalite léthargique est une des nombreuses surprises que nous a procurées l'étude de cette affection si singulièrement polymorphe.

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
Prix du Numéro : 80 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HOPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 30 juin. — MM. Houdard, 16; Métivet, 19; Monod, 15.

— CONCOURS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 30 juin. — MM. Moulonguet, 30; Rouget, 29.

Séance du 2 juillet. — MM. Le Mée et Halphen, 29.

Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Le Mée et Moulonguet.

HOPITAUX DE PROVINCE. — MARSEILLE. — Le concours pour 2 places de médecin adjoint des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. les Drs Charles Mattei et Charles de Luna.

— Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Gaston (Marcel), Giraud (Paul), Reboul-Lachaux (Jean), Cottalorda (Jean), Girbal (Etienne), Léorat (Louis), Raybaud (Jean), Acquaviva (Eugène), Henry (Jean), Aviérinos (Georges) et Bourde (Yves) [*ex æquo*], Berthier (Joseph).

Ve CONGRÈS INTERNATIONAL DE CHIRURGIE (Paris, 19-23 juillet 1920). — PROGRAMME DU CONGRÈS. — *Dimanche 18 juillet.* — A 15 h. : Réunion du Comité international; — à 21 h. : Réception des membres du Congrès à la Sorbonne par M. Appel, recteur de l'Université de Paris.

Lundi 19 juillet. — A 9 h. : Séances opératoires (voir détails au secrétariat du Congrès); — à 14 h. : Ouverture solennelle du Congrès sous la présidence d'honneur de M. Millerand; — à 15 h. : Exposé et discussion des rapports de MM. Depage et Goovaerts (Bruxelles) et de M. Evarts Graham (St-Louis) sur les analyses du sang et les réactions biologiques dans les affections chirurgicales; — à 17 h. : Réception des membres du Congrès par le président et les membres du Conseil municipal de Paris à l'Hôtel de Ville.

Mardi 20 juillet. — A 10 h. : Réunion des comités nationaux; — à 14 h. : Exposé et discussion des rapports de MM. Tuffier (Paris), Sencert (Strasbourg), Goodman (New-York), Alessandri (Rome), Jeanbrau (Montpellier), sur la chirurgie cardio-vasculaire; — à 21 h. : Réception des membres du Congrès par M. le prof. Keen, président du Congrès, dans l'hôtel de Mme la comtesse René de Béarn.

Mercredi 21 juillet. — A 9 h. : Séances opératoires (voir détails au secrétariat du Congrès); — à 14 h. : Exposé et discussion des rapports de MM. Sinclair (Netley), Patel (Lyon) et Kellogg Speed (Chicago), sur les fractures de cuisse.

Jeudi 22 juillet. — A 10 h. : Assemblée générale; — à 14 h. : Exposé et discussion des rapports de MM. Mioni (Rome), Greenough (Boston), Regaud (Paris) et Finzi (Londres), sur le traitement des tumeurs par les rayons X et le radium; — à 20 h. : Banquet par souscription au palais du quai d'Orsay.

Vendredi 23 juillet. — A 9 h. : Séances opératoires (voir détails au secrétariat du Congrès); — à 14 h. : Exposé et discussion des rapports de MM. Cummins (Londres), Sieur (Paris), Donati (Modène) et Ashhurst (Philadelphie) sur la prophylaxie et le traitement du tétanos.

Nota. — Les congressistes sont instamment priés, dès leur arrivée à Paris, de retirer au bureau de poste du Congrès, à l'Ecole de médecine, leurs invitations, correspondances, carnet de congressiste, rapports, etc.

— L'exposition d'appareils pour fractures dont nous avons déjà parlé promet d'être particulièrement intéressante, grâce à la participation du Val-de-Grâce qui doit envoyer de nombreux modèles. D'autre part, les congressistes visiteront à deux reprises sans doute le riche musée de guerre du Val-de-Grâce.

COMITÉ MÉDICAL DES BOUCHES-DU-RHONE. — Le prix Sirus Pirondi sera décerné en 1921; il sera de 600 fr., mais pourra être dédoublé. Tous les docteurs en médecine français peuvent concourir.

Les mémoires, inédits, sur un sujet médical au choix du candidat, devront être adressés au secrétaire général du Comité, marché des Capucins, 3, à Marseille, avant le 31 décembre 1920. Ils ne devront pas être signés, mais porter en tête une légende reproduite sur une enveloppe cachetée, renfermant le nom de l'auteur, qui sera jointe au mémoire.

JURISPRUDENCE

PROROGATION LÉGALE

(ART. 56 DE LA LOI DU 9 MARS 1918).

La prorogation légale des baux et locations instituée par l'article 56 de la loi du 9 mars 1918 donne lieu actuellement à de nombreuses controverses. La question s'est posée de savoir notamment si la prorogation légale a un point de départ fixe et invariable, la date de la cessation des hostilités (24 oct. 1919), de telle sorte que, lorsqu'un bail ne doit expirer que postérieurement à cette date, la prorogation dont il est l'objet se confond jusqu'à due concurrence avec la durée normale du bail en cours.

La Cour de Cassation a répondu négativement. Dans un arrêt du 25 mars 1919, elle a décidé « que le bénéfice de la prorogation édictée par l'article 56 de la loi du 9 mars 1918 était conféré sans distinction à tous les preneurs dont les baux ou locations étaient en cours au 1er août 1914 et qu'il pouvait être, en conséquence, invoqué dans les termes prévus par l'article 56 de ladite loi, c'est-à-dire pour les baux afférents à des locaux à usage commercial, industriel ou professionnel, alors même que ces baux, au jour du décret fixant la cessation des hostilités, auraient une durée excédant la période de guerre ». Elle a affirmé de nouveau sa doctrine dans un arrêt récent du 3 mai 1920, ainsi conçu :

« Vu l'article 56 de la loi du 9 mars 1918;

Attendu que, aux termes de cet article, les baux et locations verbales en cours au 1er août 1914 seront prorogés à la demande du locataire aux conditions fixées au bail et à compter du décret fixant la cessation des hostilités;

Attendu que, suivant bail du 5 octobre 1913, B... est locataire pour 3, 6 ou 9 années d'une maison d'habitation sise à La Châtre; que, le 20 novembre 1919, il a notifié au bailleur A... son intention de proroger de 2 années la location en cours;

Que la Commission arbitrale, saisie par A..., a rejeté la demande de prorogation par le motif qu'aux termes de la loi susvisée les périodes de prorogation doivent toutes avoir pour point de départ la cessation des hostilités; que, en l'espèce, le bail remonte à l'année 1913, qu'il est donc susceptible de prorogation; mais que cette prorogation devant commencer le 24 octobre 1919, et le bail ne prenant fin normalement que le 11 novembre 1922, la demande de prorogation est inefficace et doit être rejetée;

Mais attendu que, en édictant que les baux et locations verbales seraient prorogés à partir de la cessation des hostilités, l'article 56 n'a pas entendu exclure du bénéfice de la loi les baux dont la durée dépasserait cette date, mais seulement préciser que les prorogations ne commenceraient à fonctionner qu'à partir de la cessation des hostilités;

Que, par suite, en statuant comme elle l'a fait, la sentence attaquée a faussement appliqué et par suite violé le texte visé au pourvoi;

Par ces motifs, casse... »

Cette doctrine est incontestablement d'accord avec le texte et l'esprit de l'article 56. Quel a été le but poursuivi par le législateur?

La guerre a bouleversé la vie normale et le jeu régulier des contrats : le commerçant a vu l'exercice de son commerce interrompu ou soumis à des conditions imprévues, l'industriel n'a pu faire fonctionner son usine, le médecin ou l'avocat a dû suspendre l'exercice de sa profession. Locataires, les uns et les autres, se sont trouvés brusquement dans l'impossibilité de profiter de la chose louée et de récupérer les dépenses d'installation, souvent considérables, qu'ils ont dû faire et qu'ils ont pensé récupérer pendant la durée de leur bail. Le législateur a voulu leur venir en aide et a posé en principe que la guerre avait suspendu les effets des baux en cours au moment où elle a éclaté; de là l'article 56 qui a pour but de permettre de retrouver, au moyen de la prororogation, une durée utile égale à celle de la guerre.

Les travaux préparatoires ne donnent aucun fondement sérieux à la thèse qui refuse la prorogation des baux de plus longue durée que celle de la guerre. Au surplus, *proroger* c'est donner du temps par delà le terme préfix, c'est-à-dire le terme déterminé d'avance par le bail. Aucune autre interprétation ne saurait être donnée à la phrase ci-après de l'article 56: « Les baux et locations verbales en cours au 1er août 1914 seront *prorogés* à la demande du locataire », à moins d'appliquer au mot *proroger* un sens autre que celui qu'il a dans le langage ordinaire et juridique (voir *Gaz. des trib.*, 27 juin 1920).

On peut ajouter que, quand le législateur a voulu donner une date déterminée au commencement de la prorogation, il l'a exprimé d'une manière nette; c'est ce qu'il a fait dans la loi du 4 mai 1920 (1).

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

NOTES DE PRATIQUE

TRAITEMENT MÉTHODIQUE DE LA TUBERCULOSE (2)

Par le Dr A. MARÉCHAL,
Médecin en chef honoraire de l'hôpital Saint-Josse (Bruxelles).

L'auteur préconise, comme méthode de traitement de la tuberculose pulmonaire, l'emploi simultané d'une tuberculine (injectée à doses minimes dans le but de réveiller les tendances défensives de l'organisme) et du phosphate de créosote ou phosote (en injections intramusculaires).

L'action favorable des composés créosotés est due à la fois à une modification des sécrétions bronchiques et à une action antiseptique directe. Très démonstratives à cet égard sont les expériences d'Arloing et Courmont sur le sérum de chèvre; en ajoutant ce sérum à une culture de bacilles tuberculeux, rien ne se produit; mais si la chèvre a reçu des injections créosotées un certain temps, les bacilles sont agglutinés et précipités, preuve de l'atténuation de l'activité bacillaire.

L'auteur a fait choix du phosphate de créosote ou phosote en raison de sa facilité d'administration (les injections en sont des plus simples et totalement indolores), et de son innocuité (on s'abstiendra seulement d'administrer simultanément l'arsenic).

LIVRES NOUVEAUX

Mœurs intimes du passé, usages et coutumes disparus

[6e série] (3), par le Dr CABANÈS.

Le Dr Cabanès vient ajouter un nouveau volume à l'œuvre historique véritablement immense à laquelle il a consacré son existence.

Après les grands fléaux de l'humanité qui formaient le sujet de son dernier livre il étudie aujourd'hui les *Usages et coutumes disparus*, tels que le cérémonial de la saignée; la naissance de l'enfant et le régime du nouveau-né, au moyen âge et à la Renaissance; les visites à l'accouchée. Il expose ensuite en une étude bourrée d'anecdotes piquantes des documents très curieux sur le fouet considéré comme instrument d'éducation ou comme instrument pénal.

De nombreuses gravures dont quelques-unes très suggestives accompagnent le texte où l'on retrouve toutes les qualités de précision et de documentation que l'on apprécie tant dans les ouvrages de Cabanès.

Notre ami Cabanès tient là un beau succès et un succès du meilleur aloi.

F. L. S.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, nº 52, p. 818, et nº 56, p. 891.
(2) Résumé d'une communication au XIVe Congrès français de médecine.
(3) 408 p., illustré de 88 grav. — Prix : 5 fr. 75. — Paris, Albin Michel.

GYNÉCOLOGIE MÉDICALE

DE L'AMÉNORRHÉE ACCIDENTELLE

Par Paul DALCHÉ (1),
Médecin de l'Hôtel-Dieu.

On appelle aménorrhée accidentelle la suppression brusque des règles, au moment où elles allaient s'établir, ou pendant leur écoulement.

C'est une affection que vous devez connaître, car vous la rencontrerez fréquemment dans votre pratique, et ses suites, pour être habituellement anodines, présentent cependant, dans certains cas, une réelle gravité.

Causes. — On trouve à son origine trois principaux ordres de causes : le froid, le traumatisme et le choc émotionnel.

1° *Le froid.* — Le froid est celle qu'on invoque le plus souvent dans le public et dans les traités de pathologie. Parfois son action est si brutale qu'elle saute, pour ainsi dire, aux yeux. Je me souviens que, aux débuts de ma carrière, j'ai été appelé à soigner une jeune fille qui, au cours d'une partie de barque sur un étang, au moment de ses périodes, était tombée dans l'eau. Ses règles furent supprimées et elle en souffrit toute sa vie; depuis, bien des années après, elle est morte des suites d'un fibrome.

Et il n'est pas nécessaire que l'action du froid soit aussi brusque et aussi généralisée. Nombre de femmes, qui viennent à l'hôpital nous consulter pour un arrêt de leur menstruation, signalent elles-mêmes qu'il s'est produit parce qu'elles étaient allées au lavoir, pendant l'hiver, tremper leurs mains dans l'eau glacée. Et, en effet, le froid, même localisé, surtout aux pieds et aux jambes, peut avoir et a souvent ce résultat. La mode du moment, jupes courtes, bas à jour, souliers découverts, peut, au moins dans la mauvaise saison, avoir une influence analogue. Et il serait certainement prudent d'interdire à vos malades le patinage sur la glace au moment où elles ont leurs règles.

L'action du froid sur les pieds et sur les jambes est d'ailleurs fréquemment utilisé, en thérapeutique, pour modérer ou arrêter les hémorragies génitales, et, à l'exemple de Beni-Barde, j'ai volontiers recours aux douches plantaires froides, en particulier contre les pertes virginales.

2° *Le traumatisme.* — L'aménorrhée peut survenir à la suite d'un accident quelconque, d'automobile par exemple ou de chemin de fer. Mais quelle part faut-il faire ici au traumatisme, et même convient-il de lui en faire une? Il est bien difficile parfois d'expliquer son action sur les organes génitaux lorsque ceux-ci, comme il arrive souvent, sont restés indemnes. Et il semble que, dans ce cas, il y a lieu d'attacher moins d'importance au traumatisme lui-même qu'au choc émotionnel qui l'accompagne habituellement.

3° *L'émotion.* — C'est que, en effet, l'émotion est fréquemment une cause d'aménorrhée. Astruc avait déjà observé que la femme y est exposée « lorsqu'elle est émue de quelque passion violente ou frappée de quelque terreur ». La tristesse, le chagrin, la douleur causée par un deuil subit peuvent produire le même effet.

Laissez-moi vous rapporter ici l'observation d'un cas très curieux par ses conséquences, et unique pour moi. C'était pendant la guerre, au cours d'un raid de gothas sur Paris. Une jeune fille superbe, ayant toutes les apparences d'une santé excellente, était aux débuts de ses règles, quand une torpille tombe et éclate auprès de la maison qu'elle habitait. Le flux du sang s'arrête brusquement. Mais, en même temps, elle est prise d'une excitation bizarre qui se traduit par des cris, de l'agitation, un besoin impérieux d'aller et de venir. Elle monte au grenier, descend à la cave, etc. Les parents parviennent enfin à la calmer et elle se couche. Le lendemain on l'amène à l'hôpital, je l'examine, et, à part sa nervosité qui n'était pas hors de proportion avec la commotion qu'elle avait subie, je ne trouve rien d'anormal. Les poumons étaient intacts, elle n'avait pas de ganglions, etc. Mais, les jours suivants, son état s'aggrave. Le 3e jour la fièvre s'allume, puis apparaissent la raideur de la nuque et le Kernig. Les élèves, moi-même, nous avions parlé d'abord d'une pseudoméningite hystérique d'origine émotive, mais notre opinion changeait. Le 14e jour, cette jeune fille mourait, et l'autopsie montra qu'elle avait succombé aux suites d'une méningite granulique. Jamais je n'ai vu de granulie méningée plus caractérisée.

L'arrêt subit des règles n'a pas été la cause directe de la méningite; cette malade portait un foyer latent de tuberculose qui, à l'occasion de la commotion subie, est allé ensemencer ses méninges. Mais l'aménorrhée brusque, avec les désordres qu'elle a pu provoquer dans l'organisme, a dû être un facteur non négligeable de cette localisation.

A côté de ces aménorrhées consécutives à une émotion violente, il en est d'autres qui s'installent peu à peu, d'une façon sournoise, à la suite d'émotions légères mais répétées. Chez certains sujets, les émotions créent un état de déséquilibre nerveux qui s'exagère graduellement, à mesure qu'elles se répètent, et il se produit ainsi chez eux à la longue, et quelquefois assez rapidement, une sorte d'hypersensibilité, un état d'anaphylaxie émotive, suivant l'expression de Dupré, et chaque émotion tend de plus en plus à se traduire par des effets hors de proportion avec sa cause. Dans ce cas, il ne s'agit pas d'aménorrhée accidentelle mais plutôt d'aménorrhée émotionnelle. Et pourtant, ne semble-t-il pas que la dernière émotion, celle qui, en s'ajoutant aux précédentes à la faveur des prédispositions qu'elles avaient suscitées, a pu déclancher l'aménorrhée, avait, à ce moment et pour ce sujet, la valeur d'un accident?

Cette dernière aménorrhée émotionnelle ne survient pas toujours au cours des règles. Fréquemment elle s'installe dans la période intercalaire, elle est d'ailleurs parfois d'un diagnostic très difficile. On peut facilement la confondre avec d'autres aménorrhées nerveuses et avec l'aménorrhée hystérique. Certaines femmes y sont prédisposées, soit par l'état général du système nerveux, soit par un état local de l'ovaire. Elles présentent la constitution émotive, ou sont atteintes de dysovarie. Et quand l'aménorrhée se déclare chez elles, il peut en résulter les conséquences les plus variées et les plus singulières, suivant que leur appareil génital, leur système nerveux, les organes éloignés et leur état général se trouvaient au préalable sains ou malades.

Vous ne vous étonnerez donc pas, si vous ren-

(1) Leçon recueillie par le Dr Marcel Gervais.

contrez cette aménorrhée, accidentelle ou émotionnelle, à la suite d'un accident du travail.

Mais avant d'entrer dans le détail de cette étude, laissez-moi vous exposer une observation qui pourra servir d'exemple :

Une demoiselle de 35 ans est venue récemment me consulter pour une dysménorrhée très douloureuse. C'est une femme grande, forte, bien portante, peut-être un peu nerveuse, qui habite la campagne dans de bonnes conditions. Réglée vers l'âge de 13 ans, elle eut jusqu'à l'âge de 32 ans une menstruation normale et facile. Rien à signaler jusqu'à ce moment au point de vue génital. Mais, un jour, pendant qu'elle avait ses règles, sa mère se trouva subitement en danger de mort ; immédiatement le flux du sang s'arrêta et elle éprouva brusquement, dans le bas du ventre, sur le côté droit, une douleur qui persista plusieurs semaines et, par la palpation, elle constatait la présence d'une petite tumeur, d'une boule, disait-elle, en un point qui correspondait bien à la région de l'ovaire.

Les règles ne reparurent qu'au bout de 2 mois. Mais, pour la première fois, elles furent très douloureuses. Et depuis, elles reviennent très régulièrement, tous les mois abondantes et avec une légère avance, mais 1 mois sur 2 en moyenne, précédées pendant 8 à 10 jours, puis accompagnées de douleurs effroyables, qui ne cessent qu'un jour ou deux après la disparition du sang.

Ces douleurs disparaissent quelquefois pendant 2 mois de suite, mais cela est rare. Elles rendent très pénible la vie de cette malade, qui vit dans la crainte de la période menaçante.

Elles précèdent, vous ai-je dit, les règles, de 8 à 10 jours. Le moment de leur apparition concorde avec le début de la seconde vague menstruelle de Stapfer.

Permettez-moi, ici, d'ouvrir une parenthèse et de vous dire quelques mots sur les vagues menstruelles.

Stapfer, étudiant les processus qui assurent les fonctions de l'ovaire, et s'appuyant sur les travaux d'Ancel et de Villemin, en distingue deux, auxquels il donne le nom de vagues menstruelles.

Une première qui survient du 10e au 12e jour après les règles et qui correspond à un premier molimen (stade d'engorgement, période de maturation du follicule de de Graaf). Elle dure jusqu'au 15e jour, où se produit un premier culmen, à la rupture du follicule.

Du 20e au 22e jour, commence la seconde vague, correspondant au second molimen (stade d'engorgement et de maturation du corps jaune). Le 28e jour, quand il n'y a pas fécondation, se produit le second culmen qui correspond à l'éruption des règles. A ce moment le corps jaune commence à se flétrir et à régresser.

C'est pendant la seconde vague que ma malade souffre. Elle éprouve des douleurs atroces dans la région ovarienne, douleurs irradiant dans les reins, au niveau du siège, dans la profondeur vers les organes génitaux, et remontant jusqu'aux seins. Leur intensité augmente progressivement et, au lieu de bénéficier de la détente qui marque d'habitude l'apparition du sang, devient alors véritablement excruciante. Elle la compare à une rage de dents folle. Elle se tord sur son lit, vomit, pâlit, réclame des piqûres de morphine. C'est la grande dysménorrhée paroxystique. Puis, la douleur s'atténue, reprend encore et enfin se calme tout à fait, 1 ou 2 jours après la cessation des règles, quand la flétrissure du corps jaune est terminée.

Voilà donc déjà une différence avec certaines dysménorrhées ovariennes qui débutent comme elle, mais cessent avec l'apparition des règles.

L'examen ne révèle aucun symptôme d'appendicite. Mais par le toucher vaginal, on trouve, sur le côté droit, la petite boule dont elle avait elle-même constaté la présence et on la renvoie sur la main qui palpe l'abdomen, c'est l'ovaire.

La malade sort brisée de ces accès. Ordinairement le mois suivant est bon. Mais ce n'est pas pour elle une période de répit. Car ces crises répétées ont, à tel point, ébranlé et exaspéré son système nerveux qu'elle est comme hypnotisée par la date fatale. Elle la voit arriver avec terreur et vit dans une crainte continuelle. Elle est obsédée par l'idée de ses organes génitaux et de leurs fonctions menstruelles. Elle projette sur eux une idée fixe qui lui rend toujours présentes les douleurs passées et la terrorise par l'appréhension de leur retour.

En pathologie féminine, il faut toujours compter avec l'obsession. Elle joue un grand rôle ! Sous son influence les malades maigrissent, se neurasthénisent, font de la névrose d'angoisse, et tombent dans un état névropathique qui accompagne si souvent les utéropathies.

Quel diagnostic devons-nous porter ? Celui d'aménorrhée accidentelle ayant provoqué à son tour, très probablement, une apoplexie ovarienne.

Mais il y a deux sortes d'apoplexie ovarienne. L'une où l'épanchement du sang se fait exclusivement dans la cavité du follicule qui constitue alors un corps rouge, ainsi que je l'ai appelé dans ma thèse, voici bientôt 35 ans. C'est l'apoplexie folliculaire.

Mais le sang ne reste pas toujours confiné dans la cavité du follicule. En particulier, sur une femme morte du choléra, j'ai trouvé à l'autopsie une déchirure du follicule avec épanchement de sang dans la trame même de l'ovaire. Dans ce cas, l'hémorragie s'était étendue au parenchyme même et il y avait vraiment apoplexie ovarienne.

Chez ma malade il s'agit simplement d'apoplexie folliculaire, je ne crois pas qu'il y ait eu déchirure du follicule et que le sang ait pénétré dans les tissus environnants.

Comment expliquer les douleurs qu'elle éprouve et leurs modalités ?

Elle souffre chaque fois que se fait une ponte dans l'ovaire malade. Il se produit alors autour des lésions qui n'ont pas rétrocédé une tuméfaction qui étrangle l'ovaire dans l'albuginée inextensible. De plus, comme il arrive si souvent, l'hémorragie folliculaire s'est compliquée d'une ovarite menstruelle dont elle a été la cause occasionnelle. Peut-être se produit-il, en même temps, de nouvelles hémorragies folliculaires ?

Elle commence à souffrir 8 jours avant les règles, parce que, à ce moment, débute le processus qui prépare la maturation du corps jaune.

Elle continue à souffrir pendant toute leur durée et les 2 jours suivants, parce que l'action dérivative due à leur écoulement, ne détermine pas une rétrocession suffisante de la turgescence ovarienne et que peut-être la nouvelle ponte est défectueuse.

Autre cause de douleur : l'ovaire trop lourd s'est déplacé. Il est en prolapsus, et, par suite, ses nerfs sont tiraillés, sa circulation moins facile favorise la

stase sanguine. De plus, fixé par des brides vicieuses loin de la trompe qui ne peut le recouvrir, il envoie chaque mois un peu de sang dans le péritoine. Et c'est peut-être là une origine des hématocèles cataméniales de Trousseau.

Enfin l'idée fixe qui obsède la malade exagère sa douleur, la prolonge et peut même la susciter; la malade topoalgise (Charcot).

Elle ne guérira jamais à moins qu'on n'enlève l'ovaire altéré ou qu'on le neutralise par les rayons X, pour qu'il ne fasse plus de ponte.

Cette jeune fille, vous ai-je dit, ne souffre qu'un mois sur deux et l'alternance de ses douleurs paraît suffisamment explicable par l'apoplexie folliculaire dont elle est atteinte d'un seul côté. J'ai cru et j'ai écrit autrefois qu'il en était toujours ainsi, et que de pareils cas avaient toujours pour origine une lésion organique d'un seul ovaire, la sensibilité s'éveillant seulement quand la ponte ovulaire se fait du côté atteint. Aujourd'hui je serais moins affirmatif. Sans doute la lésion d'un ovaire, tumeur inflammatoire ou apoplexie ovarienne appelle la douleur lorsque l'ovulation a lieu dans l'organe malade. Mais la fluxion ovarienne qui accompagne toute menstruation même du côté où ne siège pas l'ovisec en maturation, les altérations cicatricielles, l'épaississement et la sclérose de l'albuginée, l'état du système nerveux, toujours plus ou moins atteint à la longue, suffiraient à rendre douloureuse la poussée mentruelle.

D'ailleurs, la dysovarie fonctionnelle, elle-même, m'a paru, dans certains cas, plus marquée un mois que l'autre.

Les douleurs n'apparaissant que tous les 2 mois, avec localisation plus fréquente et plus marquée d'un seul côté, n'impliquent donc plus, pour moi, nécessairement une lésion organique d'un ovaire. Cependant il convient d'y songer.

*
* *

Le cas que je viens d'exposer et de discuter devant vous est tout à fait exceptionnel. Il est rare que l'aménorrhée accidentelle ait des suites aussi tragiques. Qu'arrive-t-il habituellement?

A la suite d'un refroidissement, d'un traumatisme, d'un choc émotionnel, les règles supprimées reparaissent le mois suivant ou 2 mois après, et après quelques oscillations, leur cours se rétablit, plus ou moins troublé, plus ou moins pathologique.

Mais chez les nerveuses intervient rapidement un facteur d'aggravation. La répétition et l'intensité des émotions, apanage de la constitution émotive, les amène à un état d'épuisement émotionnel qui les rend éminemment suggestibles : « La suggestibilité fait partie des symptômes de l'épuisement émotionnel. » (Janet.) Et alors, par auto ou hétérosuggestion, elles tendent à aggraver et à prolonger leur état.

Au choc émotionnel, succède « la phase de méditation » (Charcot), leur affection devient pour elles une idée fixe. Elles lui attribuent tous les malaises et toutes les douleurs qu'elles peuvent éprouver, et éprouvent toutes celles qu'elles en redoutent.

C'est une obsession qu'assez souvent l'entourage entretient et accroît à son insu, en accablant la malheureuse d'attentions, de conseils, de marques intempestives de commisération, « de sollicitudes maladroites »! Et pour guérir ces malades, on en est réduit quelquefois à les isoler.

L'hystérie entre en jeu, et à l'aménorrhée émotionnelle ou réflexe, succède alors l'aménorrhée hystérique.

Car l'hystérie cause l'aménorrhée, mais non l'aménorrhée accidentelle.

Dans les grandes émotions, dit Babinski, il n'y a pas de place pour l'hystérie. Mais elle peut intervenir à la suite pour prolonger les effets du choc affectif et ses conséquences sur l'organisme.

Mais, de ce qu'une aménorrhée reste purement émotionnelle, ne portons pas toujours un pronostic absolument favorable à brève échéance.

« Le choc psychique, dit Dupré, a des effets soit d'excitation, soit de dépression, soit de déviation fonctionnelle. » Il peut, par excitation des vaso-constricteurs ou par dépression des vaso-dilatateurs de la matrice, supprimer l'hyperémie menstruelle. Cette action peut aussi s'exercer sur les vaso-moteurs de l'ovaire lui-même, mais elle n'a pas sur cet organe l'influence exclusive qu'elle possède sur la matrice au point de vue de la menstruation; car nous retrouvons ici l'ovulation, les sécrétions internes dont le rôle est non moins important pour la venue des règles. Ces autres fonctions ovariennes peuvent être inhibées directement, en dehors des vaso-moteurs et de leurs troubles, de même que dans certaines maladies de l'ovulation elles subissent une excitation ou une déviation fonctionnelle.

Il est admis aujourd'hui que l'émotion et le choc émotionnel agissent sur les glandes endocrines. Cela est indiscutable pour la thyroïde. Pendant la dernière guerre nous avons vu, en particulier, nombre de tachycardies basedowiformes consécutives à des chocs émotionnels chez des soldats indemnes jusqu'alors de tout accident thyroïdien. Or l'hyperthyroïdie retentit sur l'ovaire et a souvent pour contre-partie l'hypoovarie.

L'on tend en ce moment, notamment en Amérique, à considérer parmi les endocrines la surrénale surtout comme « la glande de l'émotion ». Or elle intervient sur l'ovaire par l'intermédiaire du sympathique, par son action sur les vaisseaux et aussi directement par inhibition de ses fonctions. Ces aménorrhées d'origine surrénalique menacent d'être persistantes.

Ainsi le choc émotionnel peut retentir sur les fonctions ovariennes par excitation de la thyroïde ou par trouble de la surrénale. Pourquoi lui refuserait-on une action directe sur l'ovaire lui-même? Je crois, quant à moi, qu'il peut inhiber directement ses fonctions, et je crois avoir vu des cas où l'aménorrhée ne pouvait s'expliquer que par l'inhibition de l'ovaire venue du choc émotionnel.

Quoi qu'il en soit, ces considérations nous incitent à certaines réserves, dans le pronostic, surtout quand il s'agit d'une *aménorrhée consécutive à un accident du travail*. Dans ce cas, vous le savez, l'hystérie n'est pas toujours en jeu. N'exagérons rien, n'alarmons pas à tout coup, mais ne promettons pas aussi la guérison à brève échéance.

Comme je vous l'ai déjà dit, assez souvent tout s'arrange sans trop de difficultés. Tantôt, l'aménorrhée persiste 2 ou 3 mois, et, après quelques oscillations, les règles reviennent normales et à leur époque. D'autres fois, tout est rentré dans l'ordre, mais l'aménorrhée semble responsable de certains malaises qui n'existaient pas auparavant.

Chez certaines malades, il n'y a pas arrêt brusque des règles, donc pas d'aménorrhée accidentelle. Mais, à la suite d'émotions répétées, les règles

deviennent moins abondantes, elles durent moins longtemps, leur période intercalaire s'allonge. C'est de l'*hypoménorrhée*. Mais elles peuvent aboutir à l'aménorrhée par hypoménorrhée progressive.

Chez d'autres, enfin, on constate de l'ataxie menstruelle. Les règles qui suivent le choc émotionnel ne sont pas venues. Puis elles reparaissent, mais trop tôt et trop abondantes, à intervalles irréguliers, avec alternatives d'hypoménorrhée et de ménorragies. Car l'instabilité de la dysovarie est plus habituelle que l'hyperovarie systématique. Et vous aurez à prescrire un traitement en vue des menstruations à venir et des grossesses futures, puisque, en somme, la femme est faite pour enfanter.

* * *

Conséquences et complications. — Elles sont nombreuses, et je n'ai pas la prétention de les passer toutes en revue. Je n'en signalerai que quelques-unes relatives, d'une part au système génital, de l'autre à l'état général et aux organes éloignés.

1° Si le système génital est sain, une aménorrhée accidentelle peut être suivie de congestion utérine, d'écoulements leucorrhéiques, sans autres suites fâcheuses.

Mais si les voies génitales étaient préalablement infectées, il peut survenir une métrite aiguë ou une salpingite dues à une infection secondaire.

Quelquefois, il n'y a pas d'infection, mais, fait très intéressant et que je compte étudier avec vous, un jour ou l'autre, une annexite non infectieuse, non inflammatoire. Il se fait une congestion de l'ovaire et de la trompe dont le pronostic est tout différent.

2° Du côté de l'état général et des organes éloignés, on peut observer les conséquences les plus diverses et les complications les plus graves : des règles supplémentaires et déviées, des angines, des coryzas, des conjonctivites, des dermatoses; des congestions hépatiques, de l'ictère menstruel parfois très rebelle (Sénator); de la tachycardie avec syndrome basedowiforme ; des poussées fluxionnaires sur les poumons, bronchites, congestions pulmonaires et pneumonies, comme nous venons de l'observer salle Sainte-Marie sur une femme qui fut atteinte de pneumonie avec complications du côté du cœur. Les glandes endocrines, thyroïde, hypophyse, surrénales, peuvent être touchées et produire dans les différents organes des troubles dont j'ai cité déjà des exemples et sur lesquels je reviendrai bientôt. Tous ces accidents, lorsqu'ils surviennent à propos des règles, cèdent généralement et disparaissent lors des règles suivantes.

Mais les complications les plus curieuses et les plus graves s'observent du côté du système nerveux. Ce sont des congestions cérébrales, des hémorragies cérébrales ou méningées, des méningites et pseudoméningites hystériques, des paraplégies douloureuses, des hématomyélies, du délire, de la manie, de l'épilepsie et toute la séquelle des troubles nerveux : neurasthénie, psychasthénie, névrose d'angoisse, etc.

Céphalée. — Il est une de ces complications sur laquelle j'insisterai plus spécialement parce qu'elle est fréquente et qu'elle prend une gravité particulière lorsqu'elle se greffe sur une aménorrhée accidentelle, c'est la céphalée.

Vous venez d'en observer dans mon service un cas tout à fait exceptionnel que je veux vous exposer de nouveau.

Nous avons eu pendant 7 mois, salle Sainte-Marie, une femme d'une trentaine d'années chez qui on ne relevait aucun antécédent pathologique, sauf peut-être une légère nervosité, et dont les règles, jusqu'alors très régulières, s'étaient brusquement supprimées, à 9 heures du matin, à la nouvelle, annoncée sans ménagement, que son mari avait été tué. En même temps, elle était prise d'une céphalée extrêmement douloureuse, se couchait à 3 heures le même soir et le lendemain était transportée à l'hôpital. Pendant toute la durée de son séjour dans nos salles, pendant 7 mois, l'aménorrhée et la céphalée ont persisté, accompagnées, surtout au début et ensuite par périodes, d'un tel anéantissement qu'on ne pouvait obtenir d'elle le moindre renseignement.

C'était une céphalée continue, profonde, rétro-oculaire, avec sensations de battements au niveau des tempes et de bruit dans les oreilles. Elle était aggravée de paroxysmes atroces qui correspondaient sans doute aux moments où les règles auraient dû normalement reparaître. Pas de fièvre, pas de raideur de la nuque ni de Kernig, quelquefois des vomissements. Il y avait de l'anorexie, un peu de constipation, quelques troubles de la vue, mais pas d'hémianopsie.

Mon collègue, M. le professeur de Lapersonne, voulut bien, à ma demande, examiner les yeux et constata de la congestion de la papille.

Tout faisait songer à une tumeur cérébrale, au point que je pus un moment discuter l'opportunité d'une trépanation.

Or, un jour, pendant que j'étais en vacances, cette femme se trouvant un peu mieux quitta mon service, et je la retrouvai par hasard quelques mois plus tard.

Depuis sa sortie de l'hôpital les règles étaient revenues, la céphalée avait disparu le jour où le sang parut de nouveau, et la malade avait repris une vie normale, si normale qu'elle était enceinte.

Je pus faire examiner ses yeux de nouveau. Toute trace de congestion de la papille avait complètement disparu; il s'était agi d'un syndrome de fausse tumeur cérébrale.

Les céphalées d'origine génitale n'évoluent pas toujours d'une façon aussi heureuse. Il en est qui persistent indéfiniment, et telle autre, qui avait commencé comme une simple migraine, peut ensuite s'aggraver au point d'imposer la trépanation et d'avoir un résultat fatal.

Pathogénie. — La pathogénie de la céphalée génitale est assez complexe. On doit songer d'abord à l'action sur le système nerveux de diverses toxines : celles que les règles éliminent normalement, et qu'elles n'éliminent plus par suite de leur suppression ; et celles qui peuvent venir des glandes endocrines, lorsque leur synergie normale est troublée par la brusque suppression fonctionnelle de l'une d'elles, dans le cas qui nous occupe, de l'ovaire, sécrétion défectueuse et action défectueuse d'une sécrétion normale ou altérée. Il faut aussi tenir compte des poussées congestives qui peuvent se produire du côté des nerfs périphériques, par les vasa nervorum, et surtout du côté de l'hypophyse. Cette glande hyperémiée s'étrangle dans sa loge inextensible. C'est la céphalee hypophysaire. D'autres fois, il s'est formé une méningite séreuse circonscrite, qui provoque une tension intracranienne si caractérisée que l'on peut songer à une méningite vraie, à une tumeur ou à un abcès du cerveau. Je

ne puis entrer ici dans le détail de ces fausses tumeurs cérébrales.

Quand la céphalée est très intense, il est difficile de toujours incriminer l'hystérie. D'ailleurs, l'interrogatoire permettra généralement de la dépister et de lui faire la part qui lui revient.

*
* *

Traitement. — Dans le cas d'apoplexie ovarienne avec dysménorrhée, comme celui que je vous ai exposé au début de cette leçon, je tâche d'abord de calmer la douleur par des injections de morphine ou de pantopon, ou par de petits lavements que je formule ainsi :

Au moment des accès douloureux, prendre et garder un petit lavement (60 gr. à 100 gr.) d'eau tiède auquel on ajoutera un paquet d'antipyrine, un gramme, et dix gouttes de laudanum de Sydenham.

Ces lavements sont de véritables suppositoires liquides que la malade prend tièdes et qu'elle garde étendue sur une chaise longue. Ils procurent une sédation très marquée des douleurs génitales.

Dans l'espace intercalaire je fais prendre des bains tièdes contenant :

Sous-carbonate de soude.. 250 gr.
Gélatine.................. 150 gr. à 250 gr.

la malade pouvant se donner, dans le bain, une injection vaginale à la façon de la trombe sous-marine d'Alquier.

Quant au prolapsus de l'ovaire, il faut s'efforcer de le corriger. Pour cela, je le relève avec le doigt et je le soutiens avec un tampon glycériné. Plus tard, je mets un pessaire coudé en aluminium. Beaucoup de femmes s'en trouvent très soulagées.

Mais cela ne suffit pas toujours et dans certains cas, devant la violence persistante des douleurs, on est conduit à intervenir, pour enlever l'ovaire malade, ou, tout au moins, le neutraliser par les rayons X.

Si je suis consulté pour une céphalée avec aménorrhée, j'applique d'abord le traitement général dont je vais vous parler dans un instant. Puis, songeant à la possibilité d'une origine hypophysaire, je prescris de la poudre d'hypophyse. D'autres fois j'ordonne de la thyroïde et, dans des cas où elle s'est montrée inefficace, je me suis bien trouvé de l'hémato-éthyroïdine.

Je ne parle que pour mémoire de la trépanation qui peut cependant s'imposer, dans les cas très rares de fausse tumeur cérébrale ou de méningite séreuse, si la tension intracranienne est trop marquée.

Traitement général. — Quand on voit la malade dans les premiers moments qui suivent son aménorrhée accidentelle, on doit d'abord s'efforcer de la réchauffer. On la fait mettre dans un lit chaud ; on prescrit des bains de pieds, des enveloppements chauds. On lui donne des stimulants et, par exemple, la potion classique : acétate d'ammoniaque et liqueur d'Hoffmann. On lui fait prendre une tisane de feuilles d'absinthe ou d'armoise, édulcorée avec du sirop de safran.

Dans les cas de phlegmasie utérine ou péri-utérine, je n'hésite pas à appliquer des sangsues, non pas sur le col utérin, comme on le faisait autrefois, mais sur l'hypogastre.

Les chirurgiens proscrivent les sangsues, ils les accusent de faire des plaies qui peuvent s'infecter, et compromettre, le cas échéant, les suites d'une intervention. Il est donc des cas où il faut savoir s'abstenir. Mais, en général, elles ont une action décongestive que les ventouses ne possèdent pas au même degré. Et je suis sur ce point, de l'avis des anciens médecins qui pouvaient ignorer certaines choses, mais étaient des observateurs incomparables. On peut aussi ordonner les bains de siège chauds, les bains de siège à eau courante, avec injections chaudes ; des douches chaudes sur les pieds, les jambes, les cuisses, le bassin.

Il y aura souvent avantage à prescrire une cure dans certaines stations thermales comme Luxeuil et Néris.

On devra tâcher de provoquer le retour des règles en recourant aux emménagogues : cacodylate de soude, ergot de seigle, etc., sur lesquels je vous ferai prochainement une leçon ; on prescrira l'opothérapie ovarienne simple ou combinée, ovaire et thyroïde.

Il ne faudra pas oublier l'influence toujours possible de la psychothérapie sur les suites de l'affection qui nous occupe et la suggestion aura dans certains cas son rôle à remplir.

Les malades vous demanderont toujours : « Quand mes règles reviendront-elles ? » Soyez très prudent dans vos réponses. Car il est impossible d'assigner un terme à l'aménorrhée accidentelle ; il faut éviter avec soin d'infliger aux malades des déceptions qui peuvent être un appel à la névropathie.

ACTUALITÉS

DU TRAITEMENT DU RHUMATISME DÉFORMANT PAR L'INGESTION D'« ÉMANATION DE RADIUM »

Parmi toutes les maladies chroniques, il en est peu d'aussi rebelles à la thérapeutique que certaines formes de rhumatisme chronique. En particulier les médecins connaissent bien ces malades atteints de rhumatisme déformant généralisé, endurant de véritables tortures, privés de tout sommeil, puis, alors que se constituent les déformations ostéo-articulaires progressives, devenant de véritables infirmes incapables d'accomplir les actes indispensables de la vie courante.

Pour ne parler que des agents physiques, l'hydrothérapie, les eaux thermales, le massage, l'air chaud, les rayons X, l'électrothérapie sous toutes ses formes ont été tour à tour mis en œuvre avec plus ou moins de succès.

Parmi toutes ces médications, la radiumthérapie, et en particulier l'émanothérapie sont les dernières en date.

L'émanothérapie, méthode d'origine française étudiée par Haret, Wickham, Degrais, Dominici, H. Chéron, etc., semble dès ses débuts légitimer les espérances que l'on attendait d'elle. Les résultats thérapeutiques obtenus par l'émanothérapie sous ses différentes formes, inhalation, ingestion, injections, balnéation, sont très complètement étudiés dans un numéro du *Journal médical français* de juin 1913. Plus récemment durant les années de guerre, les Instituts anglais du radium, de Londres et de Manchester, ont organisé en grand l'émanothérapie, sous forme d'ingestion de solutions titrées d'émanation. Les solutions mises en bouteilles comme de vulgaires eaux minérales étaient consommées sur place ou expédiées dans tout le Royaume-Uni par l'Institut

producteur. La méthode a pu prendre ainsi un développement considérable. Les résultats obtenus dans le traitement des rhumatismes déformants sont consignés dans les comptes rendus annuels des travaux des Instituts du radium de Londres et de Manchester (années 1914 à 1919). Il est intéressant de mettre en parallèle ces résultats avec ceux obtenus précédemment par les auteurs français.

L'eau chargée d'émanation au contact d'un sel de radium insoluble, les solutions préparées extemporainément sont titrées en microcuries (le microcurie est la quantité d'émanation en équilibre radio-actif avec un microgramme, c'est-à-dire un millionième de gramme de radium élément, un microcurie équivaut à la concentration d'environ 2.700 unités Mache).

Rappelons que l'émanation se détruit rapidement et que son pouvoir diminue suivant une loi exponentielle, 50 p. 100 en 3 jours, 67 p. 100 en 5 jours et demi et tombe pratiquement à zéro en 30 jours.

Le titre des solutions employées est variable. Dans le compte rendu de 1913, les solutions titraient 20 microcuries au litre et les malades absorbaient un litre par jour, la cure durant 30 jours; on associait d'ailleurs à cette cure d'ingestion l'inhalation journalière d'émanation.

En 1914, 1916 et 1918, le titre des solutions est différent, beaucoup plus fort; il est de 1 millicurie au litre. (Rappelons que 1 millicurie vaut 1.000 microcuries.) Les malades absorbent quotidiennement 250 cmc. de la solution. La cure dure 6 semaines. On s'arrête quelques jours et on entreprend une nouvelle cure de 6 semaines.

Les cas traités sont nombreux : 96 en 1913, 188 en 1914, 116 en 1916, 90 en 1917, 130 en 1918. Globalement les statistiques accusent une guérison ou tout au moins une amélioration très marquée dans plus de la moitié des cas; par exemple en 1914 sur 96 cas traités on note 47 améliorés ou guéris, 39 non améliorés. La proportion est à peu près la même pour les années suivantes. Mais si l'on entre dans le détail, l'analyse des observations est difficile et les résultats paraissent beaucoup moins concluants.

Tout d'abord, fréquemment, les cas sont étiquetés rhumatisme déformant, sans plus, sans renseignements sur l'âge des malades, la date du début de la maladie, la description des lésions. D'autres fois on classe sous la même rubrique des cas extrêmement dissemblables : arthrites traumatiques, arthrites rhumatismales subaiguës, rhumatisme goutteux, gonococcique, tuberculeux.

Cependant on peut dégager de la lecture des différentes observations quelques notions qui sont calquées d'ailleurs sur les conclusions de Ternier et Rebattu dans le *Journal médical français* de 1913.

1° Les malades qui ont été influencés le plus favorablement sont les sujets jeunes de moins de 40 ans, chez qui le début de la maladie est relativement récent et chez lesquels il s'agit surtout de changements fibreux périarticulaires sans changements osseux. Dans ces cas où la limitation des mouvements est due surtout à un épaississement fibreux periarticulaire, on assiste à une augmentation de la mobilité et à une sédation remarquable des douleurs. Les craquements articulaires disparaissent, les muscles se tonifient, l'état général s'améliore, et l'anémie si profonde que présentent si souvent ces malades disparaît. On constate en effet que la teneur en hémoglobine se relève rapidement. Les malades peuvent reprendre une vie active, se laver, se raser, se nourrir. Par exemple, un malade avait pu reprendre son travail de machiniste, l'autre de sténodactylographe, un 3e pouvait monter à bicyclette.

2° Au contraire, les cas anciens avec ankylose osseuse, destruction des extrémités articulaires ou au contraire formations ostéophytiques, avec ulcération des cartilages retirent du traitement un bénéfice beaucoup moindre, fréquemment nul. On ne constate en effet aucune amélioration des déformations ou ankyloses. Cependant on obtient souvent une sédation parfois remarquable des douleurs, ce qui est fort important.

3° La classe des rhumatismes chroniques qui semble le mieux obéir à l'émanothérapie est le rhumatisme goutteux. Dans ces cas, on observe souvent durant la 1re semaine une exacerbation de tous les symptômes. Puis les douleurs diminuent, le sommeil devient facile, la tuméfaction articulaire régresse, la mobilisation se fait plus aisément. L'étude clinique expérimentale de l'émanation (Rebattu) éclaire la pathogénie des résultats obtenus dans le traitement du rhumatisme goutteux.

1. L'émanation exerce une action fort nette sur le métabolisme de l'acide urique. Celui-ci disparaît très vite dans le sang, puis diminue dans l'urine après une décharge transitoire. En même temps, on voit apparaître l'acide oxalique, produit de décomposition de l'acide urique, ce qui expliquait bien les douleurs de réaction observées au début de la cure et qui seraient dues à une oxalémie transitoire.

2. On constate dans le sang une leucocytose transitoire, mais surtout une augmentation nette permanente de la lobulation des polynucléaires neutrophiles. Il existe donc un déplacement vers la droite de la formule d'Arneth. Il est permis de penser et les auteurs anglais admettent cette hypothèse que la transformation lobulée des polynucléaires neutrophiles est un indice d'une activité spéciale de ces globules qui sécréteraient un ferment uricolytique.

Dresse BOPPE-DÉVÉ.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 25 JUIN 1920)

Autopsie d'un cas d'ophtalmoplégie congénitale et familiale. — MM. CROUZON, BÉHAGUE et TRÉTRAKOFF présentent l'encéphale d'un malade atteint d'ophtalmoplégie congénitale et familiale et qui a fait l'objet d'une communication précédente. L'examen macroscopique montre une atrophie des deux nerfs oculo-moteurs communs. Il existe également une absence de la peau du cerveau dans la partie antérieure. Enfin on constate une méningite chronique de la base et deux plaques d'état vermoulu de l'hémisphère gauche. L'examen microscopique sera fait ultérieurement et ce n'est que plus tard qu'il sera possible de donner une interprétation des lésions constatées aujourd'hui.

Troubles des mouvements associés des yeux, nystagmus et perturbations du nystagmus vestibulaire au cours de l'encéphalite épidémique. — M. J. BOLLACK fait remarquer la rareté de l'atteinte caractérisée partielle ou totale des nerfs oculo-moteurs dans l'encéphalite épidémique. Il faut lui opposer la fréquence particulière des troubles des mouvements associés pouvant porter, soit sur la convergence, soit sur les mouvements parallèles horizontaux ou verticaux et à des degrés allant de la paralysie vraie à la parésie. A ces troubles doivent sans doute être rattachées les secousses nystagmiformes apparaissant dans certaines positions extrêmes du regard. L'intérêt de ces phénomènes est accusé par l'existence

de perturbations du nystagmus vestibulaire que l'auteur a pu constater dans un assez grand nombre de cas. Il semble y avoir là une véritable systématisation des lésions des voies vestibulaires ou de leurs connexions.

Le facteur vésical comme cause d'azotémie chez la femme. — MM. H. DUFOUR et M. DEBRAY. Une jeune femme de 32 ans, atteinte de sclérose en plaques avec paraplégie, fait de la rétention vésicale, la vessie doit être vidée 2 fois par jour. Il n'y a ni albumine, ni cylindres dans les urines. Sondée régulièrement l'azotémie varie de 25 cg. à 20 cg. Si on la laisse 30 heures sans sondage l'azotémie s'élève à 40 cg. par litre; si on la laisse sans sondage 25 heures l'azotémie ne monte qu'à 30 cg. Bien entendu le régime alimentaire n'a pas subi de modification au cours de ces dosages. Par la connaissance de faits semblables, on évitera dans les cas de tabes, de sclérose en plaques, de compression de la moelle, etc., compliqués de rétention vésicale, de croire à une lésion du parenchyme rénal. Aux facteurs rénaux et cardiaques conditionnant l'azotémie, il faut en ajouter un troisième dont le siège est en aval du rein, c'est le facteur vésical.

Gangrène pulmonaire traitée et guérie par les injections intratrachéales, intraveineuses et intramusculaires de sérum antigangréneux et antistreptococcique. — MM. F. RATHERY et F. BORDET rapportent l'observation d'un cas de gangrène pulmonaire traité par la méthode combinée des injections intralaryngées et transtrachéales, intraveineuses et intramusculaires de sérum antigangréneux et antistreptococcique. Le malade reçut 4 injections intratrachéales, 1 injection intraveineuse, 1 sous-cutanée et 3 intramusculaires. L'expectoration et la fétidité diminuèrent aussitôt après la 1re injection pour cesser ensuite complètement. L'examen radioscopique permit de suivre les modifications locales pulmonaires.

Forme méningée de l'endocardite subaiguë à évolution lente. — MM. P. LEREBOULLET et J. MOUZON présentent une pièce d'endocardite maligne à évolution lente. Il s'agit d'une femme de 27 ans, ancienne rhumatisante, qui fut atteinte à la fois d'une nouvelle poussée articulaire, de signes d'infection générale et de symptômes méningés accompagnés d'hémiplégie transitoire. Les douleurs articulaires disparurent, mais les signes méningés persistèrent s'accompagnant de lymphocytose permanente du liquide céphalo-rachidien. Un gros souffle d'insuffisance mitrale pouvait être attribué à une endocardite rhumatismale ancienne. Les autres signes d'endocardite maligne n'apparurent que tardivement et restèrent particulièrement frustes. L'hémoculture était négative, mais les lésions étaient celles de l'endocardite maligne à évolution lente et elles contenaient le streptocoque. On ne retrouvait au niveau de l'encéphale qu'une petite hémorragie sous-arachnoïdienne récente.

Recherches sur la sécrétion rénale dans l'enfance. — MM. APERT, CAMBESSEDÈS et M. DE RIO BRANCO ont étudié la concentration maximum de l'urée chez des enfants de 4 à 14 ans. Cette concentration s'est traduite par des chiffres identiques à ceux trouvés chez l'adulte. La valeur fonctionnelle du rein est donc identique chez l'enfant et chez l'adulte. Au contraire, la constante uréo-sécrétoire est fonction, non seulement de la qualité, mais aussi de la quantité du parenchyme rénal. Pour pouvoir les comparer chez l'adulte et chez l'enfant il est nécessaire de s'assurer si les rapports de poids des reins et du corps sont les mêmes chez l'enfant et chez l'adulte. D'une série de pesées comparatives les auteurs concluent que, de 1 à 10 ans, le rapport du poids des reins en grammes au poids du corps en kilogrammes est en moyenne de 9,45 au lieu de 5,60 chez l'adulte. Pour la comparaison il est donc nécessaire d'introduire dans la formule d'Ambard un coefficient répondant à cette différence. En tenant compte de cette correction on trouve les mêmes chiffres chez l'enfant et chez l'adulte.

Trois cas d'oblitération de l'aorte. — MM. ACHARD, LEBLANC et ROUILLARD. Dans un cas il s'agissait de thrombose aortique survenue chez un malade atteint cliniquement de tabes et d'insuffisance aortique, et à l'autopsie d'anévrisme aortique; dans le second, d'un caillot embolique, consécutif à une thrombose cardiaque d'origine grippale chez une malade atteinte de rétrécissement mitral; dans le troisième, d'un caillot embolique secondaire à une thrombose cardiaque développée au niveau d'un infarctus myocardique de la pointe. Il n'est pas toujours facile de distinguer cliniquement, ni même à l'autopsie, l'embolie de la thrombose aortique, car les accidents emboliques ne sont pas toujours subits et ne se traduisent pas toujours par des troubles siégeant d'emblée dans les deux membres inférieurs. Un caillot embolique n'est pas toujours assez volumineux pour obstruer du premier coup toute l'aorte, et l'oblitération se complète alors sans doute par addition de coagulation secondaire. On a fait quelques tentatives de désobstruction chirurgicale de l'aorte. L'intervention ne saurait être que précoce et il n'en pouvait être question dans les cas qui précèdent.

Images diverticulaires et lacunaires de l'estomac indépendantes de l'ulcère ou du cancer. — MM. F. RAMOND et J. SERRAND. Les images diverticulaires peuvent ne pas traduire l'existence d'un ulcère mais être causées par un spasme ou par des adhérences. Une image semblable a été observée à la suite d'une résection médio-gastrique. De même une image lacunaire peut s'observer dans un cancer d'un organe voisin refoulant l'estomac ou dans un cancer de l'estomac sans répondre au siège de la tumeur.

Encéphalite léthargique à forme de démence précoce. — MM. WIDAL, Et. MAY et CHEVALLEY.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 15 JUIN 1920)

Traitement de la syphilis du nourrisson par les injections de novarsenobenzol. — M. RENAULT, à propos du travail de MM. Cassoute et Teissonnière (1), apporte les résultats de sa pratique. Depuis 4 ans il a traité 100 enfants, dont 30 de quelques jours à 3 mois, par les injections intraveineuses de novarsenobenzol avec des résultats merveilleux; en 12 à 15 jours, dès la 2e ou 3e injection, les accidents cutanés et muqueux disparaissent; en 5 à 6 semaines les manifestations viscérales (rate) cèdent. Chez un enfant suivi jusqu'à 4 ans on constate une guérison confirmée avec développement normal. Il y a intérêt à employer d'emblée la dose forte : 1 cg. 1/3 par kilogramme. L'auteur n'a jamais vu d'accident. L'injection se fait, soit dans la jugulaire, soit dans les veines épicraniennes.

M. BARBIER a eu des résultats excellents dans les mêmes cas, mais il craint les doses élevées chez les nouveau-nés très atrophiques et débute par un cg. pour augmenter par la suite. Les effets sont un peu plus lents à se produire.

M. LESNÉ depuis longtemps administre au nourrisson le novarsenobenzol en suppositoires. On creuse le suppositoire pour y mettre la poudre pour éviter la décomposition par la chaleur. Il donne 1 cg. par kilogramme, le suppositoire est administré aussitôt après une selle. Les doses sont renouvelées 2 ou 3 fois par semaine. Les résultats sont excellents, un peu moins rapides que par voie intraveineuse.

M. TIXIER, à la crèche de la clinique, a vu chez des nourrissons une série malheureuse; 4 ou 5 enfants morts rapidement avec des signes d'intoxication. Il croit que le médicament délivré n'est peut-être pas toujours identique.

M. TRÈVES a noté aussi des séries mauvaises qu'il attribue aussi à la valeur du médicament employé (crises de cyanose, nitritoïdes).

Un cas de sclérodermie en bande chez une fillette. — M. MARFAN et Mlle ROBUTEAU présentent un enfant qui a une bande de sclérodermie de la face antérieure de la cuisse gauche, du genou, de la jambe se terminant sur la malléole externe. En même temps elle présente un hémi-vitiligo de la peau du dos et de l'abdomen se terminant en avant et en arrière rigoureusement sur la ligne médiane, il y a une atrophie et un arrêt de développement du membre inférieur gauche. L'affection débuta il y a 2 ans par la cuisse, puis s'étendit malgré le traitement à la jambe. En novembre 1918

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1er et 3 juin 1920, n° 50, p. 796.

l'apparition du vitiligo fit penser à la syphilis, Wassermann positif. Soumise au traitement mercuriel puis arsenobenzol, la malade montre vite de l'amélioration, puis la reprise de la croissance du membre. Ce qui frappe dans ce cas c'est la distribution métamérique des lésions (3e, 4e, 5e lombaires et 1re lombaire) et l'origine syphilitique vraisemblable. Le liquide céphalo-rachidien était normal.

M. Apert complète l'observation de sa malade de la dernière séance (1) qui présentait de la sclérodermie en bande des 2 bras. La ponction lombaire a donné une lymphocytose nette; le Wassermann pratiqué avec des antigènes différents a donné un résultat douteux. Le traitement spécifique est cependant commencé.

Opérations pour bras ballant paralytique. — M. Hallopeau présente un enfant de 13 ans qui a été atteint de poliomyélite à 6 ans qui, entre autres paralysies, laissa un membre supérieur gauche complètement inerte : épaule tombante, avant-bras inerte. Seule la main fonctionnait. L'auteur pratique successivement à l'épaule : le plissement de la capsule, l'anastomose du trapèze renversé avec la partie postérieure du deltoïde, du petit pectoral renversé avec sa partie antérieure. L'épaule est encore tombante mais présente des mouvements légers d'abduction et d'oscillation en avant et en arrière. Au coude qui ne présentait aucun mouvement de flexion il remonte l'insertion du 1er radial et du grand palmaire sur les cloisons intermusculaires interne et externe. Le coude présente une flexion active de 90°; le résultat s'est maintenu depuis 4 mois.

Un cas de fragilité osseuse. — M. Lesné présente un enfant de 12 ans, infantile (taille : 1m08; poids : 18 kg.), qui a présenté 28 fractures depuis sa naissance, fractures presque spontanées. La tête était molle dans les premiers mois, la voûte s'est aplatie formant à sa base un bourrelet circulaire, les os sont perméables aux rayons X, les dents décalcifiées sont transparentes.

C'est un cas d'ostéopsathyrose. Le père, la mère et une sœur sont syphilitiques et lui-même a eu 2 Wassermann positifs. La syphilis agit ici sur les os par l'intermédiaire des glandes à sécrétion interne. Traitement : thyroïde et surrénale totale.

M. Guinon a vu une fillette analogue et rappelle que dans ces cas très décalcifiés les malades flottent dans l'eau.

Un cas de scoliose congénitale. — MM. Mouchet et Rœderer. Chez un enfant de 1 an qui présente une petite gibbosité avec une déviation en baïonnette mais sans scoliose marquée, la radio montre 2 hémivertèbres surnuméraires, une entre la 1re et 2e vertèbre lombaire à gauche et une à droite entre la 11e et 12e dorsale, de ce fait l'équilibre est peu troublé.

M. Apert rappelle que, à la séance du 20 janvier, il a présenté un cas analogue opéré dans l'enfance pour spina bifida cervico-dorsal et qui présentait, au cou et au dos, 2 hémivertèbres alternantes.

Un cas de méningite à bacille de la pseudotuberculose zoogléique, séquelle de choléra infantile. — M. Henri Lemaire. Cette observation concerne un enfant de 9 mois qui présenta deux atteintes successives de choléra infantile à quelques semaines d'intervalle. A la dernière atteinte, malgré la sédation des symptômes cholériformes, l'enfant mourut d'une complication secondaire. Il s'agissait d'une véritable septicémie avec méningite aiguë due au cocco-bacille de la pseudotuberculose zoogléique de Grancher et Ledoux-Lebard. L'autopsie montra dans les viscères la présence des zooglies microbiennes que contenait également le liquide céphalo-rachidien louche et riche en leucocytes. Les cultures obtenues avec le liquide furent caractéristiques. Un microbe saprophyte peut donc déterminer des accidents mortels chez un nourrisson que vient de frapper le virus du choléra infantile.

Un cas de maladie de Hodgkin terminée par hémoptysie tuberculeuse foudroyante. — MM. Léon Tixier et Marcel Maillet rapportent l'observation d'un garçon de 14 ans atteint d'une volumineuse adénopathie cervicale coexistant avec une splénomégalie et un état cachectique.

Cette affection, qui s'est terminée par une hémoptysie tuberculeuse foudroyante, a présenté, durant la vie du petit malade, de grandes difficultés diagnostiques. A l'autopsie, l'examen macroscopique, en montrant la coexistence de lésions tuberculeuses et de lésions spéciales, laissait le diagnostic encore incertain. Seul l'examen histologique par l'absence de bacilles, par l'allure néoplasique et non purement inflammatoire des lésions, ajouta qu'il s'agit de lymphome ou granulome malin, maladie de Hodgkin.

Le traitement, soit par radiothérapie, soit par injections de sulfate de mésothorium n'a pas donné de résultats appréciables.

M. Ribadeau-Dumas ne croit pas l'affection très rare, il en a vu 7 ou 8 cas à Trousseau, opérés par des chirurgiens, envoyés à Berck où ils séjournent 2 ou 3 ans et reviennent mourir à Paris. Le diagnostic peut être fait par la biopsie. Les Américains en font une affection inflammatoire et décrivent un bacille spécial qui en serait cause.

M. Tixier. Ce bacille n'a pas été retrouvé, la lésion ressemble bien plus à une lésion cancéreuse qu'inflammatoire.

Un cas de dysenterie amibienne. — M. Léon Tixier, observation d'un enfant dont les premiers accidents de dysenterie amibienne dateraient d'un séjour à Bruxelles en 1918. Depuis cette époque, il présentait de temps à autre des crises de côlite dysentériforme. Le traitement moderne par l'émétine en injection sous-cutanée et le 914 en injection intraveineuse (0g10) détermina l'apparition d'un érythème scarlatiniforme, fièvre élevée, avec état général sérieux qui dura une dizaine de jours. La guérison clinique fut obtenue en instituant une variante du traitement de Ravaut : alternativement un jour sur deux, injection intrarectale de 0g10 de néosalvarsan et ingestion de pâte à base d'ipéca, de bismuth et de charbon. Une semaine de traitement, une semaine de repos. Il est indispensable de continuer le traitement pendant plusieurs mois.

La leucocytose digestive chez le nourrisson normal. — MM. Dorlincourt et G. Bance se sont proposés d'étudier la leucocytose digestive chez le nourrisson, à l'état normal.

Aussitôt après la tétée ou le biberon, apparaissent toujours des variations leucocytaires quantitatives qui se succèdent dans l'ordre suivant : 1° phase de leucopénie accusée, brusque, transitoire atteignant son maximum en 30 à 35 minutes ; 2° phase de relèvement du nombre des leucocytes, rapide, atteignant son maximum en 15 à 20 minutes ; 3° nouvelle phase de diminution, de faible intensité, se poursuivant quelquefois 1 heure ; 4° phase d'hyperleucocytose accusée (12.000 à 18.000) transitoire brusque, le maximum est réalisé en 30 minutes (leucocytose digestive). Aussitôt le maximum atteint, retour progressif vers le taux initial.

Contrairement à l'opinion émise que les nourrissons élevés au sein ne présentent pas le phénomène de la leucocytose digestive, les auteurs l'ont toujours observé, le seul caractère différentiel résiderait dans le fait que chez lui les diverses phases de la leucocytose digestive s'effectueraient plus rapidement, le lait de la mère étant digéré plus rapidement qu'un lait étranger.

La molécule albuminoïde dans le babeurre, ses modifications, sa digestibilité. — MM. H. Dorlincourt et A. Paychère. Le babeurre constitue un des aliments de choix pour la reprise de l'alimentation azotée, chez le nourrisson privé du sein, et soumis à la diète hydrique. Les auteurs ont recherché si la digestibilité et l'atoxicité du babeurre étaient liée à des modifications apportées par la fermentation lactique à la molécule albuminoïde. Le bacille lactique fait subir à la caséine certaines modifications chimiques d'ordre digestif, mais elles sont minimes. Dans une étude comparative de l'action de la trypsine sur la caséine du lait ordinaire et sur la caséine du babeurre, les auteurs ont remarqué que cette dernière était beaucoup plus vulnérable à l'action des sucs digestifs intestinaux. Le même fait a été observé en ce qui concerne la caséine de la poudre de lait. Les auteurs admettent que ce fait suffit à expliquer les qualités diététiques particulières du babeurre.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1er et 3 juin 1920, n° 50, p. 795.



BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'Aérophagie, *Syndromes gastriques, intestinaux, circulatoires et respiratoires*, étude clinique, radiologique et thérapeutique (l'adulte, l'enfant, le nourrisson), par le Dr G. LEVEN, ancien interne des hôpitaux de Paris, secrétaire général de la Société de thérapeutique. In-18 gr. jésus, de 228 p., avec 28 fig. dans le texte. — Prix : 6 fr. — Paris, G. Doin.

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES ET DIAGNOSTIC DES ANÉVRISMES DE LA CROSSE DE L'AORTE [1]

Exceptionnellement, on observe le pouls paradoxal, diminuant pendant l'inspiration, ou le pouls inverse (le pouls gauche est plus fort que le droit).

Enfin, il peut n'y avoir aucune modification des pouls, l'anévrisme se développant à la partie terminale de la crosse, par exemple, contre la colonne dorsale.

Dans certains cas, il peut y avoir suppression totale du pouls : quelquefois par oblitération d'une collatérale par un caillot fibrineux ou une plaque d'athérome, ou par une embolie.

Le pouls subit d'ailleurs l'influence de la pression exercée sur la poche anévrismale et l'influence des mouvements respiratoires sur le sac. De là le pouls paradoxal que nous avons signalé plus haut et qui est caractérisé par un affaiblissement inspiratoire du pouls.

Évolution. — A une période plus avancée de l'anévrisme, la tumeur se développe de plus en plus; par suite de l'usure des côtes, du sternum, on constate une saillie thoracique de plus en plus nette, de volume variable, pulsatile, réductible ou non, recouverte par une peau tendue, luisante, souvent amincie et violacée. C'est dans cette forme clinique que les signes généraux et fonctionnels médiastinaux sont au minimum. Il n'en est pas de même dans les formes suivantes.

Anévrismes avec prédominance des symptômes médiastinaux. — Ce qui caractérise les anévrismes développés dans l'intérieur du médiastin, ce sont les signes d'irritation et de compression exercées par l'anévrisme sur les organes voisins.

Il va de soi que ces symptômes, révélateurs de la maladie, varient avec le siège, le volume et la rapidité d'accroissement de l'anévrisme.

C'est ainsi que des petits anévrismes profonds donnent souvent de nombreux signes de compression et sont mal supportés, tandis que de grands anévrismes superficiels ou situés dans des zones neutres peuvent rester latents et inaperçus pendant longtemps. Aussi est-il difficile de tracer de l'anévrisme un tableau d'ensemble qui réponde à tous les cas, les symptômes cliniques différant avec toutes les conditions de siège, d'accroissement, de volume. Cependant le syndrome d'irritation ou de *compression médiastinale* est la base essentielle du diagnostic de cette affection et de ses complications.

On peut dire que l'anévrisme peut agir sur les nerfs du médiastin, soit par compression, soit par extension et envahissement, soit par inflammation. Nous allons faire une étude didactique de ce syndrome qui peut revêtir de nombreux types cliniques suivant la prédominance de l'un des symptômes.

I. *Douleurs à distance. Névralgies anévrismales.* — Ce sont souvent les premiers symptômes, les douleurs, qui manquent rarement, peuvent être rétrosternales ou à distance.

1. *Douleurs rétrosternales.* — Tantôt simple gêne ou pesanteur rétrosternale, avec sensation de constriction permanente, exagérée parfois au cours de mouvements. Parfois douleurs vives à l'occasion d'efforts, d'émotions et pouvant même simuler l'angor pectoris avec irradiations à l'épaule gauche. Il s'agit d'un anévrisme de la portion ascendante.

2. Au contraire, dans le cas d'un anévrisme postérieur ou de la portion thoracique descendante, les douleurs sont sourdes, localisées, pulsatiles, réalisant des névralgies intercostales violentes et rebelles à tout traitement. Ces névralgies intercostales ou brachiales, cervicales, ont pour caractères essentiels : leur opiniâtreté, leur longue durée, leur intensité, leur fixité.

II. *Troubles circulatoires.* — Le déplacement du cœur, les palpitations ne sont pas rares. D'autre part, la céphalée, les troubles encéphaliques (vertiges, éblouissements) sont liés, soit à l'ischémie du cerveau par compression des artères carotides, soit à la congestion par compression des veines jugulaires. Dans d'autres cas, la compression du tronc de la veine cave supérieure peut amener la constitution d'un « œdème en pèlerine » avec lacis de veinosités autour de la ceinture scapulaire.

La compression du tronc veineux brachio-céphalique peut n'amener que la formation d'un œdème limité à un bras par exemple.

III. *Troubles respiratoires.* — Dans d'autres cas, le tableau clinique est dominé surtout par des troubles respiratoires : la DYSPNÉE. Cette dyspnée est un symptôme important et précoce, d'abord intermittent, puis permanent avec des poussées paroxystiques; elle peut même revêtir le type de l'asthme ou de l'angor. Sa pathogénie est complexe autant que ses modalités :

a. Tantôt on a affaire à une dyspnée d'effort, dyspnée d'origine cardiaque, survenant à la suite d'une course, d'un effort, etc. ;

b. Tantôt il s'agit de crises asthmatiformes qui relèvent de lésions du pneumogastrique;

c. Dans d'autres cas, il survient des crises de dyspnée subite (Krishaber) paraissant liées à un spasme de la glotte par lésion ou compression du nerf récurrent. L'ictus laryngé en est la variété très grave, même mortelle dans certains cas;

d. Enfin, au lieu de survenir par crises la dyspnée peut être continue, permanente, liée alors, soit à une compression trachéo-bronchique, soit à une lésion des nerfs phréniques, soit, enfin, à une affection intercurrente : broncho-pneumonie par exemple. Dans tous ces cas, la dyspnée est caractérisée par une inspiration rude, sifflante, avec cornage ou ronchus et s'accompagnant ou non de tirage.

A la dyspnée peuvent s'ajouter d'autres troubles pulmonaires, tels que la toux, l'expectoration, les modifications de la voix.

La *toux* est fréquente, elle est due bien souvent à la compression des pneumogastriques; elle est alors quinteuse, coqueluchoïde. Le timbre peut en être rauque, aboyant, métallique même (toux férine).

L'*expectoration* peut accompagner la toux; elle est sans caractères spéciaux. Parfois peuvent survenir des *hémoptysies*, indice, soit d'une rupture d'anévrisme prochaine, soit de petites embolies ou de foyers congestifs.

La *voix*, enfin, est bien souvent rauque, bitonale ou enrouée ou même complètement aphone. Ce sont des lésions des récurrents.

IV. *Troubles de compression trachéo-bronchique.* — Outre la dyspnée et le cornage que nous avons déjà signalés, il peut exister des signes de congestion et d'œdème localisé à une base. Parfois c'est au sommet que prédomine la congestion, ce qui doit faire alors penser à un début de tuberculose pulmonaire (Germain Sée).

D'autres fois on constate du silence respiratoire dans un territoire pulmonaire correspondant avec une sonorité normale. Le souffle interscapulo-vertébral est en faveur d'une compression bronchique.

Signe d'Oliver. — Pulsations systoliques de la trachée. — Oliver a décrit ainsi un signe qui consiste en une secousse brusque de haut en bas que l'on perçoit en tenant le cartilage cricoïde entre le pouce et l'index, tandis que le malade tient la tête renversée en arrière. L'anévrisme aortique (anévrisme de la concavité), à cheval sur la bronche gauche, la secoue rythmiquement à chaque systole.

Signe de Hall. — Pulsations diastoliques de la trachée.

Signe de Hirtz. — Dans les anévrismes de la convexité, les pulsations se transmettent de bas en haut et d'arrière en avant.

Enfin, Féletti aurait appelé l'attention sur des secousses rythmiques de la tête.

V. *Signes de compression des nerfs.* — Ils consistent en troubles variés d'excitation, puis de paralysie.

1° *Récurrent.* — Généralement touché à gauche : les phénomènes d'excitation consistent en spasme de la glotte, dyspnée paroxystique. La voix est bitonale, les muscles des cordes vocales étant en état de contracture. L'examen laryngoscopique les montre en position médiane. Enfin il peut y avoir de la dysphagie par spasme œsophagien.

Les phénomènes de paralysie consistent en une voix rauque, pouvant aboutir à l'aphonie. L'inspiration est difficile. Les cordes vocales sont paralysées. (*A suivre.*)

[1] Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 58, p. 927.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE: . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HOPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 7 juillet. — MM. Girode et Brocq, 16; Rouhier, 14.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — TOULOUSE. — Il est créé un emploi de chargé de cours d'anatomie topographique.

ÉCOLES DE MÉDECINE NAVALE. — Les concours annoncés au *Journal officiel* du 12 mars 1920, pour les emplois de professeurs dans les écoles annexes de médecine navale, auront lieu dans les ports et aux dates ci-après :

A Brest, le 2 septembre 1920 : Pour les emplois de professeur de physique et de chimie biologiques aux écoles annexes de Brest et Rochefort.

Composition du jury : président, M. le pharmacien chimiste général de 2e classe Henry, délégué de l'inspecteur général du Service de santé; membres, MM. Saint-Sernin et Foerster, pharmaciens chimistes principaux.

A Brest, le 7 septembre 1920 : Pour les emplois de professeur d'anatomie aux écoles annexes de Brest et Rochefort.

Composition du jury : président, M. l'inspecteur général du Service de santé; membres, MM. Avérous, médecin en chef de 2e classe; Oudart, médecin principal.

A Rochefort, le 15 septembre 1920 : Pour l'emploi de professeur de séméiologie et de petite chirurgie à l'école annexe de Toulon.

Composition du jury : président, M. l'inspecteur général du Service de santé; membres, MM. Brochet, médecin en chef de 2e classe; Dargein, médecin principal. (*J. O.*, 4 juillet 1920.)

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Le *Journal officiel* du 4 juillet publie la répartition des élèves de l'Ecole du Service de santé militaire aux cours des vacances universitaires de 1920.

IIIe CONGRÈS ITALIEN DE RADIOLOGIE MÉDICALE (Rome, 28-30 octobre 1920). — Ainsi qu'il avait été décidé au IIe Congrès de radiologie tenu l'an dernier à Gênes, le prochain Congrès italien de radiologie se tiendra à Rome, du 28 au 30 octobre, sous la présidence du prof. Francesco Ghilarducci.

PROGRAMME DU CONGRÈS. — 1° Discours du prof. Ghilarducci; 2° La radioactivité en biologie et en clinique, par le prof. Bertolatti (de Turin); 3° L'examen radiologique du cœur et des gros vaisseaux, par le prof. Perussia (de Milan); 4° La radiothérapie du cancer par le prof. V. Ponzio (de Turin); 5° Communications diverses.

Les titres des communications doivent être envoyés avant le 15 septembre et les adhésions avant le 1er octobre au secrétariat du Congrès à l'Institut royal d'électrothérapie et de radiologie : *Policlinico Umberto I, Roma.*

FÉDÉRATION DES JOURNALISTES FRANÇAIS. — Le Ier Congrès national corporatif des journalistes français organisé par la Fédération des associations et syndicats professionnels des journalistes français s'est ouvert le 5 juillet, sous la présidence de M. André Honnorat, ministre de l'Instruction publique.

Après les discours du ministre et de M. Willème, secrétaire général de la Fédération, le Congrès a commencé ses travaux. Le premier rapport a été une étude médico-légale de notre éminent collaborateur le Dr Courtois-Suffit sur les accidents du travail chez les journalistes.

A la suite de cette lecture, le Congrès a adopté à l'unanimité un vœu demandant que les journalistes fussent couverts par la loi de 1898.

Le Congrès a entendu ensuite un certain nombre de rapports sur des questions d'ordre professionnel.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LOI COMPTANT AUX ÉLÈVES DE CERTAINES GRANDES ÉCOLES LE TEMPS DE SERVICE QU'ILS ONT PASSÉ SOUS LES DRAPEAUX DEPUIS LA MOBILISATION DANS LA DURÉE DE L'ENGAGEMENT SPÉCIAL PRÉVU PAR L'ARTICLE 13 DE LA LOI DU 7 AOUT 1913.

Le temps effectivement passé sous les drapeaux, depuis la mobilisation, par les candidats admis à l'école spéciale militaire, aux écoles du service de santé militaire et de la marine, à l'école polytechnique, à l'école normale supérieure et à l'école forestière, sera compté dans les 8 années qu'ils ont pris ou prendront l'engagement d'accomplir au service de l'Etat, conformément aux dispositions de l'article 13 de la loi du 7 août 1913.

Les mêmes dispositions sont applicables aux élèves admis sous le régime de la loi du 7 avril 1914, pour le calcul des années de service qu'ils se sont engagés ou s'engageront à faire dans l'armée ou dans la marine. (*J. O.*, 6 juillet 1920.)

FACILITÉS ACCORDÉES AUX ÉTUDIANTS DES CLASSES 1918 ET 1919 ORIGINAIRES DES RÉGIONS ENVAHIES

Les jeunes gens des classes 1918 et 1919 restés dans les régions envahies jusqu'à la signature de l'armistice qui justifient avoir été, dans cette position, empêchés de poursuivre leurs études et qui ont été ensuite appelés sous les drapeaux comme récupérés bénéficieront des facilités suivantes, conformément aux décrets du 10 janvier 1919 :

Candidats au baccalauréat de l'enseignement secondaire. — Sessions spéciales avec programme restreint.

Etudiants inscrits dans les facultés ou écoles d'enseignement supérieur. — *a.* Bénéfice du 2e décret du 10 janvier 1919 sur la scolarité;

b. Bénéfice du 3e décret du 10 janvier 1919 sur les études dentaires, mais seulement en ce qui concerne la réduction à une année de la durée du stage.

Les jeunes gens des classes 1918 et 1919 domiciliés avant les hostilités dans les régions envahies qui, ayant quitté leur domicile lors de l'invasion, soit volontairement, soit par ordre de l'autorité militaire, justifient avoir été, dans cette position, empêchés de poursuivre leurs études et qui ont été appelés sous les drapeaux avec leur classe bénéficieront des mêmes facilités. (Décret, *J. O.*, 5 juillet 1920.)

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 12 juillet. — Jury : MM. Roger, président ; Letulle, Legueu et Cunéo. — M. MAIRESSE (Jacques). Etude de la spirochétose bronchique. — M. BARDET (Georges). Sur un syndrome d'obésité congénitale. — M. LOSSEDAT (Maurice). La médication interne par la teinture d'iode. — M. QUENARDEL. L'ulcère tuberculeux de l'estomac. — M. GARCIN (André). L'histophysiologie rénale. — M. BERGER (Raoul). Contribution à l'étude des formes cliniques de la tuberculose du sein. — M. CHAUVENET (Maurice). Contribution à l'étude de la tuberculisation des luxations congénitales de la hanche.

Jury : MM. Hartmann, président; Couvelaire, Gosset et Ombrédanne. — M. MÉGRET (Robert). De la mucocèle fronto-éthymoïdale. — M. CARREBIER (Jules). De l'ostéo-synthèse par agrafes métalliques élastiques. — M. BERNARD (Charles). Les kystes de l'ovaire pendant la gestation et les suites de couches. — M. HOCH (Charles). Contribution à l'étude de la syphilis conceptionnelle. — M. COUPUT (André). De la dilatation vaginale. — M. MILIANITCH (Nicolas). De la pyloro-sphinctérectomie dans les syndromes ulcéreux. — M. LÉONET (Marcel). Une nouvelle méthode de restauration urétrale.

Jury : MM. Delbet, président ; Labbé (M.), Proust et Léri. — M. GALANIDÈS (Th.). Les varices occultes. — M. GAUDEFROY. Etude sur le diabète pancréatique. — M. FERÉ (Lucien). Sutures nerveuses tardives pour blessures de guerre. — M. ACHPISE (Alexandre). Les indications du traitement opératoire dans les fractures du crâne.

Mardi 13 juillet. — Jury : MM. Teissier, président ; Lejars, Lecène et Laignel-Lavastine. — M. WURTZ (Jacques). L'anesthésie régionale dans le traitement de l'hydrocèle vaginale. — M. RATEL (Pierre). De la prophylaxie de la fièvre typhoïde. — M. MOURIÈS. Les liaisons oculaires consécutives à l'électrocution. — M. LE BRANCHU. Le prolapsus ancien du rectum chez l'adulte. — M. NEVEUX (Marcel). Les hématomes péritubaires d'origine gravidite. — M. CALDERON (Joaquim). Des pneumococcies chirurgicales chez l'enfant.

Jury : MM. Letulle, président ; Gilbert, Achard et Rathery. — M. FERNAGUT (Maurice). Les états hypothermiques extrêmes. — M. BENMUSSA (Léon). Les séquelles pleuro-pulmonaires et médiastinales des intoxications par les gaz. — M. MAGNAN (Georges). Considérations cliniques sur les réactions méningées. — M. DOHEN (Eugène). Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques chez l'enfant. — M. LABRUYÈRE. Sur les gaz de combat allemands. — M. MARCASSUS (Jean). Essais des traitements de la tuberculose pulmonaire. — M. BOUTONNET (Phllippe). La sérothérapie du tétanos déclaré.

Jury : MM. Dupré, président; Marfan, Duval et Bezançon. — M. HISSARD (René). La méningococcémie à type pseudo-palustre. — M. BROUSSEAU (Albert). Essai sur la peur aux armées. — M. TOUPET. Contribution à l'étude des néphrites impétigineuses. — M. MOUQUOT. Contribution à l'étude de la mortalité et de la morbidité infantile. — M. DEGAIL (Jean). Les fractures de l'avant-bras chez l'enfant et leur traitement. — M. JEANNIN (Pierre). Contribution à l'étude de la maladie de Broulow. — M. RAISON (Jean). L'influence des appareils prothétiques définitifs sur l'avenir des pseudarthroses.

Jeudi 15 juillet. — MM. de Lapersonné, président; J.-L. Faure, Vaquez et Jeanselme. — M. PINART (André). De l'ictus laryngé des bronchitiques. — M. BÉRARD (Antonin). Contribution à l'étude de la résection et de la réfection de la clavicule. — M. LUCA (Michel). Contribution à l'étude de l'hystérectomie abdominale. — M. CHEVALLEREAU (Jacques). Contribution à l'étude des irido-choroïdites d'origine génitale chez la femme. — M. LECOMTE (Emile). Contribution à l'étude du traitement du bubon chancrelleux. — M. PARAT (Maurice). Contribution à l'étude du traitement de la névrodermite. — M. AUGÉ. L'insuffisance fonctionnelle de l'artère pulmonaire.

Jury : MM. Chauffard, président ; Teissier, Widal et Duval. — M. BREVET (Charles). Contribution à l'étude des formes myocloniques de l'encéphalite. — M. ACH (André). De la réfection du col vésical chez la femme. — M. AUERBACH. Hémorragie méningée dans l'encéphalite léthargique. — M. BOIRAC (Jean). La méthode des infections intratrachéales dans le traitement des affections broncho-pulmonaires. — ODDO (Jean). Modifications des échanges azotés au cours de l'ictère. — M. POURCHER (Jean). Contribution à l'étude du traitement du paludisme macédonien. — M. BROSSIER (Henri). Syndrome médullaire fonctionnel d'origine palustre.

RENSEIGNEMENTS

561. — La *section de médecine* de l'**ASSOCIATION GÉNÉRALE DES ÉTUDIANTS** informe les médecins qu'elle tient à leur disposition des remplaçants sérieux, munis des inscriptions réglementaires. — Offres et renseignements au secrétaire, 13, rue de la Bûcherie, Paris (Ve).



REVUE GÉNÉRALE

ANATOMIE DES NERFS DE L'UTÉRUS

Par M. A. MORISSON-LACOMBE,
Interne des hôpitaux de Paris.

Les nerfs de l'utérus ont deux origines principales : *a.* la terminaison du plexus sympathique accompagnant l'artère ovarienne : le *plexus ovarique;* *b.* la terminaison du plexus hypogastrique qui s'épanouit, de chaque côté, à la partie postéro-latérale du col et du cul-de-sac vaginal formant un plexus *utéro-vaginal* dont l'aspect ganglionnaire lui a fait donner le nom devenu classique de *ganglion cervical* de Robert Lee et Frankenhaüser.

Il faut y ajouter quelques filets d'origine cérébro-spinale se détachant des 2e, 3e et 4e nerfs sacrés, ainsi que des filets émanés des ganglions sacrés du sympathique qui prennent part à la constitution du ganglion cervical.

I. **Plexus ovarique.** — Le plexus ovarique, à son origine, se détache en partie des ganglions mésentériques et aortico-rénaux et apporte ainsi à l'utérus quelques filets venus du plexus rénal et du plexus aortico-abdominal. Il présente sur son trajet de nombreux renflements ganglionnaires sur la valeur desquels on n'est pas fixé; l'un d'eux s'applique contre l'aorte à l'origine de l'artère ovarienne et a reçu le nom de ganglion ovarien.

Les filets sympathiques qui accompagnent l'artère ovarienne pénètrent avec elles dans le ligament large où ils se terminent en donnant plusieurs filets : *a.* les uns vont à la trompe ou à l'ovaire en suivant l'artère ovarienne ou les branches tubaires; *b.* les autres vont à l'utérus, soit en suivant l'anastomose de l'artère ovarienne avec l'artère utérine et parvenant ainsi à la partie supérieure de l'utérus où ils se perdent dans les plexus utérins, soit par un filet spécial qui atteint l'utérus au voisinage de l'insertion utérine du ligament propre de l'ovaire et qui s'anastomose à ce niveau avec un filet venu du plexus utéro-vaginal. Cette anastomose est marquée par un renflement ganglionnaire qui prend le nom de *ganglion ovarique*, d'où se détachent des filets dont un certain nombre vont à la partie antérieure du fond de l'utérus, les autres se distribuent au ligament large, aux fibres lissés du ligament rond et à la partie interne et moyenne de la trompe.

II. **Plexus hypogastrique.** — La terminologie de ce mot mérite d'être précisée et il convient de distinguer : 1° le plexus hypogastrique supérieur; 2° le plexus hypogastrique latéral; 3° le ganglion hypogastrique.

A. Plexus hypogastrique supérieur. — Il existe un plexus hypogastrique *supérieur, unique, médian,* si important au point de vue de l'innervation de l'utérus que Frankenhaüser l'avait nommé « plexus uterinus magnus ». Il n'est autre que la partie inférieure du grand plexus lombo-aortique, et est encore décrit sous les noms de : plexus intermésentérique, plexus interiliaque, nerf présacré.

Il a la forme d'un rhombe allongé, d'un « cordon plat et irrégulier formé de faisceaux denses, unis les uns aux autres par des anastomoses courtes et par du tissu conjonctif serré », de sorte que le plexus à ce niveau prend l'aspect d'un véritable nerf : *nerf présacré de Latarjet.*

Le plexus, d'abord situé dans la bifurcation de l'aorte descend, parallèlement à la ligne médiane, franchit la veine iliaque primitive gauche en croisant sa face antérieure, s'applique sur la saillie du promontoire qu'il recouvre et englobe, et vient s'épanouir sur la face antérieure de la 1re sacrée recouvert par la portion terminale du mésosigmoïde. A ce niveau les cordons nerveux, après un trajet de 4 à 6 cm. s'écartent les uns des autres et se divisent en 2 groupes qui se portent à droite et à gauche de la ligne médiane formant les plexus hypogastriques latéraux.

Le plexus hypogastrique supérieur, d'après certains auteurs, donnerait quelques filets qui iraient directement à l'utérus.

B. Plexus hypogastrique latéral. — Le plexus hypogastrique latéral (*plexus hypogastrique proprement dit, nerf hypogastrique de Latarjet*) est pair et symétrique, mais il existe souvent des différences de volume assez appréciables chez le même sujet.

Son origine répond approximativement à un point situé en arrière et au-dessous de la bifurcation de l'iliaque primitive en iliaques externe et interne, mais c'est là une moyenne, car l'origine est variable et peut se faire dès le promontoire. Le plexus se porte obliquement d'arrière en avant et de haut en bas vers la partie postéro-latérale du col utérin et du cul-de-sac vaginal correspondant, qu'il atteint après un trajet de 8 à 10 cm. (Latarjet) et où il se termine.

C'est à ce niveau que le plexus hypogastrique latéral prend un aspect ganglionnaire qui a fait donner à sa terminaison le nom de ganglion hypogastrique; mais, déjà avant d'arriver au « ganglion hypogastrique », les cordons nerveux qui formaient le plexux hypogastrique latéral s'élargissent et se dissocient partiellement de sorte que la transition entre le plexus et le ganglion est graduée, insensible; le plexus en constitue la corne supérieure et postérieure.

Dans ce trajet le plexus hypogastrique latéral a les rapports suivants : en avant il répond aux vaisseaux iliaques internes au-dessous et en arrière desquels il chemine, au contact de la veine qui le sépare de l'artère; en arrière et en bas, il repose sur le plancher pelvien et laisse derrière lui l'artère et la veine sacrée latérale englobée dans du tissu conjonctif dense et lamellaire; en dehors il repose sur l'aponévrose pelvienne supérieure qui le sépare du releveur de l'anus et des nerfs du plexus sacré; en dedans il croise la paroi latérale du rectum, répond au bord externe des replis utéro-sacrés et atteint avec eux la partie postéro-latérale du col.

Le plexus hypogastrique latéral donne quelques filets qui vont directement à l'utérus, en suivant l'artère utérine dans ses portions pariétales et sous-ligamenteuses.

C. Ganglion hypogastrique. — Le ganglion hypogastrique (*plexus utéro-vaginal, plexus latéro-cervical, ganglion cervical de Robert Lee et Frankenhauser*) n'est autre que l'épanouissement, la terminaison du plexus hypogastrique latéral. Il peut être considéré comme le point d'origine, ou mieux le lieu de passage de presque tous les filets nerveux qui contribueront à l'innervation de l'utérus.

Il a l'aspect d'une lame plexiforme fenêtrée qui

présente des renflements, plus ou moins importants, d'apparence ganglionnaire. Son aspect est variable d'un côté à l'autre et suivant les individus. Aussi, selon les auteurs, cette formation est-elle décrite comme un plexus avec de nombreux renflements ganglionnaires (plexus utéro-vaginal) ou comme une formation ganglionnaire qui serait plus ou moins morcelée (ganglion cervical). Quoi qu'il en soit, il n'a jamais l'aspect du ganglion que l'on trouve au niveau du sympathique cervical (ganglion cervical supérieur) mais est toujours plus ou moins morcelé par du tissu cellulaire, des veines, des ramifications artérielles (1).

« Il est aplati et de forme grossièrement quadrilatère; il est difficile de lui assigner des dimensions très précises par suite de l'irrégularité de ses bords prolongés en rameaux afférents nombreux et serrés; mais il est toujours de grande taille : son diamètre antéro-postérieur atteint 3 à 4 cm., son diamètre vertical 2 à 3 cm.

Il est disposé dans le sens sagettal lorsque la vessie est attirée en haut et en avant; quand les organes sont en place, le sujet en position horizontale, il s'incline sur le versant du plancher pelvien, présentant une face postéro-externe pariétale, une face antéro-interne viscérale. » (Latarjet.) Sa face interne répond à la partie postéro-latérale du col et du cul-de-sac vaginal correspondant; son bord supérieur et son extrémité antérieure sont situés en arrière et au-dessous des principales divisions vasculaires dans l'espace compris entre l'uretère et le col utérin, de sorte que la masse essentielle du ganglion est logée au-dessous et en dedans du point d'entrecroisement de l'uretère et des vaisseaux utérins; sa face externe répond à l'aponévrose pelvienne supérieure; son extrémité postérieure se continue sans limites nettes avec le plexus hypogastrique latéral.

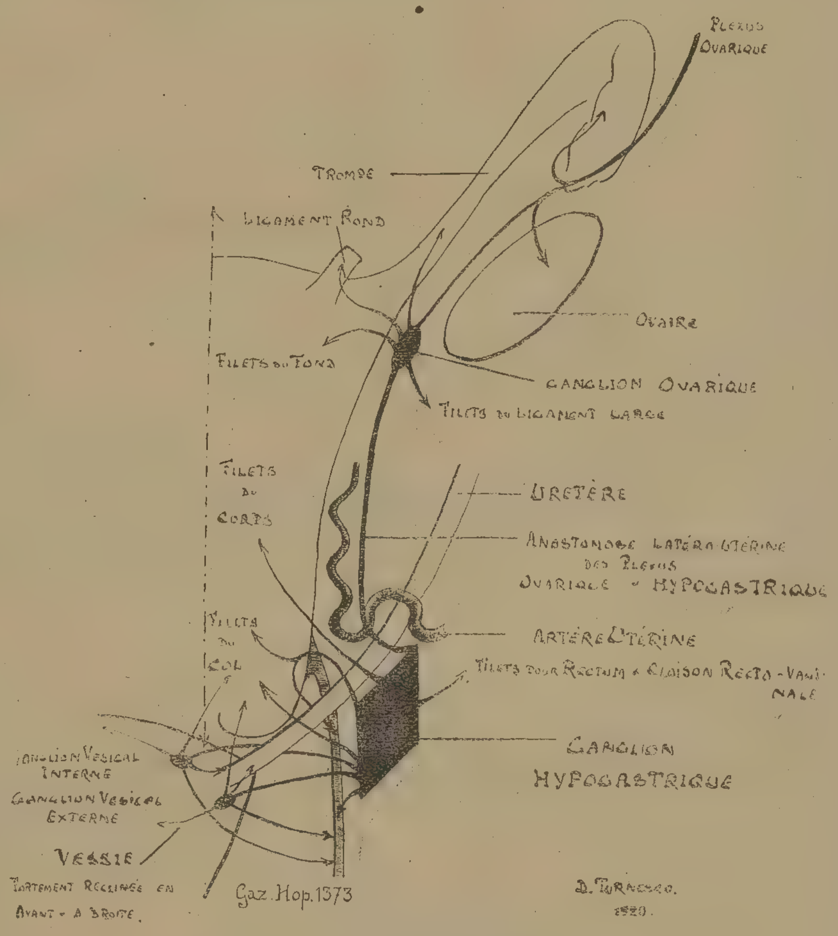


Schéma des nerfs de l'utérus.

(Nous devons ce schéma à l'amabilité de notre collègue Turnesco.)

Nous avons vu que le ganglion hypogastrique pouvait être considéré comme le lieu de passage de presque tous les filets nerveux qui contribuent à l'innervation de l'utérus ; on peut les diviser *macroscopiquement* en branches afférentes et branches efférentes.

1° **Branches afférentes.** — Le ganglion hypogastrique est constitué par :

α. La plus grande partie des fibres du plexus hypogastrique latéral (quelques filets seulement accompagnant l'artère iliaque externe); ces fibres nerveuses viennent du grand plexus aortico-abdominal.

β. Des rameaux antérieurs issus des ganglions sacrés du sympathique.

γ. Des filets assez gros venus des 3e et 4e nerfs sacrés et quelquefois du 2e (Heule) qui permettent de penser que les nerfs de l'utérus peuvent contenir des éléments du système cérébro-spinal. B. Harmann a proposé de désigner ces branches sous le nom de *nerf splanchnique pelvien.*

δ. Des filets nerveux venus du plexus mésentérique inférieur par le plexus hémorroïdal supérieur.

ε. Des filets fins émanés des nerfs vésicaux et vaginaux.

2° **Branches efférentes.** — Le ganglion hypogastrique est un centre d'où rayonne une quantité considérable de nerfs destinés non seulement à l'utérus, mais à tous les organes du petit bassin.

α. Les uns ne sont qu'*accessoirement* utérins: ce sont des filets qui se portent en avant et aboutissent soit au ganglion vésical externe (situé en dehors de l'uretère), soit au ganglion vésical interne (situé en dedans de l'uretère). Ces deux ganglions forment avec les branches qui les constituent ou en émanent un petit plexus secondaire, *plexus vésical,* d'où partent des filets surtout vésicaux et urétériques, mais dont quelques-uns aboutissent au vagin et à l'utérus par un trajet récurrent.

β. Les autres vont *directement* à l'utérus :

1. Deux tronculès, émanés de la partie inférieure du ganglion, se terminent dans la tunique musculaire du vagin et dans le museau de tanche.

2. Quelques gros filets, émanés de la partie interne du ganglion, pénètrent aussitôt dans le col utérin et dans la partie voisine du vagin.

3. Deux à trois filets émanés de la partie supérieure du ganglion vont à la partie supérieure du col et au corps utérin. L'un de ces nerfs remonte avec l'artère utérine le long de l'utérus et s'anastomose avec un filet du plexus ovarique; c'est au niveau de cette anastomose que se trouve le renflement ganglionnaire, que nous avons déjà décrit sous le nom de ganglion ovarique.

(1) Histologiquement, ce « ganglion » est essentiellement constitué par un amas de cellules et de fibres.

Territoires d'innervation. — On a cherché à faire une systématisation des territoires d'innervation : Tuszkaï prétend que le plexus ovarique fournit à la paroi antérieure et supérieure de l'utérus la majorité de ses filets ; le ganglion hypogastrique se distribuerait surtout sur les bords de l'utérus ; quant à la paroi postérieure elle recevrait des filets venus directement des plexus hypogastriques, sans traverser le ganglion (Tiedeman, Henle). Ces recherches déjà anciennes n'ont pas été confirmées et paraissent ne pas devoir sortir du domaine de l'hypothèse. En fait, il paraît difficile de faire une systématisation des territoires d'innervation sur les simples recherches anatomiques, car tous ces filets se résolvent rapidement et concourent à la formation d'un plexus péri-utérin.

Telles sont les données qu'ont permis d'établir les recherches d'anatomie macroscopique.

Anatomie microscopique. — Les ramifications et la terminaison des nerfs dans l'utérus ont fait l'objet de nombreuses recherches de la part des anatomistes et des physiologistes qui ont cherché à réciproquement étayer leurs travaux. Ces recherches ont porté sur les filets nerveux proprement dits, et sur les ganglions qui les accompagnent.

A. Filets nerveux. — Tous les filets nerveux, quelle que soit leur origine, se ramifient immédiatement au voisinage de l'utérus et forment, sous le péritoine, un plexus à mailles larges. Les filets qui vont au col, à l'inverse de ce que pourrait faire penser la faible sensibilité du col, sont plus nombreux et plus épais que ceux du corps.

Les filets nerveux qui émanent de ce plexus ont le plus souvent un trajet rectiligne et pénètrent dans l'épaisseur de l'utérus indépendamment des vaisseaux ; quelques-uns cependant, dans la tunique musculaire, ont un trajet nettement hélicin (Clivin) ; ils se résolvent en filets musculaires et en filets muqueux : α. les filets musculaires forment des réseaux allongés dans le sens des faisceaux contractiles et se terminent par des extrémités libres, ou par des extrémités terminées en bouton ; β. les filets muqueux forment au-dessous ou dans l'épaisseur même du chorion un riche réseau aux points nodaux desquels se trouvent des cellules nerveuses ; les fibres qui s'en échappent se terminent les unes sur les glandes, les autres dans l'épithélium.

Quant à la structure intime de ces filets nerveux, on admet généralement que les filets terminaux renferment à la fois des fibres amyéliniques et des fibres à myéline. Mais, d'après des recherches récentes (La Torre) les nerfs intra-utérins se composent de fibres sans myéline ; ces filets nerveux seraient très nombreux dans la couche sous-péritonéale et dans la couche musculaire *externe* du corps.

B. Ganglions. — L'existence d'un système ganglionnaire intra-utérin était depuis longtemps soupçonnée, mais malgré de très nombreuses recherches (Remak, Eherlich, Clivin, Herlitza, Gawrouski, Keiffer), il n'y avait jusqu'à ces dernières années aucune donnée certaine concernant ce point particulier de l'anatomie. La Torre, à Rome, et Keiffer, à Bruxelles, se servant de la méthode de coloration de Ramon et Cajal par le nitrate d'argent et l'hydroquinone et l'appliquant à l'étude des nerfs de l'utérus, arrivèrent par des travaux parallèles à des conclusions identiques :

α. « Il existe dans le ligament large et dans le tissu conjonctif périvaginal une série de ganglions sympathiques de forme variée qui se trouvent sur le trajet des nerfs, qui venus du plexus hypogastrique se rendent aux parois vaginales et utérines ; ils sont au nombre de 6 à 9 de chaque côté. Avant d'entrer dans l'utérus, un grand nombre de nerfs s'épaississent en formant des ganglions cylindriques ou fusiformes.

β. Dans les parois mêmes de l'utérus, on trouve des ganglions sur le trajet des nerfs, surtout abondants au voisinage immédiat de vaisseaux importants. Ces ganglions sont situés surtout dans la moitié externe de la paroi utérine ; ils sont surtout abondants dans la région qui correspond au ganglion de Frankenhaüser. Il y a de plus un groupe de ganglions sur la ligne médiane antérieure et un groupe sur la ligne médiane postérieure. Les ganglions n'ont pas pu être retrouvés dans le stratum interne glandulaire et muqueux, non plus que dans le col. »

La présence de ces ganglions expliquerait, d'après Keiffer, une série de phénomènes cliniques et expérimentaux qui échappent encore à notre analyse et qui, par comparaison avec d'autres organes, comme le cœur notamment, incitent à croire l'utérus pourvu d'un système propre capable d'entretenir à lui seul, sans l'intervention de centres médullaires, le tonus utérin et son activité réactionnelle.

Centres nerveux de l'utérus. — I. Ganglions utérins. — La présence des ganglions sympathiques intra-utérins est venue confirmer l'existence d'un *centre* « in situ » que faisait prévoir le fonctionnement autonome de cet organe, que démontrent d'ailleurs des faits cliniques et expérimentaux (1).

On a cherché, par analogie avec le cœur, s'il existait un ou plusieurs centres de ce système autonome :

α. Dembo a décrit un ganglion dans le segment supérieur de la paroi antérieure du vagin chez la lapine. C'est ce centre qui produit les contractions vaginales ne cessant pas après la séparation de l'utérus du système nerveux central.

β. La ligature au niveau du col chez les lapines affaiblit et arrête même les contractions utérines tandis qu'une ligature, placée au-dessus, supprime à peine les contractions des segments supérieurs de la matrice (Betcherew).

γ. Sur un utérus excisé avec une partie du vagin, chez la lapine, l'excitation du segment supérieur du vagin provoque une forte contraction du vagin et des cornes utérines tandis que l'excitation directe des cornes ne donne qu'une contraction faible (Dembo).

Il semble donc qu'on peut admettre un centre spécial au niveau du segment vaginal antéro-supérieur, au moins chez la lapine.

II. Centre médullaire. — 1° *Centre spinal.* — Il est certain qu'il existe un centre spinal ; il est situé

(1) α. Chez des femmes atteintes de lésions de la moelle avec paralysie de la vessie et du rectum, la fécondation et la parturition ont pu se passer normalement (Brachet).

β. Chez des animaux, la destruction de la moelle dorsale et lombaire, la section de tous les nerfs rachidiens et de tous les filets sympathiques n'ont pas empêché la fécondation et la parturition.

γ. On extirpe l'utérus gravide pendant le travail, on le plonge ensuite dans l'eau chaude, suspendu par les cornes, le travail continue quand même et aboutit à l'expulsion fœtale (Calliburces).

entre la 10e vertèbre dorsale et la 2e lombaire (sa localisation exacte varie selon les auteurs), au-dessus des centres vésical, rectal et vaginal. L'excitation de ce centre produit des contractions utérines.

2° *Centre bulbaire.* — Il existe aussi un centre bulbaire par lequel se transmettent des actions réflexes. L'excitation directe du bulbe provoque des contractions utérines.

3° *Autres centres médullaires.* — D'après certains auteurs, il existerait, en outre, d'autres centres, moins bien déterminés, dont l'excitation directe provoque des contractions utérines mais faibles.

III. Centres cérébraux. — Quelques auteurs admettent l'existence de centres moteurs au niveau de l'écorce ; mais cette opinion est discutée.

Voies d'union des ganglions intra-utérins avec le système nerveux central. — Le trajet des fibres reste encore hypothétique et on trouve à ce sujet les opinions les plus diverses :

α. Pour certains les fibres nerveuses utérines seraient contenues, et dans les nerfs sacrés et dans les plexus sympathiques ; mais, pour les uns, les nerfs sacrés donneraient des filets moteurs et les plexus sympathiques des filets sensitifs, alors que pour les autres ce serait l'inverse.

β. Langley et Anderson soutiennent que les nerfs sacrés n'auraient pas de fibres utérines, que les nerfs de l'utérus viennent tous des 2e, 3e, 4e, 5e racines lombaires, suivent les plexus sympathiques et contiennent des filets moteurs et vaso-moteurs.

γ. Pour Basch et Hoffmann, il y aurait opposition entre les filets venus par le nerf hypogastrique qui seraient vaso-constricteurs et agiraient sur les fibres circulaires, ouvrant et abaissant le col ; et les filets venus par les nerfs érecteurs qui seraient vaso-dilatateurs fermeraient le col et l'élèveraient.

δ. D'autres, enfin, pensent que le nerf vague contribue aussi à l'innervation utérine : les uns attribuent le rôle principal à ce nerf (Kilian), les autres pensent qu'il n'a aucune action directe et qu'il ne peut agir qu'en provoquant des modifications circulatoires (Spiegelberg).

La question est donc encore en suspens et de nouvelles recherches sont nécessaires.

BIBLIOGRAPHIE

Traités d'anatomie et de physiologie.

Astier. Contribution à l'étude du système nerveux utérin, *Th. de Lyon*, 1919.

Betcherew. *Les fonctions bulbo-médullaires*, IIe partie. (Encycl. scient.)

Bruckner et Mezincescu. Sur le système nerveux intra-utérin, *C. R. de la Soc. de biol.*, Paris 1903, nº 9, p. 323.

Keiffer. Le système nerveux intra-utérin, *C. R. de la Soc. de biol.*, mai 1900, p. 105 ; — Le système nerveux ganglionnaire de l'utérus humain, *Acad. roy. de méd. belge*, 1906 ; — Id., *Soc. obst.*, Paris, fév. 1908.

Latarjet et P. Bonnet. Le plexus hypogastrique chez l'homme, *Lyon chir.*, 1er juin 1913.

La Torre. Des centres nerveux autonomes de l'utérus, *L'Obstétrique*, 1906, p. 338 ; — Des centres nerveux autonomes de l'utérus et de ses nerfs, *L'Obstétrique*, 1907, p. 57.

Rhœnter. Essai sur la physiologie de la contracture utérine, *Th. de Lyon*, 1910.

Rvith. Zür innervation des uterus, *Monat. f. Geb. und Gyn.*, 1907, p. 79-94.

PATHOGÉNIE ET TRAITEMENT DES SPASMES GRAVES DE L'ŒSOPHAGE

Par le Dr Jean GUISEZ,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Qu'est-ce qu'on entend généralement d'après les descriptions classiques par spasme de l'œsophage ? La définition qu'on en donne est toujours à peu près analogue ; « il s'agit là d'une affection nerveuse liée à un état général spécial, à caractère essentiellement *transitoire* qui amène la fermeture plus ou moins durable de l'œsophage, empêchant l'alimentation, procédant par véritables crises avec phases d'amélioration complète ; que l'on vienne à essayer le cathétérisme de l'œsophage, avec un explorateur olivaire, la boule dépasse facilement la région spasmodique (d'autant mieux qu'elle est plus grosse) », tels sont les caractères que l'on attribue aux spasmes œsophagiens.

Cette conception est erronée, du moins dans *les cas graves, les seuls dont nous nous occuperons dans ce travail*, le spasme œsophagien doit être considéré comme un trouble uniquement local évoluant progressivement à la sténose complète par un mécanisme que nous exposerons plus loin.

Qu'on nous permette, tout d'abord, de citer quelques exemples qui feront mieux comprendre notre description ultérieure et l'on verra que la conception du spasme doit être toute différente.

Il y a une dizaine d'années, on nous demanda de voir un confrère âgé, atteint de dysphagie intense et persistante, rien ne passe depuis 3 jours. Etant donnés son âge, la douleur et la dysphagie, on pense à un épithélioma. L'œsophagoscopie nous montre qu'il s'agit simplement d'une contracture violente de l'orifice supérieur de l'œsophage qui empêche d'une façon durable et permanente toute sorte d'alimentation. Il fut facile de nourrir ce malade à la sonde et, ultérieurement, de lui appliquer un traitement approprié de dilatation progressive, une fois bien établi le diagnostic de contracture spasmodique, et ce confrère jouit depuis d'une santé tout à fait normale.

Autre fait. Un malade gastrostomisé est soumis à notre examen. Le chirurgien qui l'a opéré, arrêté avec son cathéter au niveau du cardia par une sténose organique, en a conclu, étant donnés les antécédents du malade, à un rétrécissement syphilitique. Par l'œsophagoscope, nous constatons simplement de la contracture spasmodique du cardia, avec début de rétrécissement cicatriciel. Il fut facile de le dilater et de lui rendre une alimentation tout à fait normale.

Nous pourrions multiplier les exemples ; dans ces dernières années nous avons, en effet, examiné à l'œsophagoscope un très grand nombre de *spasmes primitifs* de l'œsophage (plus de 400) ; la plupart *étaient graves et permanents*, puisque progressivement ils avaient déterminé des troubles de dysphagie tels, que toute déglutition de solides et même de liquides était devenue impossible, un état inflammatoire s'étant surajouté amenant une *sténose organique*. Dans tous il *s'agissait d'une affection locale* qui a guéri par un traitement local et cependant, avant l'ère œsophagoscopique, le spasme dit primitif de l'œsophage a toujours été mis sur le compte d'un état grave nerveux et hystérique et la plupart des malades que nous avons eu à examiner avaient été

douchés, bromurés, isolés, et même suggestionnés sans aucune espèce de résultat.

Lorsque les rayons X eurent décelé dans ces spasmes une véritable sténose siégeant toujours au même point, on a cru devoir incriminer soit une « petite crevasse, soit une petite fissure » qui amènerait, tout comme la fissure anale par exemple, une sorte de contraction des fibres sphinctériennes. Cette supposition est toute théorique et jamais les auteurs versés en *œsophagoscopie* n'ont fait de semblables constatations. La muqueuse œsophagienne est d'ailleurs peu sensible et incapable par la présence d'une aussi petite plaie d'être le point de départ d'un réflexe sphinctérien.

L'étiologie est tout autre et doit être attribuée à *une viciation de l'acte physiologique de la déglutition* dans laquelle l'œsophage a un rôle véritablement actif et non celui d'un simple canal comme on l'a cru longtemps. Sur le vivant, l'endoscopie nous enseigne que l'œsophage est *uniquement tubulaire* dans ses parties initiale (cervicale) et terminale (cardiaque). Dans le reste de son trajet (portions cervicale inférieur et thoracique) *il est cavitaire*. C'est *un véritable organe* et la physiologie nous enseigne que, par ses fibres circulaires sphinctériennes, il a un rôle actif dans la déglutition, et en particulier dans la déglutition des solides, les liquides pouvant descendre simplement sous l'action de la pesanteur.

1° L'œsophage a un *rôle véritablement actif* dans l'acte de la déglutition des aliments.

2° Le maximum de cet acte se produit en deux régions où les fibres sphinctériennes sont le plus développées : soit d'une part dans sa portion initiale au niveau de la *bouche de l'œsophage* et d'autre part au niveau de la *région cardiaque terminale*.

Pour que le bol alimentaire soit accepté en ces deux régions, il faut qu'il soit bien préparé dans le premier temps de la déglutition bucco-pharyngée, c'est-à-dire suffisamment mastiqué et insalivé. S'il ne l'est pas, l'orifice supérieur refuse de s'ouvrir, se contracte, se ferme spasmodiquement au-devant de lui, il y a *spasme de la bouche de l'œsophage*; ou si ce bol franchit la bouche, le reste de l'œsophage pour arriver à le faire progresser se contractera vicieusement, et c'est au niveau de la traversée diaphragmatique qu'il va subir un nouvel arrêt, c'est en cet endroit qu'il se spasmodie et ne peut s'ouvrir : *cardiospasme*. Il peut, du reste, y avoir *simultanément spasme de la bouche de l'œsophage et cardiospasme*.

C'est en somme la *mauvaise mastication* qui est la cause de cette viciation dans l'acte de la déglutition œsophagienne. Des gens qui ont de mauvaises dents (édentés, vieillards) ou mangent trop vite, engloutissent des bouchées de volume tout à fait anormal. Tous ceux qui s'occupent de la recherche de corps étrangers de l'œsophage par l'œsophagoscopie ont fait cette constatation, avec un os il y avait souvent un gros morceau de viande, toute une noix de côtelette par exemple.

Nous avons, en octobre 1916, alors que nous dirigions le centre oto-laryngologique de la Xe région, eu une démonstration mathématique de cette étiologie. Un soldat fut dirigé vers notre centre pour dysphagie absolue. L'examen œsophagoscopique montra qu'il y avait sténose spasmodique du cardia. Le patient attribuait nettement le début de ses troubles à la fracture de son dentier (nov. 1915). Dès lors impossible de mastiquer ni la viande ni le pain et les troubles de déglutition ont amené le spasme et la sténose devenue progressivement complète de l'œsophage.

Les aliments à chaque déglutition s'arrêtent, soit au-dessus de la bouche œsophagienne dans l'hypopharynx, soit au-dessus de la région cardiaque dans la portion thoracique inférieure. Le sujet, sentant que la bouchée ne passe pas, fait des efforts de déglutition, boit une volumineuse gorgée d'eau pour la faire descendre. La répétition du même acte vicié amène le spasme des fibres sphinctériennes, spasme intermittent d'abord, permanent ensuite. Il en résulte à la longue une *véritable contracture permanente du sphincter*, et du côté des régions sus-jacentes les rétrodilatations que nous connaissons, en haut les dilatations et *diverticules de l'hypopharynx*, en bas les *grandes dilatations de la région thoracique de l'œsophage* dénommées longtemps « idiopathiques ». L'élément inflammatoire se surajoutant par la stase, l'œsophagite s'installe et la *sténose inflammatoire se trouve constituée*, sténose véritablement organique avec rétrécissement permanent et progressif de la lumière du conduit, et qui, à la longue, devient *cicatricielle*.

Etant donnée cette pathogénie, on conçoit que cette affection se développe principalement à l'âge où la dentition devient défectueuse, c'est-à-dire à l'âge moyen de la vie, et de fait la majorité de nos observations concernent des malades de 40 à 55 ans. Rare chez les enfants, elle l'est beaucoup moins chez les vieillards.

Chez tous les malades la *symptomatologie* était toujours à peu près la même. Tous ont observé, de façon intermittente d'abord, puis permanente ensuite, de la gêne de la déglutition; il semble bien qu'ils aient éprouvé, tout d'abord, de simples phénomènes spasmodiques. Cette gêne de la déglutition, au début des accidents, était généralement *plus marquée pour les aliments liquides que pour les solides*, mais sans qu'il y ait là une règle absolue; mais lorsque les malades sont venus nous consulter, c'est-à-dire à une phase avancée de leur affection, la gêne était toujours plus accentuée pour les aliments solides ou demi-solides que pour les liquides, *tout comme dans les rétrécissements organiques*.

Cette affection n'est pas douloureuse; en règle générale les malades se plaignent cependant souvent de distension de leur poche œsophagienne lorsque la sténose siège au cardia, et de régurgitations, de renvois de gaz et d'air, souvent pénibles à évacuer; ils sont tous plus ou moins *aérophages*.

Lorsqu'il y a *grande dilatation* de l'œsophage, en particulier dans les cardiospasmes, ils présentent, une ou plusieurs fois par jour, des *vomissements pituiteux œsophagiens*, rejetant un verre et jusqu'à 1/4 de litre de liquide clair, filant, acide. Le plus souvent ce vomissement est précédé d'une sorte de sensation de malaise et même quelquefois de douleurs dans la région rétrosternale. Un de nos malades présentait de véritables crises douloureuses rétrosternales de pseudo-angine de poitrine. Cette pituite est occasionnée par la déglutition de la salive qui reste et séjourne dans l'œsophage à cause de la gêne de la déglutition et qui est sécrétée en abondance dans toutes les sténoses œsophagiennes de quelque origine qu'elles soient.

Lorsqu'il y a uniquement diverticule, le malade a simplement des régurgitations; il crache, immédiatement après le repas, 1 ou 2 cuillerées à soupe des aliments qu'il a avalés; ou bien il régurgite un peu de mousse salivaire spontanément de temps à autre.

Lorsque le diverticule est volumineux, des aliments peuvent séjourner à son intérieur plus ou moins longtemps et le malade reconnaît dans ses régurgitations des aliments avalés souvent depuis plusieurs jours.

L'*état général* reste bon pendant très longtemps, et il n'y avait que peu d'amaigrissement chez la plupart des malades que nous avons eu à examiner; mais, chez plusieurs d'entre eux chez lesquels la sténose était à peu près complète, l'amaigrissement et la cachexie étaient très prononcés. Lorsque la cachexie est très marquée et comme cette affection n'est point rare chez les gens âgés, *elle ressemble* tout à fait *au cancer de l'œsophage*. Il n'y a rien dans la symptomatologie qui puisse faire faire le diagnostic. L'évolution est la même dans les deux cas, seul l'examen direct à l'œsophagoscope permet d'établir de façon exacte et d'instituer un traitement local chez des malades qu'on laissait simplement mourir de faim avec l'étiquette de cancer. Nous nous rappelons à ce sujet de deux malades examinés en 1911 dans la même séance avec notre collègue Paul Delbet, l'un cachectique émacié n'avalant plus qu'à grand'peine un peu de liquide, l'autre, coloré de figure, n'ayant pas maigri ni pâti et venant consulter seulement pour un arrêt que subissaient les bouchées un peu grosses en arrière du sternum quand il ne mastiquait pas suffisamment. Dans le premier cas, l'endoscopie nous a fait diagnostiquer une simple sténose inflammatoire qu'il nous a été facile de dilater; dans le second, nous avons constaté au tiers inférieur de l'œsophage la présence d'un large bourgeon ulcéré présentant tous les caractères d'un épithélioma qu'a confirmé l'examen biopsique; cela avec un bon état général apparent. L'évolution est venue confirmer ce diagnostic : 3 mois après le malade était mort de son cancer, tandis que le premier avait, par un simple traitement de dilatation, recouvré une déglutition tout à fait normale. Nous le répétons, il n'y a point de facies spécial dans le cancer de l'œsophage, et la cachexie n'est due qu'au manque d'alimentation.

Avant l'ère œsophagoscopique, de pareilles sténoses ont été souvent *dénommées syphilitiques* parce que survenues chez des spécifiques anciens; or, la syphilis œsophagienne est véritablement une rareté, et en dépouillant nos observations sur l'œsophage nous n'en avons observé qu'un cas bien net, coïncidant avec de la syphilis pharyngée.

Le spasme apparaissant nettement comme une affection liée à une *lésion locale* doit réclamer un *traitement local*, évidemment variable suivant la phase à laquelle on observe l'affection, mais toujours et dans tous les cas, en particulier lorsque la contracture spasmodique est constituée, et cette étape est rapidement atteinte quand il s'agit de spasme de l'œsophage, il faut agir par un traitement de *dilatation locale progressive*.

1. *Le cathétérisme de la bouche de l'œsophage* est difficile dans les cas de diverticules, la bougie ayant les plus grandes tendances à glisser et à se replier dans le diverticule et à manquer son but. On réussit souvent beaucoup mieux à franchir cette bouche par le toucher que sous la vue. Il faut avec une grande patience, après cocaïnisation locale, essayer, avec une bougie fine, n° 11 ou 12, de trouver l'orifice, qui est rejeté à droite ou à gauche. Ce n'est qu'après de multiples tâtonnements, et souvent après une ou deux séances infructueuses que l'on y parvient. On aura soin de noter exactement sa situation pour les séances ultérieures. Dès qu'on a réussi à introduire cette fine bougie on va s'en servir de conducteur pour glisser sur elle une bougie beaucoup plus grosse qu'on laisse à demeure pour dilater la sténose; ou mieux si l'on veut faire de la dilatation forcée, la seule efficace en matière de spasme de l'œsophage, on pourra successivement introduire 3 bougies, les deux latérales servant de conducteurs à la médiane qui peut être plus grosse (*dilatation multibougiraire*). Il est facile de se rendre compte qu'en particulier, au niveau de la bouche de l'œsophage, la dilatation totale ainsi obtenue sera bien supérieure à celle d'une bougie unique de gros numéro. Les trois bougies, agissant surtout dans le sens transversal, sont bien mieux supportées, si on doit les laisser à demeure.

2. *Dans les sténoses spasmodiques du cardia*, la technique sera à peu près la même, mais le cathétérisme est généralement beaucoup plus facile. C'est pour elles surtout qu'il convient d'avoir posé exactement un diagnostic de l'état de la muqueuse de la poche sus-jacente avant d'entreprendre la dilatation de l'anneau sténosant, et souvent plusieurs jours de lavages sont nécessaires au préalable.

a. *S'il n'y a que spasme sans dégénérescence inflammatoire de la sténose*, il est nécessaire de dilater progressivement celle-ci à l'aide de bougies de plus en plus grosses et l'on doit atteindre, pour que la dilatation soit efficace, au moins le n° 58 ou 60 de la filière ordinaire, mais dès que l'on arrive à ces gros numéros la bougie est mal supportée principalement au passage derrière le chaton cricoïdien. Ici encore la *dilatation multibougiraire* trouve son indication. Il est facile sur une bougie de petit calibre 20 ou 22 de glisser une bougie plus grosse, 33 ou 35 et, en séparant chacune d'entre elles, d'en introduire une troisième, faisant ainsi une véritable dilatation forcée bien supérieure à celle d'une seule grosse bougie.

L'emploi des ballons insufflables ou remplis d'eau (ballon de Gottstein) est tout à fait illusoire : ils se dilatent au-dessus et au-dessous du cardia rétréci, mais jamais à son niveau. Il en est de même des *divulseurs mécaniques*, que l'on ne peut pas placer au bon endroit et dont il est impossible de limiter l'action. En tous cas, les bougies ont le grand avantage de pouvoir être gardées pendant un certain temps, et c'est là le meilleur traitement de tous les spasmes graves qui sont la cause initiale des sténoses inflammatoires de l'œsophage.

Tel est le traitement qui nous a paru comme le plus efficace dans le cas de spasmes graves de l'œsophage et nous pouvons dire que tous les cas dans lesquels nous avons institué ce traitement ont guéri ou sont en voie de guérison. Les dilatations sus-jacentes rétrogressent petit à petit avec ce traitement; en particulier, les grandes dilatations dites « idiopathiques » de l'œsophage disparaissent à peu près complètement au bout de 7 à 8 mois à la condition que la dilatation soit faite très régulièrement au moins une fois par semaine avec quelques intervalles de repos. Les diverticules hypopharyngiens sont certainement moins influencés par ce traitement local de dilatation et diminuent plus lentement.

b. *Lorsque la phase inflammatoire est constituée* et que la sténose est devenue véritablement souvent *cicatricielle*, sa structure ne diffère guère de celle des sténoses cicatricielles traumatiques et le traitement local de dilatation est soumis aux

mêmes règles. Elle sera faite avec la bougie cylindroconique olivaire en gomme demi-molle par la méthode de dilatation lente et progressive. Si la sténose est très serrée, les premières séances seront faites sous l'œsophagoscopie et de visu. L'usage de la bougie filiforme à demeure, qui agit ici par simple présence et comme modificateur de la sténose elle-même, peut être employé tout comme dans les sténoses cicatricielles serrées par caustiques. L'électrolyse circulaire agit dans le même sens en cas de sténoses graves.

Durant tout ce traitement, le malade fera régulièrement tous les matins des lavages alcalins de la poche avec un tube de Faucher pour le débarrasser des résidus alimentaires ainsi que des sécrétions acides dans lesquelles ils baignent. Il faudra également prescrire un régime approprié ne donnant que peu de résidus. Supprimer les aliments sucrés, le lait qui se caille et fermente dans la poche. Recommander une alimentation demi-liquide, purée de légumes, jaunes d'œuf, bouillons, etc.

Par l'emploi judicieux et souvent combiné de ces différents modes de thérapeutiques, nous avons pu recalibrer tous les malades atteints de sténose inflammatoire qu'il nous a été donné de traiter régulièrement, bien que chez nombre d'entre eux il s'agissait de sténoses très anciennes et ayant amené, au moment de l'examen, une dysphagie à peu près absolue.

PRATIQUE CHIRURGICALE

COMMENT ON PRÉPARE UN « ESTOMAC » A L'OPÉRATION

Par M. Paul Sourdat,
Chirurgien des hôpitaux d'Amiens.

Il est vraisemblable que dans l'avenir les « estomacs chirurgicables » seront dans un état général qui rappellera à peu près celui des appendices à froid, car les opérations seront précoces. Il n'en est encore rien. Le plus souvent le chirurgien doit opérer soit un cancéreux d'estomac qui aurait pu être opéré 10 ans plus tôt d'un simple ulcère, soit un sténosé, plus ou moins déshydraté ou acidosique, un anémié par hémorragie.

Opérer un malade sans préparation, c'est s'exposer à un insuccès probable. Il faut auparavant remonter le patient, neutraliser les causes de danger et le mettre dans les conditions nécessaires pour supporter l'opération. Il faut relever la vitalité amoindrie, contrebalancer l'action insuffisante des glandes à sécrétions internes, diminuer les causes d'intoxication, désinfecter les organes (nez, gorge, bouche) qui peuvent provoquer de l'infection au moment de l'intervention.

Examiner d'abord (comme chez tout futur opéré) le *cœur*, les *reins* et les *poumons*. Se rappeler que les complications pulmonaires sont fréquentes si les sujets sont soumis à la narcose et particulièrement à l'éther. Si le sujet présente une lésion cardiaque, remonter le myocarde et proportionner la gravité de l'acte opératoire à la résistance du sujet.

Désinfecter la bouche et les dents; les dents cariées, les racines, seront nettoyées ou enlevées. Les gencives touchées chaque jour à la teinture d'iode; les dents seront détartrées par un dentiste. Le malade se rincera la bouche trois fois par jour avec une solution de chloral. Ne pas purger les « déshydratés » mais donner tous les jours un grand lavement pour exonérer l'intestin qui est presque toujours rempli de matières. Cette exonération est d'autant plus difficile que souvent l'intestin renferme du sang prêt à se putréfier ou des masses de bismuth.

Laver l'estomac : le laver pour deux raisons : d'abord parce que le plus souvent il est sale, puis parce que ce lavage est très souvent indiqué après l'opération. En effet, il faut, après l'opération, laver l'estomac de tout malade non seulement qui vomit, mais qui présente la moindre régurgitation. Il faut le laver tant que l'estomac est sale, répéter les lavages une fois, deux fois, trois fois par jour si c'est nécessaire. Or, pour faire supporter le tube à un opéré, il faut l'y entraîner auparavant, sinon c'est s'exposer à le shocker. Si, au contraire, deux ou trois lavages ont été faits avant l'intervention, le malade est entraîné, l'action shockante du tube de Faucher n'est pas à craindre. Pour faire ces lavages, on se servira soit d'eau alcaline chaude, soit d'eau oxygénée. Si ce lavage d'estomac après l'opération ramène de l'eau rosée qui indique que le suintement sanguin existe encore, il faut ajouter 20 à 30 gouttes d'une solution d'adrénaline à 1 p. 1000 ou deux ampoules d'hémostyle.

Si le malade présente de l'*acidose*, il faut se garder de l'opérer avant de l'avoir alcalinisé : soit par du goutte à goutte rectal, avec de l'eau alcaline, soit avec des injections intraveineuses d'un litre d'eau alcaline (30 g. de bicarbonate de soude pour un litre). Si le sujet n'est pas hyperchlorydrique, on peut lui faire boire de l'eau sucrée à discrétion, mais s'il est hyperchlorhydrique, il ne faut pas lui faire boire d'eau alcaline, qui augmente la sécrétion de l'acide. Chez tous les malades déshydratés, l'instillation goutte à goutte transrectale d'eau sucrée doit être continuée pendant les jours qui précèdent l'opération. S'il n'y a pas de sténose pylorique, il y a intérêt à nourrir les malades (tapioca, café au lait, jus de fruits, oranges, citrons, tisanes chaudes, jus de raisin, solutions alcalines de Bourget). Si le foie paraît déficient, on peut donner de la tisane de Boldo ou de l'urotropine. S'assurer que la langue est bien humide, qu'il n'y a pas de muguet et que la salive est sécrétée en quantité suffisante. Cette recherche du muguet, aussi bien que la recherche de l'escarre sacrée, doit hanter l'esprit de l'infirmière; elle doit surveiller le sacrum et la gorge du malade; si celle-ci devient sèche ou rouge, commencer les badigeonnages de glycérine boratée. Si le sujet est anémié par une hémorragie abondante ou des hémorragies répétées, le sérum ne suffit pas toujours. Il faut faire une véritable *transfusion sanguine*, pratique qu'on ne réalise pas assez souvent. Si le pouls est faible, ajouter au sérum de l'adrénaline au millième, une ou deux ampoules par jour.

Avant l'opération, le sujet restera assis dans son lit. On s'assurera qu'il sait respirer; lui faire faire de profondes inspirations par le nez, dix à vingt fois consécutivement et quatre fois par jour. Si on dispose d'un spiroscope, on lui apprendra à s'en servir. De cette façon, on préparera le futur opéré à lutter, le cas échéant, contre la stase pulmonaire et la congestion. Si, au contraire, on attend que celle-ci soit déclarée après l'intervention, le malade ne comprendra pas ce qu'on veut de lui et il sera condamné probablement à des complications pulmonaires graves.

Une séance quotidienne de massage général, des frictions aux gants de crin, activent la circulation et

font travailler la peau. Ils excitent la vitalité du sujet. Une ou deux injections de nucléate par jour et de strychnine, administrées pendant les quelques jours qui précèdent l'acte opératoire, activent la phagocytose.

En général, il faut compter une petite semaine pour préparer un malade gastrique. La veille de l'opération, le patient sera baigné, savonné, rasé, enveloppé d'un bandage antiseptique après avoir été badigeonné à la teinture d'iode ou à l'acide picrique, à 5 p. 100. Le matin, injection de nucléate de soude une heure avant d'opérer, dernier lavage d'estomac, puis injection sous-cutanée de scopolamine-morphine si c'est l'anesthésie régionale ou rachidienne qui est employée. Si le sujet est très affaibli, commencer, dès le début de l'opération, une injection sous-cutanée de sérum, à l'aide de deux aiguilles qui seront introduites dans l'aisselle, à travers le grand pectoral. Cette injection de sérum chaud sera continuée pendant toute l'opération.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 28 JUIN 1920)

Influence de l'attitude du corps sur la respiration. — M. GAUTIEZ. Toutes les attitudes s'efforçant d'assurer la fixité de la nuque ou de la colonne vertébrale favorisent le type respiration dit thoracique.

La *station* et la *marche sur avant-pieds*, en fixant la colonne vertébrale, facilitent et amplifient le jeu de la respiration. Il en résulte, dans la plupart des états pathologiques, une amélioration du plus haut intérêt.

M. D'ARSONVAL après avoir présenté la communication de M. Gautiez a fait les remarques suivantes. Les exercices physiques sont, à juste titre, à l'ordre du jour. Il existe d'excellentes méthodes, donnant de bons résultats, mais qui exigent la volonté et la possibilité d'y consacrer le temps nécessaire sous la direction continue ou intermittente d'instructeurs spéciaux. Le grand mérite du système Gautiez est d'arriver à un résultat au moins équivalent, sans perte de temps et sans frais aucun, ce qui en favorisera la généralisation très désirable.

Attitudes du corps et respiration. — M. Jules AMAR apporte une confirmation expérimentale de la communication de M. Gautiez.

Développement des canaux aériens et histogénèse de l'épithélium pulmonaire chez le mouton. — MM. J. DRAGOIN et FAURÉ-FRÉMIET.

Sur l'action toxique du sulfure d'éthyle dichloré. — MM. A. MAYER, H. MAGNE et L. PLANTEFOL.

Essai d'épuration des sérums thérapeutiques. — M. A. BESREDKA cherche depuis longtemps à insolubiliser les sérums sanguins sans détériorer leurs propriétés biologiques. Il est arrivé actuellement à épurer par la coagulation un sérum, de telle façon qu'il ne détermine plus le choc anaphylactique chez les cobayes sensibilisés. Aux cliniciens de dire si les sérums ainsi épurés offrent dans la pratique les avantages que les expériences laissent espérer.

Sur le polymorphisme histologique de certains néoplasmes épithéliaux et les relations des néoformations inflammatoires et des tumeurs cancéreuses. — M. F. LADREYT.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 6 JUILLET 1920)

M. LE PRÉSIDENT prononce l'éloge de M. Bucquoy, ancien président de l'Académie, et, en signe de deuil, lève la séance.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 2 JUILLET 1920)

Quatre cas de septicémie colibacillaire. — MM. F. WIDAL, A. LEMIERRE et P. BRODIN rapportent 4 observations de septicémie colibacillaire vérifiée par l'hémoculture. La première concerne une fièvre continue consécutive à une poussée d'entérite ; dans la deuxième, l'infection s'est développée chez une accouchée, sans que l'origine utérine soit nettement démontrée ; les deux dernières ont trait à des ictères infectieux, l'un très bénin, survenu pendant la grossesse, l'autre plus sévère, compliquée d'hémorragies, d'anémie avec myoclonie et de polynévrite généralisée. Tous ces cas se sont terminés par la guérison. Ces 4 observations sont une démonstration du polymorphisme des septicémies colibacillaires pour lesquelles il n'existe aucun symptôme pathognomonique et que l'hémoculture seule permet de diagnostiquer. Lorsque ces infections surviennent comme complication d'une suppuration locale, colibacillaire, elles affectent en général une allure pyohémique ; lorsqu'elles sont consécutives à de simples troubles intestinaux, elles prennent, assez volontiers, l'aspect d'une fièvre continue plus ou moins prolongée et tendent, comme les infections à bacilles typhiques et paratyphiques à donner des localisations secondaires au foie et aux voies urinaires.

Crises d'amaurose unilatérale d'origine tabagique probable avec changement de coloration de l'iris. — M. Ph. PAGNIEZ rapporte l'observation d'un homme de 26 ans atteint de néphrite albumineuse simple sans azotémie, ni hypertension, qui a présenté à plusieurs reprises des crises d'amaurose unilatérale brusque durant plusieurs heures et au cours desquelles l'iris changeait de couleur. Ce phénomène montre que la crise d'amaurose relevait d'un spasme vasculaire portant à la fois sur l'artère de la rétine et sur les artères ciliaires. Cet équivalent du doigt mort qui dans l'espèce relevait pour une part importante du tabagisme paraît être d'une grande rareté. La particularité du changement de couleur de l'iris au cours de la crise d'amaurose transitoire ne paraît pas avoir été encore signalée.

Sur une méthode d'auscultation pulmonaire combinée avec le frottement de la paroi thoracique. — MM. CROUZON et BÉHAGUE. La technique consiste à explorer une région du thorax par le frottement de la paroi avec le bord externe du pouce ou avec la pulpe de l'index. En même temps on place dans le voisinage de cette région, le pavillon d'un sthétoscope biauriculaire : on perçoit un bruit qui est sensiblement le même dans toutes les régions thoraciques dans les cas normaux et qui est augmenté ou diminué suivant l'état des viscères sous-jacents. Les modifications de ce frottement ausculté sont le plus souvent parallèles aux modifications de la sonorité et elles peuvent apporter un élément de diagnostic supplémentaire quand les vibrations thoraciques font défaut. L'exagération du frottement ausculté est un signe de condensation ou d'hépatisation pulmonaire ; la diminution, au contraire, s'observe dans les épanchements liquides de la plèvre, dans les cavernes pulmonaires pleines et dans les scléroses pleuro-pulmonaires apicales. Dans le pneumothorax et dans les grandes cavités vides du poumon, il semble qu'il y ait plutôt exagération du frottement ausculté. Cette méthode qui nécessite une technique analogue à celle de la phonendoscopie simplifiée en diffère quant au principe, puisqu'elle utilise la valeur séméiologique des vibrations de la paroi thoracique conditionnées par la résonance viscérale sous-jacente et non la vibration des organes, comme la phonendoscopie. Elle doit être associée au cours de l'exploration thoracique à la percussion et à la recherche des vibrations qu'elle complète utilement et plus spécialement dans le diagnostic différentiel des condensations pulmonaires et des épanchements liquides de la plèvre.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 30 JUIN 1920)

Du traitement des fractures du col du fémur par le vissage. — M. DELBET, à propos d'une récente communication

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Prophylaxie des maladies transmissibles. Mesures de protection contre les maladies contagieuses, par H. Bertin-Sans, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Montpellier et le Dr M. F. Carrieu, chef de clinique, chef des travaux pratiques d'hygiène à la Faculté de médecine de Montpellier. Un vol. de 254 pages. — Prix : 10 fr. net. — Paris, Masson et Cie.

La Pratique de l'héliothérapie, par M. le Dr A. Aimes, chef de clinique à la Faculté de Montpellier. In-8, 1920, 3e édit., 14 fig. et 8 pl. hors texte. Prix : 10 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

L'Anesthésie locale en ophtalmologie, par le Dr Duverger, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de Strasbourg. Un vol. de 96 pages avec 19 figures. — Prix : 6 fr. 50 net. — Paris, Masson et Cie.

Précis de tératologie, par le Dr E. Chauvin, chef de clinique chirurgicale. Un vol. de 160 pages avec 59 figures. — Prix : 6 fr. net. — Paris, Masson et Cie.

Etude de la loi d'action de l'amylase sur l'amidon au début de la réaction. Travail de l'Institut de pharmaco-dynamo et de médecine expérimentale de la Faculté de médecine de Strasbourg, par le Dr E. Pelbois. Une broch. in-8. — Strasbourg 1920, Leroux.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Carnets de billets d'aller et retour de Paris à Charenton, Villeneuve-Saint-Georges, Corbeil, Montereau et Sens. — Les voyageurs appelés à faire fréquemment le trajet en chemin de fer entre Paris et Charenton, Villeneuve-Saint-Georges, Corbeil, Montereau et Sens, apprendront avec plaisir qu'il est mis en vente pour chacune de ces relations, et à chaque gare intéressée, des carnets de 10 billets d'aller et retour ordinaires, toutes classes.

Rappelons à cette occasion que les voyageurs circulant entre Paris et Maisons-Alfort, Melun, Fontainebleau et Montargis bénéficient déjà de la même facilité.

de M. Dujarrier sur ce sujet et d'une observation dans laquelle le vissage par son procédé n'aurait pas donné un bon résultat, revient sur cette question pour déplorer le conseil qui aurait été donné de revenir aux anciennes méthodes. Ce serait là un danger. Car, ainsi que le prouvent de nombreux faits que rapporte M. Delbet, le vissage qu'il a proposé est une opération absolument inoffensive et qui, dans la grande majorité des cas, même chez des sujets très âgés, donne d'excellents résultats fonctionnels.

Traitement des arthrites bacillaires par la méthode sclérogène. — M. Walther fait un rapport sur 3 observations adressées par M. Charrier (de Bordeaux) dans lesquelles les injections sclérogènes ont amené la guérison d'arthrites tuberculeuses.

Suites éloignées des blessures craniennes. — M. Lenormant fait un important rapport sur une observation de M. Brau-Tapie (de Pau). Il s'agit d'un soldat de 20 ans qui reçoit un éclat d'obus dans la région pariétale droite; hémiplégie du même côté; désinfection de la plaie qui n'empêche pas la suppuration, hernie cérébrale, lente cicatrisation. Guérison apparente. Cicatrisation complète 20 mois après. Dès ce moment apparaissent des crises d'épilepsie jacksonienne qui vont en augmentant; 2 ans après, crises subintrantes, aggravation de l'état général. C'est à ce moment que M. Brau-Tapie croit devoir intervenir; il fait un lambeau interne, dissèque le tissu cicatriciel de façon à l'amincir notablement, ouvre un kyste à liquide clair qui n'est pas du liquide céphalo-rachidien, puisque M. Brau-Tapie n'est pas arrivé jusqu'aux méninges; il laisse en place le fond de la poche, suture avec drainage filiforme. Pendant 15 jours aucune modification dans l'état du blessé. Peu à peu les crises s'éloignent et finissent par disparaître. Voilà 4 mois que cet homme se trouve dans un état satisfaisant, sauf peut-être un peu de diminution des facultés intellectuelles.

M. Lenormant fait suivre cette observation de réflexions très judicieuses sur ces faits d'épilepsie jacksonienne tardive survenant sur d'anciens blessés du crâne et portant une cicatrice. Il n'est malheureusement pas possible d'établir des statistiques à ce sujet, car ces accidents épileptiques surviennent longtemps après qu'on a perdu de vue les blessés. D'après certains neurologistes, il faudrait tenir compte des antécédents de ces blessés, car beaucoup seraient des prédisposés. Les avis sont partagés. M. Marie croit que le traumatisme seul intervient. Quel traitement faut-il opposer à ces accidents tardifs? Un certain nombre de chirurgiens sont franchement interventionnistes, d'autres le sont moins. Affaire d'indications. M. Lenormant rappelle que MM. Quénu et Tuffier ont cité des cas dans lesquels les accidents sont survenus 12 et 18 ans après la blessure.

M. Lenormant termine en condamnant ou à peu près les cranioplasties. Il estime que quand les crises d'épilepsie jacksonienne augmentent dans des proportions considérables il faut intervenir ou même réintervenir si les blessés ont été trépanés une première fois. Il insiste sur la technique opératoire à employer pour traiter ces vieilles cicatrices, cause des accidents tardifs.

Ligature des deux carotides primitives. — M. Broca fait un rapport sur une observation de double ligature des carotides primitives dans un cas d'anévrisme. La double ligature, faite à une certaine distance l'une de l'autre, n'a donné lieu à aucun accident.

MM. Lenormant et Thiéry apportent des faits analogues.

Traitement de l'anthrax par le bouillon de Delbet. — M. Potherat communique 6 observations d'anthrax graves, très rapidement guéris par des injections du bouillon de Delbet.

Castration et recherche des ganglions lombo-iliaques. — M. Pierre Bazy, étant donné que la recherche des ganglions complique assez sérieusement la castration et ayant obtenu des guérisons datant de 20 ans après la castration simple, croit qu'il y aurait intérêt à posséder un signe permettant de reconnaître la présence des ganglions. Ce signe pourrait être fourni par l'examen du cordon. S'il est normal, on peut en déduire qu'il n'y a pas de ganglions.

COURS ET CONFÉRENCES

Clinique médicale de l'Hotel-Dieu (prof. M. A. Gilbert; prof. agrégé M. Maurice Villaret). — Cours de perfectionnement (juillet 1920). — *Les notions récentes sur les maladies du tube digestif.* — Cet enseignement de vacances, d'ordre essentiellement pratique, commencera le samedi 10 juillet 1920, à 9 heures, à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau), sous la direction de M. le prof. agrégé Maurice Villaret, médecin des hôpitaux, et avec la collaboration de MM. Lardennois, chirurgien des hôpitaux; Herscher, médecin des hôpitaux; Lippmann, Chabrol, anciens chefs de clinique; François Moutier, ancien interne des hôpitaux; Henri Bénard et Saint-Girons, chefs de clinique; Paul Descomps et Deval, chefs des laboratoires d'anatomie pathologique, de bactériologie et de chimie; Guilleminot, Durey et Dausset, chefs du laboratoire des agents physiques de la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

Il aura lieu régulièrement, le matin à 9 heures, l'après-midi de 14 h. 30 à 17 h. 30; les leçons du matin seront terminées autant que possible à 10 heures, de façon à permettre aux médecins inscrits de suivre les services hospitaliers de Paris.

Le cours comprendra 31 leçons et sera complet en deux semaines. Il sera illustré de planches et projections, et accompagné de présentations de malades, d'instruments, de pièces et de préparations microscopiques. Il portera plus spécialement sur l'examen clinique au lit du malade et sur les procédés récents de thérapeutique médicale, chirurgicale, physiothérapique et hydrominérale.

Les élèves seront exercés individuellement à l'examen des malades présentés, aux manœuvres thérapeutiques, au maniement des appareils, aux recherches de laboratoire s'appliquant à la clinique courante, et pourront emporter les préparations exécutées par eux.

Des sommaires détaillés résumant chaque leçon leur seront distribués individuellement.

Un voyage d'étude de 3 jours sera organisé les 14, 15 et 16 juillet, à Vichy et aux Stations hydrominérales d'Auvergne sous la direction de M. le prof. Gilbert et de M. le prof. agrégé Maurice Villaret.

Ce voyage sera absolument gratuit (frais de chemin de fer, de repas, d'hôtel, d'auto-car, etc...).

Les élèves du cours désireux d'y participer sont priés de s'inscrire à l'avance auprès de M. le Dr Paul Descomps, à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, qui leur fera connaître le programme détaillé du voyage.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours.

Le droit de laboratoire à verser est de 150 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. — Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

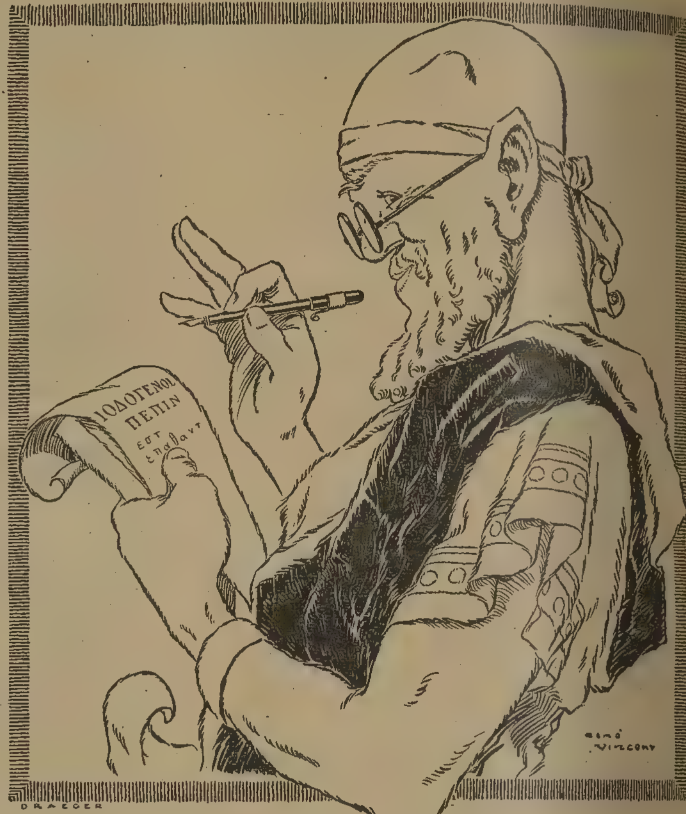
Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — Les baigneurs désireux de se rendre à Saint-Nectaire apprendront avec plaisir que les Services Automobiles Paris-Lyon-Méditerranée entre Issoire, Saint-Nectaire, Murols et Besse, d'une part (Correspondance avec les trains de nuit de et pour Paris), Clermont-Ferrand et Saint-Nectaire, d'autre part (Correspondance avec les trains de jour de et pour Paris), fonctionneront, cette année, du 1er juin au 30 septembre.

Des billets directs avec enregistrement direct des bagages seront délivrés au départ des gares de Paris, Lyon-Perrache, Marseille-Saint-Charles, Nîmes, Saint-Etienne et Vichy pour Saint-Nectaire, Murols et Besse ou vice-versa.

Pour de plus amples renseignements, demander le prospectus spécial à l'Agence P.-L.-M. de renseignements, 88, rue Saint-Lazare, à Paris, aux Bureaux de ville, gares du réseau, etc...

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Paris. — Imprimerie Levé, 17, rue Cassette.



Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HOPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 9 juillet. — MM. Leveuf, 14; Deniker et Guimbellot, 19; Gouverneur, 15.

HOPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — Le concours pour 2 places de chirurgien des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. Papin et Loubat.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — M. Guignard, membre de l'Institut, professeur à la Faculté de pharmacie de Paris, est nommé vice-président du Conseil supérieur, en remplacement de M. Appel, nommé recteur de l'Académie de Paris.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — LA QUESTION DES THÈSES. — Dans sa dernière séance, le Conseil de la Faculté s'est préoccupé de la question des thèses de doctorat. Le dépôt obligatoire par l'étudiant, qui était jadis de 200 exemplaires, a été réduit à 65, dans le but de diminuer les frais occasionnés par l'impression de ces brochures. Mais ces exemplaires étant surtout destinés à l'échange avec les universités étrangères, il s'ensuit que ces échanges ne peuvent plus avoir lieu que dans des proportions restreintes, et le Conseil a estimé qu'il y avait là un grave péril pour l'expansion de la science française et pour la documentation de nos facultés. Il est donc d'avis que la mesure est susceptible d'une étude approfondie, l'économie réalisée par l'étudiant étant des plus médiocres au regard du préjudice causé à la diffusion de la pensée française.

— CONCOURS DU CLINICAT. — Sont nommés :
Chef de clinique de médecine infantile : M. Maillet.
Chef de clinique médicale de la première enfance : M. Blechmann; adjoint : M. Hallez.
Chef de clinique des maladies contagieuses : M. Gastinel.
Chefs de clinique chirurgicale infantile : MM. Madier et Massart.
Chef de clinique gynécologique : M. Haller; adjoint : M. Mossé.
Chef de clinique oto-rhino-laryngologique : M. Dufourmentel; adjoint : M. Miégeville.
Chef de clinique médicale : M. Brodin; adjoints : MM. Coury et Thiers.
Chef de clinique thérapeutique : M. Bith.

FACULTÉS DE MÉDECINE DES DÉPARTEMENTS. — CHAIRES NOUVELLES. — Au cours de la discussion du budget de l'Instruction publique, la Chambre des députés a voté la création de nouvelles chaires :
Pour *Bordeaux*, une chaire de toxicologie.
Pour *Lyon*, une chaire de chirurgie infantile, une chaire d'oto-rhino-laryngologie et une chaire de clinique des voies urinaires.
Pour *Montpellier*, une chaire de gynécologie et une chaire d'oto-rhino-laryngologie.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — La chaire de pathologie et thérapeutique générales de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux est déclarée vacante. (*J. O.*, 9 juillet 1920.)

— *Concours du clinicat.* — M. Darget est nommé chef de clinique de gynécologie.
MM. Bonnin et Damade sont nommés chefs de clinique de médecine; MM. Secousse et Harmand, adjoints.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — Il est créé une chaire magistrale des « pêches et productions coloniales d'origine animale ».

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — MÉDECINS ADJOINTS DES ASILES. — Le *Journal officiel* du 5 juillet 1920 publie un décret portant modification au décret du 2 février 1910 relatif à la nomination des médecins adjoints des asiles.
Ce décret dispose qu'il est procédé à la nomination des médecins adjoints par arrêté ministériel, en suivant l'ordre de leur classement, et leurs services commenceront à courir du jour de cet arrêté.

MINISTÈRE DE LA JUSTICE. — M. le Dr Bazy est nommé membre de la Commission chargée de l'examen des projets de décret concernant la médaille de la reconnaissance française.

GUERRE. — Sont nommés au grade de médecin aide-major de 2e classe : MM. les élèves de l'Ecole de Lyon, Fontaine, méd. a.-maj. de 1re cl. à titre temporaire ; Loubens, Péan, Prudhomme, Luquet, Championnet, Franchi, Humblot et Marican, méd. a.-maj. de 2e cl. à titre temporaire.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur (tableau spécial) :

Au grade de chevalier. — M. le Dr Chantemesse (Robert), médecin aide-major (réserve), aviateur à l'escadrille A. R. 464 (aéronautique de C. R. P.) du 2e groupe d'aviation : officier de haute valeur. Médecin, a quitté volontairement le Service de santé pour entrer dans le personnel navigant de l'aéronautique. Comme observateur a participé à de nombreuses expériences de nuit particulièrement périlleuses au cours desquelles il a fait preuve d'énergie et de bravoure. Le 29 janvier 1918, effectuant une ronde de nuit, son appareil ayant pris feu, a été très grièvement blessé à l'atterrissage. (*J. O.*, 8 juil. 1920.)

— Sont nommés au titre de l'armée active :

Au grade de commandeur. — MM. les médecins inspecteurs Garnier et Pouillaude.

Au grade d'officier. — MM. les médecins principaux Marotte et Savornin.

MM. les médecins-majors Perrin, Auguin et Garnaud.

MM. les médecins principaux des troupes coloniales Talbot, Brau, Guillemet et Mias.

MM. les médecins-majors Gravot et Faucheraud.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors Cazeneuve, Bonduel, Malouvier, Laporte, Guérin, Agostini, Laquieze, des troupes coloniales.

MM. les médecins-majors Céard, Blanc, Guichard, Groc, Royer, Trucy, Pernin, Fontan, Etienne, Pélissier, Pouchet, Chauvin, Théron, Villard, Bornecque, Laurent, Roux, Arène, Lambert, Longuet, Larnaudie.

L'ÉDUCATION PHYSIQUE OBLIGATOIRE. — Le Sénat vient de voter le projet de loi sur l'organisation de l'éducation physique nationale.

Il a voté vendredi l'article 1er ainsi conçu.

L'éducation physique est obligatoire pour les jeunes Français des deux sexes : 1° Pour les jeunes gens de 6 ans révolus, jusqu'à leur incorporation dans les armées de terre et de mer ; 2° Pour les jeunes filles, dans l'enseignement primaire et dans l'enseignement secondaire, conformément aux lois et règlements spéciaux à l'instruction publique.

ACCIDENTS DU TRAVAIL. — Loi modifiant le paragraphe 3 de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, modifié par les lois des 31 mars 1905 et 5 mars 1917, concernant les responsabilités des accidents du travail.

ARTICLE UNIQUE. — Le paragraphe 3 de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, modifié par les lois des 31 mars 1905 et 5 mars 1917, concernant les responsabilités des accidents du travail, est modifié comme suit :

« Le chef d'entreprise est seul tenu, dans tous les cas, en outre des obligations contenues en l'article 3, des frais d'hospitalisation qui, tout compris, ne pourront dépasser le tarif établi pour l'application de l'article 24 de la loi du 15 juillet 1893, majoré de 30 p. 100. » (*J. O.*, 9 juillet 1920.)

COMITÉ POUR LA GLORIFICATION DES MÉDECINS MORTS POUR LA PATRIE (5, rue de Surène, Paris VIIIe). — Les premières listes de souscription ont atteint un total de 50.000 fr. à la date du 14 juin 1920.

Dans ce total figurent (1er versement) : pour 2.400 fr., MM. les professeurs et agrégés de la Faculté de Paris ; pour 4.970 fr., les syndicats médicaux et groupements professionnels ; pour 1.840 fr., MM. les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux de Paris ; pour 3.000 fr., les trois sociétés de la Croix-Rouge française.

INSTITUT INTERNATIONAL D'ANTHROPOLOGIE. — Du 9 au 14 septembre aura lieu, au siège de l'Ecole d'anthropologie, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, une réunion préparatoire ayant pour but de créer un centre d'action relatif aux sciences anthropologiques (ethnologie, ethnographie, préhistorique, linguistique, eugénique, criminologie, géographie médicale, pathologie exotique, anatomie comparée, etc.).

Un office permanent sera institué et aura pour but d'organiser des sessions périodiques, de faciliter les relations entre les chercheurs et de centraliser les recherches pour en faire profiter ses adhérents.

Au cours de la réunion préparatoire, on étudiera les méthodes à suivre pour organiser des enquêtes selon des plans déterminés et unifier les moyens d'investigations et de mensurations.

Les médecins et les étudiants que ces questions intéressent sont instamment priés de se faire inscrire (l'après-midi) au secrétariat de l'Ecole d'anthropologie, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine ; l'inscription est absolument gratuite.

LES SUBVENTIONS AUX LABORATOIRES ET LE CONSEIL MUNICIPAL. — Le Conseil municipal va discuter la question des subventions aux laboratoires. Le rapporteur, le Dr Calmels, propose d'améliorer la situation de certains laboratoires dans les hôpitaux, notamment les laboratoires de radiologie.

Enfin, il envisage la réorganisation du musée de l'hôpital Saint-Louis.

EPIDAURE. — Le groupement des *Médecins, artistes et littérateurs* ainsi que son organe « Epidaure » sont en voie de réorganisation avec un nouveau et très intéressant programme. Les confrères que cette question intéresse sont priés de s'adresser au Dr Giuliani, 61, Cours de la Liberté, Lyon (timbre pour réponse). Nous rappelons que le Comité de Patronage est composé de MM. les prof. C. Richet, A. Robin, Renaut (décédé), Grasset (décédé), Guiart, P. Richer, Richelot, M. de Fleury et des Drs Cabanès et André Couvreur.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les Drs Doze (de Draguignan) ; Lombard, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Laënnec, à Paris ; Rivals (de Royat), ancien chef de clinique à la Faculté de Bordeaux, et Léopold Turriès, de Thoard (Basses-Alpes).

COURS DE VACANCES DE M. CALOT, du lundi 2 août au 7 août, à l'Institut orthopédique de Berck (10e année). — En 9 jours, de 9 h. du matin à 7 h. du soir, enseignement de l'Orthopédie indispensable aux praticiens (orthopédie, tuberculoses externes, fractures). Avec exercices pratiques individuels. Pour médecins et étudiants français et étrangers. Les explications peuvent être données en espagnol et en anglais par M. Calot et ses assistants. — Droit d'inscription : 100 fr. Le nombre des places étant limité, écrire dès maintenant au Dr Fouchet à la clinique Calot, 69, quai d'Orsay, Paris, ou à l'Institut Calot à Berck-Plage (Pas-de-Calais).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA QUESTION DES SURSIS

M. Saget, député, demande à M. le ministre de l'Instruction publique si un étudiant, classe 1918, mis en sursis dans le courant de novembre 1919 et qui, après les examens de janvier 1920, a renoncé au bénéfice de son sursis pour terminer son service, pourra, une fois démobilisé, bénéficier des mesures prises en faveur des non-sursitaires de la classe 1918 (décret de décembre). (*Question du 16 juin 1920.*)

Réponse. — Le bénéfice des facilités prévues par l'instruction du 8 décembre 1919, paragraphe B, modifiée par celles des 3 mai et 14 juin 1920, est réservé aux étudiants de la classe 1918, non-sursitaires qui ont servi sans interruption pendant plus de trois ans.

LA DÉBILITÉ ARTHRITIQUE
CHEZ L'ENFANT

Par le docteur A. LESAGE (1),
Médecin de l'hôpital Hérold.

L'arthritisme est une déviation de la nutrition, qui se transmet de génération en génération. Il joue un rôle des plus importants dans l'hérédité (2), surtout chez les familles aisées, « c'est la rançon de l'aisance et du bien-être », comme le dit Comby (3).

Peu observé à l'hôpital, l'arthritisme est constamment rencontré en clientèle urbaine, aussi est-il de toute nécessité que le praticien sache, dès la première enfance, dépister les premiers symptômes, même les plus légers de cette déviation organique.

Je me contenterai dans les leçons qui vont se succéder, d'en localiser l'étude à l'enfance.

L'auteur qui a le mieux établi l'existence de cette maladie héréditaire chez l'enfant est Comby (4), qui dans une série de mémoires en a étudié les principales manifestations. Marfan (5), Moussous (6), Rocaz (7) ont complété cette étude.

Les Traités de Comby (8), Hutinel (9), Lesage (10), ont rendu classique ce chapitre de pathologie infantile.

Après avoir tracé un tableau général de l'arthritisme classique, je m'efforcerai d'attirer l'attention du public médical sur une modalité particulière et peu connue de cette hérédité : *la débilité arthritique de l'enfance.*

I

APERÇU GÉNÉRAL DE L'ARTHRITISME CHEZ L'ENFANT

L'arthritisme est un groupement d'équivalents divers (séborrhée, eczéma, asthme, obésité, diabète, goutte, colique néphrétique, colique hépatique, hémorroïdes, migraines, bronchorrhée, hydrorrhée nasale) qui peuvent se remplacer ou se combiner dans les générations successives et dans le cours de la vie de l'individu.

Les auteurs, qui ont étudié l'arthritisme en général, ont depuis longtemps cherché une base commune à ces diverses modalités, un lien entre ces équivalents. On a cru les trouver dans la chimie, dans le mauvais fonctionnement de certaines glandes closes (thyroïde, hypophyse, etc.). Je crois qu'on ne peut encore à ce jour préciser, d'une manière définitive, l'élément qui est à la base même de toutes les modalités de cette déviation de la nutrition. Aussi je ne me hasarderai pas à chercher cet élément, je m'en tiendrai à l'observation de l'enfant, qui nous permet d'établir les divers caractères généraux de l'arthritisme. Ils sont nombreux et je les classerai de la façon suivante, pour la clarté de l'exposition.

Caractères généraux. — 1° La base clinique est trouvée dans l'évolution même de la vie chez l'arthritique. Maurel, de Toulouse, compare cette évolution à un ruban, « le ruban arthritique », qui se déroule depuis la naissance jusqu'à la vieillesse, si bien qu'à voir le commencement on peut prévoir ce qui se passera dans l'avenir (séborrhée et eczéma dans la première enfance; asthme dans la seconde enfance; obésité dans l'adolescence; migraines, hémorroïdes, coliques néphrétique et hépatique, goutte, diabète, dans l'âge adulte; rhumatisme chronique déformant dans l'âge avancé).

2° L'arthritisme est un produit de l'hérédité. On naît arthritique parce que l'on est issu de parents arthritiques. Tantôt l'individu, comme ses parents, déroulera le même ruban, avec toute la gamme des mêmes équivalents; tantôt, au contraire, il fixera l'hérédité sur un ou plusieurs de ces équivalents : ainsi fils d'un goutteux, il « fera » de l'eczéma toute sa vie; fils d'un eczémateux, il préférera la goutte.

La mutabilité des équivalents durant la série héréditaire et durant l'évolution de l'être est un des caractères essentiels de la déviation nutritive.

Cette notion d'hérédité n'est pas admise par tout le monde. Certains auteurs n'admettent pas ce fatalisme dans la déviation de la nutrition et se contentent du mot vague de « prédisposition ». Pour ces auteurs, c'est le même genre de vie qui crée les manifestations arthritiques. Le fils ayant la même vie que ses parents (suralimentation, sédentarité) fera les mêmes maladies que ses parents. La transmission en quelque sorte fatale de l'hérédité n'existerait pas. Il suffirait de mettre l'individu dès la naissance à un régime de vie spécial opposé à celui suivi par ses parents, pour que l'arthritisme n'apparaisse pas. Je ne suis pas de cet avis. Voici quelques arguments qui plaident en faveur de la transmission de la déviation. Que d'enfants sont gavés, sans jamais présenter de symptômes arthritiques, si la souche dont ils sont issus est indemne de la déviation! Et en sens inverse, que d'enfants de souche arthritique ont, malgré tous les régimes, des explosions de la déviation nutritive. Le régime peut atténuer jusqu'à un certain point les manifestations héréditaires, mais n'empêche pas un jour ou l'autre leur retour. C'est le cas de dire : « Chassez le naturel, il revient au galop. » Je connais des arthritiques, qui se sont soignés pendant 30 ans et qui, tout d'un coup, ont été pris brusquement d'une manifestation arthritique, dont ils espéraient bien être débarrassés pour toujours. Tout cela dépend aussi de l'ancienneté de la déviation. Il est certain qu'un enfant issu d'une seule génération d'arthritique sera plus facile à « tenir » qu'un enfant dont l'hérédité est chargée et ancienne.

3° L'hérédité, comme dans la loi « adaptation » de Lamarck, n'apparaît pas tout d'un coup, mais s'installe d'une façon lente et progressive si, à travers les générations successives, les mêmes conditions de vie (suralimentation sédentarité, etc.) persistent; cette adaptation au même milieu à travers plusieurs générations créera et augmentera progressivement la déviation nutritive. De même que l'arthritisme ne se crée pas brusquement, de même il disparaîtra lentement si les conditions de vie changent.

4° L'arthritisme au lieu de suivre une marche lente et progressive peut évoluer par bonds, comme l'a signalé Richardière (1). Ainsi une première géné-

(1) Leçon recueillie par M. Noël Cojan, interne des hôpitaux.
(2) *La Médecine infantile*, 1920.
(3) Comby. *Arch. méd. enfants*, 1902.
(4) Comby. *Arch. méd. enfants*, 1902. *Id.*, 1911. *Id.*, 1916.
(5) Marfan. *Semaine méd.*, 1894.
(6) Moussous. *Arch. méd. enfants*, 1908.
(7) Rocaz. *Arch. méd. enfants*, 1911.
(8) Comby. *Traité des maladies de l'enfance.*
(9) Hutinel. *Les maladies des enfants.*
(10) Lesage. *Traité des maladies des nourrissons*, 1911. Edit. allemande, 1912, édit. russe, 1913.

(1) Richardière. *Traité de médecine et thérapeutique* de Brouardel. Art. Arthritisme.

ration teintée d'arthritisme léger peut donner naissance à une génération dont la déviation sera brusquement intensive. On n'observe pas l'inverse. On sait que des faits de ce genre ont été signalés dans l'hérédité, prise en général, par Naudin, puis Mendel.

5° Le mariage entre arthritiques ne fait qu'augmenter la déviation.

6° Envisagé seulement dans son évolution, chez l'individu, l'arthritisme comporte un facteur dont il faut tenir compte : l'élément congestif vaso-moteur qui par sa brusquerie d'apparition permet d'expliquer bon nombre de manifestations arthritiques. Cet élément congestif a été bien mis en lumière par Baumès en 1843.

Que de fois à la suite d'un choc nerveux, un équivalent arthritique apparaît! Le système nerveux, surtout vaso-moteur, est d'une très grande impressionnabilité chez l'arthritique. Cette susceptibilité permet d'expliquer la durée courte des manifestations et le peu de lésions qu'elles présentent (congestion, œdème). La mutabilité des équivalents étant un des caractères essentiels de l'arthritisme, on peut voir se succéder toutes les variétés de ces mouvements fluxionnaires et congestifs. Les anciens donnaient à ces successions brusques le nom de « métastases ». Ainsi un accès de séborrhée ou d'eczéma où l'élément congestif joue un très grand rôle peut brusquement disparaître et être remplacé par une fluxion bronchique avec asthme et bronchorrée.

7° Au lieu de ce balancement entre les équivalents on peut voir la liquidation brusque de l'un d'eux à la suite d'une crise naturelle d'élimination par les divers émonctoires des produits toxiques accumulés dans l'organisme (crise de sueur, de polyurie, de diarrhée, de bronchorrhée, d'hydrorrhée).

Il faut bien se garder de combattre ces crises salutaires. Le lecteur trouvera dans le remarquable ouvrage du Profr Chauffard (1) un guide excellent à ce sujet.

8° La découverte de l'anaphylaxie par le Profr Richet permet d'expliquer bon nombre de faits cliniques d'hypersensibilité à tel ou tel aliment, observés si fréquemment chez l'arthritique. Chaque organisme possède à ce sujet son aliment provocateur : pour l'un, l'œuf; pour un autre, le lait; pour un autre, tel ou tel poisson.

Cette hypersensibilité pour tel ou tel aliment, cette anaphylaxie alimentaire est un des caractères fondamentaux de l'arthritisme.

9° L'idéal au point de vue économique est de naître arthritique, car les besoins vitaux sont minimes. La nutrition ainsi déviée a besoin de peu d'apport. Pour se bien porter, l'arthritique doit prendre peu, car il fait vite des réserves. La ration alimentaire doit être presque inférieure à la ration normale, car si elle est un peu forte les manifestations arthritiques apparaissent. L'enfant ainsi dévié croît avec peu de chose.

10° Il importe que cette nutrition à petit feu se fasse d'une façon régulière, car tout changement brusque et tout déréglage de la vie peut être la cause de l'éclosion d'un accès d'arthritisme.

11° La circulation des arthritiques est paresseuse, surtout aux extrémités qui sont toujours un peu froides et souvent cyanosées. Aussi le malade est-il frileux et recherche-t-il constamment la chaleur.

12° La quantité d'urine émise dans les 24 heures est souvent bien au-dessous de la moyenne. On est parfois étonné de ce fait, quand on en fait la recherche, car rien n'attire l'attention du clinicien sur ce point. De temps en temps, une crise de polyurie passagère survient.

13° L'arthritisme dure toute la vie. Le ruban arthritique se déroule avec une certaine fatalité. Cependant la maladie vieillit avec l'individu. Ainsi l'asthme de l'enfance diffère de l'asthme du vieillard. Brissaud (1) a écrit à ce sujet de remarquables pages.

14° L'arthritisme est le plus souvent floride : l'enfant a, en effet, belle apparence, il est replet et de bon poids. Cet état de réplétion tient soit au développement du pannicule adipeux, soit à de la rétention d'eau, soit à ces deux éléments.

L'arthritique est toujours un peu gonflé, ce qui permet d'expliquer la faiblesse de l'émission urinaire. Cette rétention d'eau, au lieu d'être simplement jugée par la balance, peut être visible sous la forme d'un œdème; elle vient par crises dont on constate l'existence par une augmentation rapide et anormale de poids. L'œdème est incolore, indolore et n'est pas accompagné de démangeaisons.

La crise peut parfois être accompagnée de troubles digestifs (coliques, vomissements) dont on ne trouve pas l'origine dans l'alimentation.

La crise de rétention a une durée variable et disparaît souvent rapidement, à la suite d'une débâcle soit intestinale, soit rénale; en ce cas, l'enfant qui était plus ou moins replet et gonflé change d'aspect et tend à la flaccidité.

La peau se plisse et on a l'impression que l'enfant a maigri. A ce moment la courbe de poids reste en plateau ou fait un crochet de chute.

Ces successions d'embonpoint et de flaccidité sont caractéristiques de la rétention d'eau. L'arthritique qui les présente est donc un être très variable d'aspect. La courbe de poids dont le total est excellent présente des hauts et des bas, ainsi que des arrêts, correspondant aux crises de rétention d'eau et de débâcle.

Certains nouveau-nés semblent déjà présenter de la rétention d'eau in utero. En effet ayant un gros poids à la naissance, ils ont une chute beaucoup plus forte que la normale (500, 600 g.) et ne reprennent leur courbe ascensionnelle que lentement et péniblement.

Ces œdèmes chez les arthritiques ont été observés par nombre d'auteurs. Ces faits ont été réunis par Schreiber (2).

Les auteurs ont fait intervenir dans leur mode de production l'influence et du système nerveux et de l'hérédité, comme l'indiquent les titres suivants : l'œdème aigu angeioneurotique de Collins, l'œdème aigu toxinévropathique de Calvé, l'angeioneurose familiale de Rapin, la diathèse angeioneurotique de Morichau-Beauchant et Landry.

L'œdème, au lieu d'être généralisé, peut être localisé aux extrémités, à la face, aux paupières (3).

J'étudierai plus loin les diverses hypothèses émises pour expliquer ces rétentions d'eau, généralisées ou localisées. Il me suffit pour l'instant de

(1) CHAUFFARD. Des crises dans les maladies. *Thèse d'agrég.* 1886.

(1) BRISSAUD. *Traité de médecine* de Charcot-Bouchard. Art. ASTHME.

(2) SCHREIBER. *Arch. Méd. des enfants*, 1911.

(3) Œdème localisé de Quincke (*Monatsch. für prakt. dermat.*, 1882). Œdème aigu arthritique de Trousseau (*Presse méd.*, 1901). Œdème aigu des paupières de Gaillard (*Gaz. hôpit.*, 1908). Œdème familial des extrémités de Milroy.

dire qu'elles ne relèvent pas d'une lésion rénale. En effet la dislocation des diverses fonctions rénales, si souvent observée chez l'adulte, est peu rencontrée chez l'enfant. La rétention du sel n'est pas la cause de ces œdèmes arthritiques purs, à moins que l'enfant n'ait une néphrite.

Cet œdème arthritique a les caractères cliniques suivants : le régime lacté absolu n'augmente la diurèse que pendant quelques heures, puis les urines retombent rapidement à leur taux faible. Il tend, s'il est continué, à augmenter l'œdème. Le lactose n'augmente pas la quantité d'urine et n'a aucune action sur l'œdème.

La véritable médication est l'absorption d'une boisson chaude en supprimant toute alimentation lactée. Les urines augmentent, le gonflement disparait et le poids de l'enfant baisse.

Je reviendrai sur ces faits en étudiant la pathogénie de l'arthritisme.

15° L'arthritisme n'est pas constamment floride; au lieu de s'embellir en se léguant, il peut brusquement s'arrêter et sombrer dans la débilité soit mentale (manie, démence précoce), soit physique. Cette débilité physique a été peu étudiée jusqu'à ce jour. J'y reviendrai en détail dans les pages qui suivent.

16° La conclusion que je tirerai de cette étude des caractères généraux de l'arthritisme est la suivante : variabilité, instabilité, mutabilité, susceptibilité, sont les symptômes de la déviation de nutrition de l'arthritique.

ACTUALITÉS

LE PROBLÈME DE LA FATIGUE

Mme Joséfa IOTEYKO vient de publier, dans la Bibliothèque de philosophie scientifique de G. LE BON, un volume extrêmement intéressant sur la *Fatigue*. Pour écrire un tel livre, le savant auteur était particulièrement désigné, en raison de ses nombreux travaux antérieurs relatifs au même sujet, notamment sa thèse de doctorat en Médecine, l'article « Fatigue » du *dictionnaire de Physiologie* de Ch. RICHET, les « Recherches expérimentales sur la résistance des centres médullaires à la fatigue », « La science du Travail et son organisation », etc. Mon intention n'est point d'analyser ici ce livre — il faut le lire — mais d'en profiter pour attirer l'attention sur le problème de la fatigue, que l'on pose souvent mal, et dont cependant la compréhension est de grande importance en médecine, puisque l'on peut dire que, en dehors des traumatismes, il n'y a guère que deux causes de maladies, l'infection et l'intoxication dont la fatigue n'est qu'une forme.

* * *

La fatigue est un phénomène très général du monde vivant. On a voulu même le retrouver dans les corps inorganiques et on a parlé de la « fatigue » des métaux soumis à des pressions, à des torsions, à des déformations régulières, mais il va sans dire que les modifications moléculaires qui se produisent sous ces influences n'ont rien à voir avec la fatigue biologique.

Celle-ci s'observe exclusivement chez les métazoaires possédant un milieu intérieur clos. On ne la rencontre pas chez les végétaux, sauf exception (on peut fatiguer artificiellement la *sensitive*), ni chez les protozoaires à l'état libre, car il ne semble pas que le rajeunissement caryogamique des infusoires soit préparé par une modification comparable à celle qui résulte de la fatigue. Cependant on peut la provoquer chez les protozoaires vivant en milieu limité et chez les levures et les bactéries en culture. Il arrive, en effet, un moment où, dans ces conditions, la vitalité s'atténue et les proliférations s'arrêtent. Si alors on vient à renouveler le milieu, la vitalité reprend et les proliférations recommencent. Deux hypothèses peuvent être envisagées : l'arrêt des manifestations vitales est dû, soit à l'épuisement des matériaux nutritifs, soit à l'accumulation des déchets de fonctionnement qui diffusent dans le milieu limité. L'expérience prouve que cette seconde hypothèse est la bonne. Par conséquent l'accumulation des déchets, ce qui suppose un milieu limité, entraîne la fatigue ou, en d'autres termes, l'inhibition de l'irritabilité et de l'excitabilité de la matière vivante. Il s'agit d'inhibition — et non de destruction — parce qu'il suffit de diminuer le taux de ces déchets ou de les éliminer pour restituer aux monoplastides leurs propriétés. La fatigue n'existe pas chez les monoplastides libres uniquement parce que, vivant dans un milieu illimité — ou sans cesse renouvelé, ce qui revient au même — ils ne peuvent y concentrer leurs déchets à un degré suffisamment élevé.

* * *

Appliquons ces données élémentaires aux métazoaires, aux vertébrés supérieurs, à l'homme. Chez tous ces animaux, l'organisme est un sac clos, dans lequel circule un milieu intérieur — lymphe et sang — qui se renouvelle, d'une part à l'aide de l'apport alimentaire, de l'autre de l'émonction, de telle sorte qu'il peut être considéré théoriquement comme illimité. En vertu des lois de la corrélation et de la coordination organiques, il s'est établi, en effet, un certain équilibre entre ce qui entre et ce qui sort, du moins chez l'adulte, c'est-à-dire que le fonctionnement des éléments anatomiques se trouve réglé de telle sorte que le milieu intérieur conserve, dans son ensemble, une composition à peu près invariable. Dès lors, pour maintenir cette invariabilité, les organes d'élimination sont adaptés, par suite de la sélection et de l'hérédité, à un débit moyen des déchets. Si la quantité totale des déchets produits est très supérieure à ce débit, une partie des déchets n'est pas éliminée et il y a accumulation progressive, d'où naît la fatigue générale.

On sait que F. LE DANTEC expliquait par ce mécanisme le sommeil et sa périodicité. Au cours de la veille, disait-il, les organes produisent plus de déchets de fonctionnement que les reins ne peuvent en éliminer dans le même temps. Quand la concentration des déchets est ainsi arrivée à un taux déterminé, certaines cellules sont inhibées et d'abord les plus sensibles, les cellules nerveuses, d'où le sommeil. Mais, grâce à cette inhibition, l'activité est ralentie, la production de déchets diminue; le taux s'en abaisse donc dans le milieu intérieur, puisque l'excrétion urinaire continue, et il arrive un moment où il tombe au-dessous du seuil de l'inhibition, c'est le réveil. A cette ingénieuse interprétation, il y a d'ailleurs une base urologique, car les recherches de Ch. BOUCHARD ont montré que les urines du soir sont plus toxiques que celles du matin et qu'elles renferment un principe hypnogène, tandis que celles du

sommeil contiennent une substance convulsivante. Toutefois, on pouvait se demander comment la sélection naturelle a si mal organisé les choses que beaucoup d'animaux produisent ordinairement plus de déchets qu'ils ne peuvent en rejeter au dehors dans le même laps de temps. Dans ce fait, F. Le Dantec voyait un procédé de défense contre l'hyperfonctionnement et par conséquent l'hypertrophie de certains organes, qui eût amené la rupture de la coordination et la disparition de l'espèce. Ce procédé de défense est surtout visible quand on étudie le mécanisme de la fatigue locale.

Voilà une glande, par exemple, ou un muscle qui travaille d'une façon intense, exagérée. Au bout d'un certain temps, pour que le fonctionnement continue, il faut augmenter de plus en plus la puissance de l'excitation. Finalement, quelle que soit cette puissance, le fonctionnement s'arrête, l'organe est fatigué; il ne peut reprendre son activité qu'après une période de repos *forcé*. Que s'est-il passé? Cette glande, ce muscle a fonctionné d'une manière plus intense que d'ordinaire; donc il a produit aussi une plus grande quantité de déchets. Ceux-ci sont éliminés d'abord dans le milieu intérieur de l'organe, c'est-à-dire dans la lymphe intercellulaire. Mais le passage des déchets de la lymphe dans le sang des capillaires ne se fait qu'avec une vitesse déterminée, qui dépend en partie des lois de l'osmose. Si, par suite, au cours de l'unité de temps, tous les déchets de la lymphe ne peuvent être rejetés dans le sang, ils s'accumulent dans la lymphe et déterminent la fatigue de l'organe qu'elle baigne, une fatigue locale. Suivant l'intensité du travail et la force de l'excitant mis en jeu, elle entraîne d'ailleurs divers troubles, douleur, courbature, destruction partielle, irradiations de voisinage, etc. Pour bien comprendre la portée diaphylactique de cette fatigue locale, supposons qu'elle n'existe pas. Alors tel organe, excité d'une manière permanente par une cause quelconque, fonctionnera indéfiniment, et, fonctionnant ainsi, il s'hypertrophiera dans la même mesure, au détriment d'autres organes qui peuvent être non moins utiles, la coordination sera rompue et l'organisme succombera. Dès lors la fatigue, dans ces manifestations physiologiques et psychologiques, apparaît bien comme une défense contre tout ce qui pourrait (excitation trop forte ou trop prolongée) troubler l'harmonie fonctionnelle de l'individu et mettre par là sa vie en péril.

* * *

Bien entendu, les phénomènes de fatigue sont beaucoup moins simples que ne le laisserait croire ce qui précède, mais quelque compliqués qu'ils soient, ils rentrent tous dans le cadre que je viens de tracer. Le cœur n'est donc point un organe infatigable, comme on le prétend parfois, mais il fonctionne de telle sorte que le repos diastolique permet l'élimination complète des déchets de la période systolique. Il en est de même pour tous les rythmes que l'on observe dans la vie des animaux, et qui, rentrés dans les habitudes héréditaires, peuvent se produire, en apparence, à contretemps, quand on change leurs conditions d'existence, mais n'en possèdent pas moins la même origine et la même signification.

Il y aurait aussi à considérer les variations de la fatigue suivant le tissu ou l'organe intéressé et la nature de l'excitant, les moyens qui augmentent la résistance à la fatigue (entraînement) et les circonstances qui la diminuent (poisons, inanition), enfin son influence sur la production des troubles morbides, tant somatiques que psychiques, etc. La plupart de ces questions sont abordées et étudiées dans le livre de Mme J. Ioteyko, qui se borne à examiner la fatigue musculaire et nerveuse. On y trouvera cependant beaucoup de documents et une analyse pénétrante, mais la poursuite des détails ne doit pas faire oublier l'importance de l'ensemble et sa haute portée au point de vue de la physiologie et de la pathologie générales. J. LAUMONIER.

LETTRE D'AMÉRIQUE

La *chirurgie du corps thyroïde* a toujours été en faveur aux Etats-Unis. Il n'y a guère de ville de quelque importance qui ne puisse montrer un ou plusieurs chirurgiens avec des statistiques opératoires personnelles de plus d'une centaine de cas. Les frères Mayo (1) et Crile (2) ont des milliers de thyroïdectomies à leur actif. Ce qui distingue ces statistiques de celles des grands centres de pays à goitres d'Europe, c'est la proportion élevée des opérations pour goitre exophtalmique. Par exemple, dans la statistique personnelle de Crile de 2.250 thyroïdectomies, il y en a 1.169, soit 51,75 p. 100, plus de la moitié pour Basedow et la prépondérance est encore plus marquée dans d'autres statistiques plus restreintes.

C'est que l'hyperthyroïdisme est une affection très fréquente en Amérique. Peut-être est-ce là un résultat de la vie plus « intense », à tension nerveuse plus constante et plus marquée. (Je parle, bien entendu, de la vie dans des conditions habituelles et non pas de celle de ces six dernières années : l'augmentation de l'hyperthyroïdisme sous l'influence du régime de guerre a été signalée en Angleterre et en France.) La conscription, en causant l'examen physique de millions de recrues, a démontré que l'hyperthyroïdisme était beaucoup plus fréquent chez l'homme, et chez l'homme jeune, qu'on ne le croyait. Alors se sont trouvées soulevées plusieurs autres questions d'intérêt militaire très grand, telles que les rapports de l'hyperthyroïdisme avec les tachycardies dites simples, avec le cœur irritable, l'asthénie neuro-circulatoire, l'instabilité mentale, et la possibilité de placer les hyperthyroïdiens en service actif. Pour répondre à ces questions, il est évident que l'on ne pouvait se contenter de se baser sur l'ancienne description clinique de la maladie de Basedow qui ne s'applique qu'à une partie des cas; il y a trop de formes frustes, de cas légers ou « limites » dont le diagnostic précoce est essentiel. Les méthodes de laboratoire ont comblé la lacune. A une entité clinique s'est substituée une base physiologique : les noms mêmes de maladie de Graves ou de Basedow ont disparu de la nomenclature pour être remplacés par ceux d'hyperthyroïdisme et de thyrotoxicose.

Les méthodes d'examen physiologique employées dans ces cas sont la détermination du métabolisme fondamental, l'épreuve de l'hyperglycémie alimentaire, l'épreuve de l'épinéphrine et celle du traitement thyroïdien, auxquelles Lueders (3) ajoute la recherche de la créatinurie. Ces méthodes ont été étudiées récemment par beaucoup d'auteurs; il n'y a pas de semaine qu'un ou plusieurs articles ne soient publiés sur ce sujet.

La détermination du métabolisme fondamental est l'élément le plus important du diagnostic. Sistrunk (1), de la clinique des Mayo, déclare que le taux du métabolisme est un index défini du degré d'hyperthyroïdisme existant au moment de l'observation et qu'il varie parallèlement aux symptômes cliniques. C'est aussi l'avis de Christie (4) pour qui le chiffre des échanges nutritifs mesure la gravité du mal. Mc Caskey (5) affirma que la caractéristique de tous les troubles de fonctionnement du corps thyroïde, depuis le crétinisme jusqu'au Basedow le plus prononcé, est une perversion du métabolisme. (Means et Aub (6) ont d'ailleurs constaté directement l'abaissement du taux des échanges nutritifs dans le goitre simple et son relèvement sous l'influence du traitement thyroïdien.)

La détermination du métabolisme fondamental se fait par calorimétrie indirecte, avec l'appareil portatif de Benedict (7), qui rend la recherche facile, même en dehors d'un service d'hôpital. Un jeûne de 12 à 15 heures élimine le métabolisme de la digestion. Un repos d'une demi-heure à une heure élimine celui dû à l'action musculaire. Dans ces conditions, la calorimétrie (un quart d'heure à une demi-heure) mesure les échanges nutritifs de la respiration et de la circulation avec de petites additions négligeables pour les sécrétions et les modifications chimiques intracellulaires. L'augmentation du métabolisme dans les cas d'hyperthyroïdisme va jusqu'à 60 et 70 p. 100 du taux normal.

L'épreuve de l'hyperglycémie alimentaire se montre toujours positive dans l'hyperthyroïdisme. Toutefois, comme elle est aussi positive dans d'autres affections, il semble sage de ne lui attribuer qu'une valeur de corroboration; au contraire l'absence d'hyperglycémie après deux heures a une très grande valeur pour éliminer l'hyperthyroïdisme.

L'accélération du pouls, l'augmentation de la pression artérielle, du nervosisme, du tremblement, après injection d'adrénaline, a été surtout mise en avant comme épreuve diagnostique d'hyperthyroïdisme par Goetsch (8). Cependant Cannon (9) a montré qu'il s'agissait plus là d'hypersensibilité du sympathique que d'une activation directe de la glande thyroïde, et il se pourrait que le sympathique fût hypersensitif dans d'autres cas que ceux de goitre exophtalmique. C'est ce que Smith (10) a constaté. Il y a des cas qui donnent une épreuve positive à l'adrénaline et n'ont pas d'autre signes, chez qui en particulier il n'y a pas d'hyperglycémie alimentaire. Donc, ici encore, il ne peut s'agir que de corroboration, non pas de pathognomonicité.

Des phénomènes semblables s'observent après l'ingestion d'extrait thyroïdien par des basedowiens. Smith considère qu'ici il s'agit de stimulation directe et que l'épreuve a, par conséquent, une grande valeur diagnostique.

Ces méthodes d'examen, employées, non pas seules, mais en conjonction avec les méthodes cliniques Woodbury (11) ont permis de faire le diagnostic d'hyperthyroïdisme dans beaucoup de cas frustes, et de les distinguer des cas de tachycardie simple et de cœur irritable; toutefois, elles n'ont pas encore permis d'établir exactement les rapports entre ces deux classes de cas.

Elles sont aussi devenues les guides du traitement. Au sujet de ce dernier, il faut signaler des tendances divergentes. D'un côté, il y a ceux qui, comme Bram (12), font le procès de toute intervention chirurgicale, déclarant qu'un traitement médical approprié suffisamment prolongé guérit tous les cas d'hyperthyroïdisme. C'est là une petite minorité. Il y a ensuite les éclectiques, comme Lisser (13), Means et Aub (14), Hertzler (15) qui veulent commencer par un traitement médical et garder la chirurgie en réserve pour les cas qui ne guérissent pas par ce traitement. Il y a enfin ceux qui considèrent l'hyperthyroïdisme comme une affection essentiellement chirurgicale, sauf dans les cas les plus légers, et préconisent l'intervention précoce. Les Mayo, Crile, et tous ceux dont l'expérience opératoire a été assez grande pour les rendre maîtres de leur technique, sont dans cette classe.

Le plaidoyer le plus fervent en faveur de l'opération précoce a été fait par Sistrunk (1), de la clinique des Mayo. A l'heure actuelle, la chirurgie donne une proportion plus élevée de guérisons que n'importe quelle autre méthode et la mortalité s'est abaissée à un taux très bas (1,1 p. 100 dans la dernière série de 182 cas de Crile). La marche de la maladie varie suivant les individus, mais, d'ordinaire, elle consiste d'une série de crises avec rémissions intercalaires plus ou moins complètes et plus ou moins longues. Chacune de ces crises amène et aggrave des lésions du cœur, du foie et des reins, qui sont permanentes. Il est à la fois heureux et regrettable que le traitement médical améliore l'hyperthyroïdisme ; heureux, parce que des malades en condition d'abord inopérable peuvent être ainsi rendus opérables ; regrettable, parce que beaucoup de médecins se fient au traitement médical exclusif, sans se rendre compte apparemment du triste sort qui sera le résultat final dans la plupart des cas. C'est là l'idée primordiale des Mayo : le traitement médical ne doit être employé que comme préliminaire du traitement opératoire, pour réduire au minimum les risques de celui-ci. Au point de vue indications, chaque cas doit être étudié séparément. La procédure idéale est la thyroïdectomie partielle, pratiquée aussitôt que l'étude du métabolisme a établi le diagnostic. Une augmentation de 40 p. 100 dans le métabolisme commande une prudence très grande dans le choix de l'intervention ; une de 60 à 70 p. 100 contre-indique une thyroïdectomie d'emblée. Dans ces cas, il faut lier d'abord la thyroïdienne supérieure d'un ou des deux côtés, puis, une semaine après, si la réaction n'a pas été forte, faire la thyroïdectomie. Il faut procéder de même dans les cas à symptômes nerveux accusés et grande perte de poids et même attendre plus longtemps pour la thyroïdectomie. Chez les malades en crise aiguë, il faut recourir au traitement médical jusqu'à régression des accidents, avant de lier les thyroïdiennes supérieures, et attendre plusieurs mois pour enlever le corps thyroïde.

Le degré d'amélioration donné par la thyroïdectomie dépend en grande mesure de la profondeur des lésions organiques préexistantes et de la quantité de tissu glandulaire enlevé. A la clinique des Mayo, on ne laisse que la moitié ou le tiers d'un lobe. C'est encore trop, suivant Richter (16), qui estime que l'erreur fondamentale dans ces cas est de toujours laisser trop de tissu. Selon lui, il n'en faut que quelques grammes. Sistrunk avoue qu'avec la moitié ou le tiers d'un lobe on est parfois obligé de réopérer. Cette importance d'une thyroïdectomie subtotale pour une guérison complète a été encore soulignée par Beilby à la réunion de la Société médicale de l'Etat de New-York, en mars dernier.

Crile a commencé ses thyroïdectomies avec

l'anesthésie à l'éther et sans précautions spéciales. La mortalité était alors de 16 p. 100. Elle s'est abaissée à 1,1 p. 100 dans sa dernière série. Cet abaissement est dû à l'adoption : 1° de l'anesthésie locale, ou au protoxyde d'azote et à l'oxygène ; 2° de l'opération en plusieurs temps ; 3° de l'exclusion du facteur psychique ; 4° du principe de porter l'opération au malade au lieu d'apporter le malade à l'opération. Crile ne choisit pas ses cas ; il ne s'abstient d'opérer que lorsque le malade est déjà moribond. Dans les cas modérés, thyroïdectomie d'emblée ; dans les cas plus graves, ligature préliminaire, sous anesthésie locale, dans le lit même du malade. Dans les cas très graves, procéder en autant de fois qu'il est nécessaire, en laissant un mois ou plus s'écouler entre les différents temps, le tout contrôlé par l'étude du métabolisme. Au besoin, s'interrompre au milieu d'une opération, appliquer un pansement, et finir le lendemain.

Au fond, les Mayo et Crile sont d'accord. S'il y a une divergence quelconque, elle est due à ce fait que Crile ne fait que pousser à leurs conclusions logiques ses idées sur la prévention du shock opératoire, en vue de pouvoir arriver à opérer tous les cas, quelle qu'en soit la gravité, tandis que les Mayo insistent sur la supériorité d'une intervention précoce, au point de vue bénignité et résultats curatifs.

A remarquer l'emploi grandissant de l'anesthésie locale. Cependant Richter, qui a à son actif plus de 100 cas avec mortalité d'environ 2 p. 100 ne croit pas l'anesthésie locale nécessaire, ou même supérieure à l'anesthésie générale, dans la chirurgie du goitre exophtalmique. Et nous nous rappelons avoir entendu Bodine, un des maîtres de l'anesthésie locale, déclarer que si une opération ne devait pas se faire sous anesthésie locale, c'était une thyroïdectomie pour Basedow. Toutefois, l'opinion semble être presque unanime en faveur de l'analgésie locale, toutes les fois qu'elle peut être employée.

Malgré les nombreux travaux sur la physiologie pathologique, le diagnostic et le traitement de l'hyperthyroïdisme, l'étiologie de celui-ci reste absolument inconnue. A cet égard, il est intéressant de mentionner les cas rapportés par GREENBERG (17), qui a vu un cas d'hyperthyroïdisme se développer en même temps que se formaient dans un goitre de nombreux abcès métastatiques causés par des attaques répétées d'amygdalite, et par ROEDER (18) qui a observé 13 cas d'hyperthyroïdisme consécutifs à l'influenza. Ces cas suggèrent la possibilité d'une cause infectieuse.

Si le goitre exophtalmique présente de nombreux points délicats de diagnostic et de traitement, il semble à première vue qu'il n'en soit pas de même du *goitre simple*. Cependant, une variété de celui-ci peut donner lieu à des péripéties opératoires aussi émouvantes que l'hyperthyroïdisme, quoique d'un genre différent. Il s'agit de la variété *intrathoracique* dont SCHWYZER (19) a rapporté 16 cas personnels et JUDD (20) 150 cas observés à la clinique des Mayo, en 1918. Toutefois, il faut remarquer que Judd englobe dans la même statistique les cas à simple prolongement rétrosternal et les vrais cas intrathoraciques : ces derniers sont au nombre de 15, dont 3 avaient pour point de départ des thyroïdes aberrantes.

Enfin, pour terminer, signalons le travail de SISTRUNK (21) sur le traitement des *kystes du conduit thyréo-glosse*, 31 de ces cas ont été trouvés sur 86.000 malades à la clinique des Mayo. C'est dire qu'ils ne sont point fréquents ; le diagnostic en est facile, mais le traitement échoue souvent, parce que la partie sus-hyoïdienne des kystes est d'ordinaire très difficile à suivre et, si l'on n'enlève pas toute trace d'épithélium, la récidive du trajet fistuleux est inévitable. Aussi Sistrunk, après avoir disséqué la partie sous-hyoïdienne, résèque la portion moyenne de l'os hyoïde, puis enlève une collerette de tissu d'environ un demi-centimètre de rayon, sur la ligne médiane, de l'os hyoïde au foramen cæcum de la langue, sans essayer de disséquer le trajet fistuleux lui-même. Cette ablation large donne la guérison. La résection de l'os hyoïde n'occasionne pas de résultats fâcheux et l'ouverture de la cavité buccale n'amène pas d'infection sérieuse.

C'est exactement la même technique que BEER (22) propose à la Société de chirurgie de New-York, où elle obtient l'approbation d'ERDMANN qui, comme tous ceux qui ont eu l'occasion d'opérer de ces cas, a eu des récidives nombreuses et humiliantes. TAYLOR aussi procède de même, sauf qu'au lieu de réséquer l'os hyoïde, il curette l'orifice par lequel le trajet fistuleux traverse cet os dans la plupart des cas.

FAXTON E. GARDNER
(de New-York.)

(1) SISTRUNK. *Journ. am. med. Assoc.*, 31 janv. 1920, p. 306.
(2) CRILE. *Surg., gyn., obst.*, janv. 1919, p. 27.
(3) LUEDERS. *Arch. int. med.*, 15 oct. 1919, p. 432.
(4) CHRISTIE. *Ohio State med. Journ.*, 1er nov. 1919, p. 708.
(5) MC CASKEY. *New-York med. Journ.*, 11 oct. 1919, p. 607.
(6) MEANS and AUB. *Journ. am. med. Ass.*, 15 déc. 1919, p. 645.
(7) LEWIS and BENEDICT. *Journ. biol. chem.*, 1915.
(8) GOETSCH. *New-York State Journ. of med.*, juillet 1918.
(9) CANNON. *Amer. Journ. phys.*, juillet 1916.
(10) SMITH. *Journ. amer. med. Ass.*, 13 déc. 1919, p. 1828.
(11) WOODBURY. *Journ. amer. med. Ass.*, 10 avril 1920, p. 997.
(12) BRAM. *Endocrinology*, oct.-déc. 1919, p. 467.
(13) LISSER. *Endocrinology*, oct.-déc. 1919, p. 454.
(14) MEANS and AUB. *Arch. int. med.*, 15 oct. 1919, p. 404.
(15) HERTZLER. *Surg., gyn. obst.*, nov. 1919, p. 463.
(16) RICHTER. *Journ. am. med. Assoc.*, 25 oct. 1919, p. 1693.
(17) GREENBERG. *Journ. amer. med. Assoc.*, 17 janv. 1920, p. 165.
(18) ROEDER. *Surg., gyn., obst.*, fév. 1920.
(19) SCHWYZER. *Journ. amer. med. Assoc.*, 28 fév. 1920, p. 597.
(20) JUDD. *South. minn. med. Ass.*, oct. 1919.
(21) SISTRUNK. *Ann. surg.*, fév. 1920, p. 121.
(22) BEER. *New-York surg. Soc.*, 26 nov. 1920.
(23) HOLMES and MERRILL. *Journ. amer. med. Assoc.*, 29 nov. 1919, p. 1693 (rayons X).
(24) MC LEAN. *Surg., gyn., obst.*, nov. 1919, p. 463 (31 cas, pas de mort).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 7 JUILLET 1920)

Un traitement des anthrax par le bouillon de Delbet. — Dans cette dernière séance, la Société liquide plusieurs discussions en cours. M. ROUVILLOIS apporte 4 observations d'anthrax graves traités avec succès par les injections de Delbet. La réaction a été très vive dans 2 cas, modérée dans les 2 autres. La guérison a été beaucoup plus rapide que par taut autre traitement.

M. DESCOMPS a eu recours au vaccin de Delbet dans 17 cas,

5 fois dans des infections généralisées graves, les autres fois dans des infections localisées. Dans tous ces cas, qu'il s'agisse d'adénites, de furoncles, d'anthrax, de lymphangites, de phlegmons, d'abcès, les résultats ont été immédiats, tous les autres cas ont guéri avec réaction vive. Il s'agissait surtout d'infections à staphylocoques. Trois cas d'infections généralisées très graves se sont terminés par la mort.

Mésentérite. — M. MAUCLAIRE rapporte une observation de mésentérite communiquée par M. Ferron. Dans le cas que M. Mauclaire a lui-même rapporté, il s'agissait d'une véritable sclérose. Dans le cas de M. Ferron, il s'agirait plutôt d'une malformation congénitale.

La méthode sclérogène dans les tumeurs blanches. — M. WALTHER, à propos de récentes communications sur ce sujet, rappelle avoir toujours obtenu de très bons résultats de cette méthode, aussi bien dans les formes synoviales que dans les formes osseuses, où on peut lui adjoindre le grattage.

De la ligature de la carotide dans les blessures du crâne. — M. LENORMANT apporte une nouvelle observation : Un soldat reçoit un éclat d'obus au niveau de l'arcade zygomatique. Il est dans le coma, survient de l'œdème des paupières, du ptosis, de l'exophtalmie, des bourdonnements, de la céphalée. La compression de la carotide fait cesser les bourdonnements. On pratique la ligature de la carotide au-dessus de la bifurcation. Les bourdonnements disparaissent aussitôt, et les autres symptômes ne tardent pas à s'atténuer. Trois mois après, le blessé était dans un état satisfaisant.

Invagination par diverticule de Meckel. — M. SAVARIAUD fait un rapport sur un cas d'invagination par diverticule de Meckel adressé par M. Fabre. Le diagnostic a été fait. On sentait un boudin d'invagination dans la fosse iliaque droite. Opération : résection, anastomose bout à bout. Mort. Autopsie, invagination chronique avec diverticulite. Le malade avait eu plusieurs crises d'occlusion.

Du drainage filiforme dans les abcès froids. — M. BROCA considère le drainage filiforme dans les abcès froids comme une pratique désastreuse. Il cite un cas qui a été suivi de mort.

Un nouveau procédé de traitement de l'hypospadias. — M. MARION signale un nouveau procédé qui a été employé par M. Martin (de Toulouse) et qui est une heureuse modification du procédé de M. Nové-Josserand qui consiste, comme on sait, à fermer la fistule, à faire l'urétrotomie et à emprunter un lambeau à la cuisse. M. Martin se sert comme greffe, du prépuce lui-même. Il taille un large lambeau quadrilatère et l'introduit dans le canal. M. Marion passe en revue les divers procédés. Il trouve ingénieux celui de M. Martin, mais jusqu'ici il est lui-même resté fidèle au procédé de M. Duplay.

De la gastro-entérostomie dans la cure de l'ulcère perforant du duodénum. — M. LECÈNE fait un rapport sur une observation de M. Roux-Berger qui, dans une opération d'urgence pour un ulcère perforé du duodénum, fit une gastro-entérostomie. Il y eut des complications pulmonaires qui emportèrent le malade. A l'autopsie on constata, par le fait des sutures, un rétrécissement très serré de la première portion du duodénum. Dans ce cas la gastro-entérostomie était donc indispensable.

Traitement des kystes hydatiques suppurés. — Second rapport de M. LECÈNE sur des observations de MM. Brun et Braquehaye (de Tunis). Il s'agit de plusieurs cas de kystes hydatiques suppurés du foie, traités par l'évacuation, le formolage et la fermeture sans drainage, suivis de guérison. M. Lecène pense qu'il s'agit dans ces cas de suppurations modérées, peu septiques, sans fièvre. Pour les cas de ce genre, M. Quénu a recommandé ce mode de traitement qui, cependant, n'a pas encore été adopté par tous les chirurgiens. Mais il y a kystes hydatiques suppurés et kystes hydatiques suppurés. Dans les kystes suppurés, chauds, avec fièvre, frissons, état grave, M. Lecène estime que la fermeture sans drainage pourrait être très dangereuse. Enfin dans les cas moins graves où l'on croit pouvoir fermer, il serait prudent de fixer la poche kystique à la paroi.

M. QUÉNU partage l'avis de M. Lecène.

M. DELBET appuie également les réserves de M. Lecène.

M. DUJARRIER, même dans des cas de suppuration, croit qu'on peut fermer, quitte à ponctionner ultérieurement la poche si le liquide se reproduisait.

Procédé de suture abdominale. — M. AUVRAY décrit un procédé de suture proposé par M. Gautier (de Luxeuil). Ce procédé n'est autre que le passage de deux fils à travers toute l'épaisseur de la paroi en 8 de chiffre (1).

M. Jean-Louis FAURE, sur la demande de M. Gautier, a eu recours à ce procédé qu'il trouve très bon mais un peu compliqué. Il est revenu aux trois plans de suture.

Pleurésie appendiculaire. — M. DUJARRIER fait un rapport sur un cas de pleurésie appendiculaire adressé par M. Lepoutre (de Lille). L'examen du liquide en a démontré l'origine intestinale.

Traitement du cancer testiculaire. — M. DESCOMPS résume la discussion qu'il a soulevée sur ce sujet et conclut que l'ablation du ganglion depuis les bourses jusqu'au diaphragme permet certainement d'éloigner toute récidive.

Ostéosynthèse métallique. — M. TUFFIER a eu recours à tous les procédés d'ostéosynthèse. Il trouve des avantages à l'ostéosynthèse métallique. Il donne la préférence aux plaques, comme étant mieux tolérées. Mais il aurait tendance à préférer encore la suture.

M. ALGLAVE combat avec une grande énergie l'opinion soutenue par Albee que le métal devrait être proscrit dans le traitement des fractures. Pour le traitement des pseudarthroses comme pour le traitement des fractures, M. Alglave est un partisan très convaincu de l'ostéosynthèse métallique, en particulier de la méthode de Lambotte auquel il rend hommage. Il a eu recours 75 fois à cette méthode qui a donné d'excellents résultats. Il montre une série de radiographies très démonstratives ; dans cette méthode l'instrumentation et surtout l'asepsie jouent un rôle considérable. Pour mieux assurer cette rigoureuse asepsie, M. Alglave met deux paires de gants.

Il appuie donc les conclusions de M. Hallopeau.

M. HALLOPEAU résume la discussion.

— La prochaine séance aura lieu le 13 octobre 1920.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 12 JUIN 1920)

Le sucre protéidique chez les diabétiques. — MM. E. GRUAT et F. RATHERY étudient les variations du sucre protéidique chez les diabétiques. Utilisant la technique de Bierry ils montrent les différences, parfois très marquées, retrouvées suivant les cas. On constate, d'une part, une variation d'un malade à un autre (les chiffres élevés correspondent souvent au cas de diabète consomptif), et, d'autre part, chez un même sujet d'un moment à un autre.

Sans vouloir poser des conclusions définitives, les auteurs font remarquer tout l'intérêt que paraît avoir, chez les diabétiques, l'étude de ce sucre protéidique.

L'azote résiduel dans les néphrites. — M. P. BRODIN, comme MM. Carnot et Rathery, montre qu'il peut y avoir augmentation de l'azote résiduel au cours de certaines néphrites. Mais cet azote résiduel n'est pas sous la dépendance directe de la lésion rénale, il est la conséquence d'une lésion hépatique surajoutée et permet d'apprécier l'importance de cette insuffisance hépatique. Son dosage peut donc présenter un réel intérêt pronostique.

L'indice d'oxydabilité comme test de putréfaction des matières fécales. — MM. H. LABBÉ, GOIFFON et NEPVEUX. La quantité de corps réducteurs produits par l'activité anaérobie des bactéries intestinales peut s'apprécier en mesurant la quantité d'oxygène empruntée par ces corps à une solution de permanganate titrée. Les auteurs, s'inspirant de la méthode

(1) Ce procédé n'est pas nouveau pour nous, voilà déjà plusieurs années que nous le voyons pratiquer à l'hôpital Péan par notre collègue Delaunay. — *Note du rédacteur :* A. B.

déjà employée comme test d'épuration des eaux résiduaires, proposent une épreuve très simple : la détermination de l'indice d'oxydabilité des matières.

Les variations de cet indice paraissent susceptibles de différencier les modalités de l'activité microbienne, si variables suivant les divers états pathologiques.

Disparition rapide de l'huile dans le sang après l'injection intraveineuse. — MM. H. Busquet et Ch. Vischniac. Après l'injection intraveineuse d'huile, à la dose de 2 à 3 cmc. par kilogramme d'animal chez le chien, on ne trouve dans le sang au bout d'un quart d'heure ni l'huile, ni l'acide gras résultant de son dédoublement. Cette disparition rapide de l'huile dans le sang explique l'innocuité relative de cette substance administrée par voie intraveineuse.

Diabète insipide expérimental et atrophie génitale. — MM. Jean Camus et G. Roussy présentent un chien chez lequel des lésions expérimentales de la base du cerveau dans la région hypophysaire ont occasionné le diabète insipide permanent. Cet animal est atteint en outre d'une atrophie évidente du pénis et des testicules qui, non seulement sont très petits, mais mal descendus ; les bourses ne sont pas formées. En outre, cet animal est obèse, pèse 26 kg. et présente par conséquent le syndrome adiposo-génital rattaché par plusieurs auteurs à une lésion hyperplasique.

Les recherches antérieures des auteurs ont établi que de ces deux syndromes le diabète insipide est dû à une lésion de la région optopédonculaire. L'autopsie établira si cette région est lésée seule ou s'il existe en concomitance une lésion de l'hypophyse.

Il n'est pas impossible que les reins et les testicules ayant même origine embryologique, le corps de Wolff, une même lésion nerveuse intéresse les centres des deux organes.

Elections. — MM. Lœper et Girard sont nommés titulaires.

(SÉANCE DU 19 JUIN 1920)

Dosage de l'urée dans le sang par le xanthydrol; des conditions expérimentales à réaliser pour une évaluation rigoureuse. — M. Mestrezat et Mlle Marthe Janet. Le dosage de l'urée par le xanthydrol dans les humeurs de l'organisme déféqués au réactif de Tanret, suivant la technique de Fosse, Robyn et F. François, ne fournit de résultat rigoureux (approximation de 1 p. 100 ou moins de 1 p. 100) qu'à la double condition de ramener la teneur du liquide essayé à être voisine du 1/2 gramme par litre et d'employer une quantité de xanthydrol (solution méthylique à 10 p. 100) égale au 1/10e du volume de la liqueur acéto-uréique, soit le double de la quantité généralement utilisée.

M. Nageotte. (*A propos de la note de M. Prenant.*)

M. G. Guillain présente à la Société son livre de *Travaux neurologiques de guerre*, écrit en collaboration avec M. Barré, professeur de neurologie à la Faculté de médecine de Strasbourg.

JURISPRUDENCE

LA LOI DU 12 MARS 1920 ET LES SYNDICATS MÉDICAUX

On sait que la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine contient une disposition qui permet aux médecins de se constituer en syndicats; l'article 11 de cette loi est ainsi conçu : « A partir de l'application de la présente loi, les médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes jouiront du droit de se constituer en associations syndicales dans les conditions de la loi du 21 mars 1884, pour la défense de leurs intérêts professionnels, à l'égard de toutes personnes autres que l'Etat, les départements et les communes ».

Cette disposition législative a fait droit aux réclamations formulées par les médecins contre la jurisprudence qui refusait de reconnaître la légitimité des syndicats de médecine.

L'utilité des syndicats médicaux est incontestable. Ils permettent d'établir des rapports permanents entre les médecins d'une région, de leur apprendre à se connaître et à se protéger réciproquement; de procurer des avantages à chacun des membres du syndicat par la mise en commun d'instruments, de livres ou autres moyens d'instruction; d'allouer des indemnités journalières ou annuelles en cas d'accident ou de maladie, et des retraites aux médecins, ou à leurs veuves et orphelins; de réprimer les usurpations sur les droits d'exercice que la loi confère aux médecins; de discuter et fixer un tarif minimum d'honoraires; d'organiser des services de remplacements pour les docteurs par des étudiants ou des confrères disponibles.

Dans un autre ordre d'idées, les syndicats médicaux permettent de donner à l'Etat la collaboration du corps médical pour résoudre et appliquer les problèmes sociaux d'hygiène, d'assistance et d'assurance; ils peuvent donner des renseignements utiles.

En résumé, le syndicat médical sert l'intérêt individuel des médecins et l'intérêt de la Société.

Au point de vue législatif, le groupement des médecins peut s'effectuer en utilisant soit les dispositions de la loi du 21 mars 1884 sur les syndicats professionnels, soit celles de la loi du 1er juillet 1901 sur le contrat d'association. Les médecins peuvent adopter l'un ou l'autre des deux régimes qui leur sont offerts par ces lois; mais, lorsqu'ils ont fait leur choix, ils ne peuvent, le cas échéant, se prévaloir d'une disposition favorable de la loi qu'ils ont répudiée.

La loi du 21 mars 1884 a déterminé les conditions dans lesquelles peuvent fonctionner les syndicats. Elle a posé le principe que les personnes qui font partie des syndicats doivent exercer la même profession, des métiers similaires ou des professions connexes concourant à l'établissement de produits déterminés (art. 2) et que l'objet des syndicats est exclusivement l'étude et la défense des intérêts économiques, industriels, commerciaux et agricoles. Elle a déterminé en outre la capacité civile des syndicats professionnels.

Le législateur vient de voter, le 12 mars 1920 (*J. O.*, 14 mars 1920), une loi qui porte comme titre : *sur l'extension de la capacité civile des syndicats professionnels*, mais qui en réalité non seulement étend cette capacité, mais encore modifie en plusieurs points la loi du 21 mars 1884.

Voici les principales dispositions de la loi nouvelle.

a. *Professions libérales.* — Pour faire cesser toute controverse, l'article 9 nouveau spécifie que la loi est applicable aux professions libérales et qu'une loi spéciale fixera le statut des fonctionnaires.

b. *Personnes pouvant faire partie des syndicats.* — La loi nouvelle a augmenté le nombre des personnes pouvant faire partie des syndicats dans trois paragraphes qui sont ajoutés à l'article 4 de la loi de 1884 :

Les femmes mariées exerçant une profession ou un métier, peuvent, *sans l'autorisation de leur mari*, adhérer aux syndicats professionnels et participer à leur administration et à leur direction.

Les mineurs âgés de plus de 16 ans peuvent adhérer aux syndicats, sauf opposition de leurs père, mère ou tuteur. Ils ne peuvent participer à l'administration ou à la direction.

Pourront continuer à faire partie d'un syndicat professionnel les personnes qui auront quitté l'exercice de leurs fonctions, *si elles l'ont exercée au moins un an.*

(*A suivre.*)

H. Ribadeau Dumas,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

15 juillet. — MM. Robin, prés. ; Letulle, Carnot et Roussy. — M. Lorot (Auguste). Le liquide céphalo-rachidien dans les états pathologiques. — M. Cabart-Danneville (M.). De l'entraînement respiratoire spiroscopique dans les vomissements graves. — M. Cottin (François). Quelques considérations sur une épidémie. — M. Chapotel. Des rapports entre les traumatismes craniens et les gliomes cérébraux. — M. Lefort (Alix). Etude des abcès du cerveau. — M. Desfarges (Gérard). Les pyodermites et leurs traitements. — Mme Fabre (Elisabeth). Un hôpital d'évacuation aux Dardanelles.

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES ET DIAGNOSTIC DES ANÉVRISMES DE LA CROSSE DE L'AORTE [1]

2° *Pneumogastrique.* — Les lésions du pneumogastrique amènent la production de troubles cardio-respiratoires : soit la dyspnée sous toutes ses formes (surtout asthmatiforme), soit la dysphagie et les vomissements ainsi que la toux coqueluchoïde.

3° *Phrénique.* — Points névralgiques, vomissements, hoquet, dyspnée, crises de dyspnée subite.

4° *Plexus cardiaque.* — Palpitations et douleurs angoissantes simulant l'angor pectoris.

5° *Sympathique.* — La compression du sympathique gauche (fibres de la 7e cervicale et de la 1re dorsale) donne lieu à des phénomènes d'excitation : dilatation de la pupille gauche (signe de Ogle), pâleur des joues, troubles.

Les phénomènes de dépression consistent en myosis permanent, crises sudorales, rougeur de la pommette, hypothermie. Bien souvent d'ailleurs, il existe le signe d'Argyll-Robertson, qui, associé à des lésions aortiques et à de la lymphocytose rachidienne, constituent le syndrome de Babinski. Ils sont l'indice de syphilis ancienne et donnent la signature de l'anévrisme.

E. Compression de l'œsophage. — Elle provoque de la dysphagie mécanique, qui se surajoute bien souvent au spasme. Il faut signaler dans ce cas le danger qu'il y a à pratiquer une œsophagoscopie. On doit toujours éviter de pratiquer ce mode d'exploration, quand on soupçonne un anévrisme, à cause du danger de rupture de la poche anévrismale.

La compression de l'œsophage peut d'ailleurs provoquer de petites hémorragies (hématémèses légères).

F. La compression du canal thoracique peut amener un œdème lymphatique des membres supérieurs.

G. Enfin la compression des gros troncs veineux (veine cave supérieure et tronc brachio-céphalique) peut provoquer la formation d'un œdème en pèlerine ou même d'un œdème localisé à un bras.

Evolution. — L'allure clinique est d'ordinaire insidieuse et lente. L'anévrisme évolue fatalement vers la rupture et la mort, à moins que ne survienne une complication intercurrente. La durée est variable, d'un an à deux ans, rarement plus. La marche peut en être accélérée par des poussées aiguës ou bien retardée par des périodes de calme. Ces poussées successives avec périodes intercalaires d'amélioration sont caractéristiques.

Complications. — La mort est la terminaison fatale. Elle peut être subite, rapide ou lente.

1° **Mort subite.** — Toujours due à une *syncope.* Cette syncope est sous la dépendance d'une hémorragie foudroyante, d'une crise d'angor pectoris, d'un ictus laryngé, ou de la compression d'un nerf important comme le pneumogastrique ou le récurrent.

2° **Mort rapide.** — Elle est en général due à une *asphyxie* brusque. Cette asphyxie est en général liée à une embolie ou à une rupture de l'anévrisme dans les organes voisins.

La *rupture interne d'un anévrisme* s'annonce par une douleur déchirante et par les signes d'une grande hémorragie interne : anémie, état syncopal, refroidissement des extrémités, faiblesse du pouls, sueurs froides, selon le lieu où elle se produit, la rupture donne lieu à des phénomènes variables :

La rupture dans les *voies respiratoires* (trachée ou bronche gauche) s'annonce en général par de petites hémoptysies répétées, qui peut précéder de quelques jours l'hémoptysie foudroyante terminale.

La rupture dans la *plèvre* gauche produit des symptômes d'hématome pleural avec dyspnée progressive, intense, et signes de grande hémorragie.

La rupture dans le *péricarde* provoque un hémo-péricarde avec mort très rapide.

L'ouverture dans la veine cave supérieure, l'oreillette droite, l'artère pulmonaire, donne lieu à un anévrisme artérioso-veineux. Le début brusque est marqué par des éblouissements, vertiges, dyspnée intense. Les signes caractéristiques sont : la cyanose, l'œdème en pèlerine, les dilatations veineuses, les hémoptysies. A l'auscultation on perçoit un thrill, et l'on entend un murmure continu. Il existe un souffle en général rude et râpeux et dont le siège est variable avec le siège de la communication artérioso-veineuse. La terminaison de ces anévrismes est fatale, survenant au milieu de phénomènes asphyxiques.

La rupture dans le *canal vertébral* provoque une paraplégie subite, et la mort peut survenir plus ou moins rapide.

Enfin l'ouverture peut se faire dans *le médiastin :* alors surviennent des symptômes de grande hémorragie interne et la mort peut venir brusquement par syncope. Mais parfois il peut se produire un *anévrisme faux consécutif,* si les adhérences qui se sont formées antérieurement limitent l'épanchement sanguin. Il peut se produire aussi un *anévrisme diffus extra-thoracique* par ouverture du sac dans le tissu cellulaire sous-cutané. La tumeur qui en résulte présente des battements extrêmement violents. Les anévrismes diffus extra-thoraciques finissent toujours par se rompre à l'extérieur.

3° **Mort lente.** — Mais la mort peut se produire de diverses façons avant la rupture de l'anévrisme : tantôt par *asphyxie* lente par compression des voies aériennes ; tantôt par angor pectoris ; d'autres fois surviennent des phénomènes de congestion veineuse encéphalique ; ou bien une embolie cérébrale. Enfin la mort peut survenir par insuffisance cardiaque et asystolie.

Chez ces malades il peut survenir une cachexie spéciale, véritable cachexie aortique, faite de pâleur, d'anémie, d'amaigrissement, d'inanition, d'asthénie, et la mort survient dans une sorte de marasme et de cachexie progressive, avec une fièvre inflammatoire et souvent des souffrances terribles. La morphinomanie et le suicide en peuvent être la conséquence.

D'autres fois enfin, des infections broncho-pulmonaires se produisent, favorisées par compression des bronches, des vaisseaux pulmonaires, ou du pneumogastrique, soit par infection secondaire : c'est ainsi que ces malades peuvent être emportés rapidement par une broncho pneumonie, une gangrène pulmonaire, une pneumonie, une pleurésie, l'œdème aigu du poumon. La tuberculose pulmonaire serait une complication des plus fréquentes, 25 p. 100 des cas.

Formes cliniques. — On peut distinguer des formes cliniques suivant le siège, suivant l'espèce, suivant la cause.

1. Suivant le siège. — Nous retrouverons au diagnostic la description détaillée de ces divers types d'anévrismes : anévrisme de l'aorte intrapéricardique, anévrisme de la convexité, anévrisme de la concavité, anévrisme de la portion descendante et prévertébral.

2. Suivant l'espèce. — a. *Anévrisme artérioso-veineux.* — Après une phase de compression plus ou moins silencieuse, il survient une perforation brusque, souvent à l'occasion d'un effort. Des étourdissements, de la dyspnée, avec tendance à la lipothymie surviennent. Parfois des vertiges avec syncope. A la palpation, on sent un thrill très net, et l'auscultation révèle un souffle en général très marqué et qui siège à un niveau différent suivant qu'il y a une communication anormale entre l'aorte et la veine cave supérieure, le tronc veineux brachio-céphalique, l'oreillette droite, l'artère pulmonaire la veine cave inférieure.

b. *Anévrisme disséquant.* — L'amincissement extrême des parois de l'aorte, de plus en plus marqué, les variations de la pression intraortique, les traumatismes, l'usure des tissus qui entourent l'anévrisme, s'accompagnent finalement de rupture. Cette rupture se fait parfois en 2 temps. La tunique interne seule se déchire et le sang fuse entre la tunique interne et la tunique moyenne ou plutôt entre les lames mêmes de la tunique moyenne. C'est ainsi qu'il se forme un anévrisme disséquant.

(A suivre.)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 58, p. 927, et n° 60, p. 959.

Le Directeur-gérant Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an,
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HOPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 12 juillet. — MM. Kendirdjy, 18; Desplas, 13; Lorin, 18; Bergeret, 16.

HOPITAUX DE PROVINCE. — NANTES. — Après concours, M. le Dr Thibault a été nommé médecin suppléant des hôpitaux et M. le Dr Gaudin, chirurgien suppléant des hôpitaux.

— ROUEN. — Le concours de médecin des hôpitaux de Rouen s'est terminé par la nomination de MM. Seyer et Samson, comme médecins adjoints.

— TOULON. — Le concours de médecin des hôpitaux de Toulon s'est terminé par la nomination de MM. Mége et Lemaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Champy, agrégé, est chargé d'un cours d'embryologie.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — M. Jauffret est institué, pour une période de 9 ans, chef des travaux chimiques et physiques.

— NANTES. — A la suite du concours ouvert devant la Faculté de médecine de Paris, M. le Dr Dupont a été institué pour une période de 9 ans, suppléant de la chaire de physique à l'Ecole de plein exercice de Nantes.

— POITIERS. — M. Guitteau, chargé des fonctions de chef des travaux de physique et de chimie, est chargé, en outre, jusqu'à la nomination d'un professeur titulaire, d'un cours de physique.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de grand officier. — M. le médecin inspecteur général Béchard.

Au grade de commandeur. — M. le médecin inspecteur des troupes coloniales Dumas.

Armée active :

Au grade d'officier. — MM. les médecins principaux Grall, Uzac.

MM. les médecins-majors Ray, Chevron, Bian.

M. le médecin-major des troupes coloniales Séguin.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors Debour, Lemonon, Reynaud, Audet, Troude, Morisot, Coissard, Chaduc, Liberge, Montet, Richard, Touzet, Loygue.

MM. les médecins-majors des troupes coloniales Lailhengue, Villeroux, Beltonne et Collomb.

M. le médecin de 1re classe Le Page (de la marine).

A titre posthume : M. Manzoni, médecin de la marine marchande, décédé des suites de ses blessures.

Réserve et territoriale :

Au grade d'officier. — MM. les médecins principaux Boursiac, Lévy, Drouineau.

M. le médecin-major Fradet.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors Lafargue, Charpentier, Archambault, Deletre, Guyader, Michel, Erlanger, Guibé, Minvielle, Gravelotte, Gouzy, Vignat, Gardette, Macaud, Follet, Retournard, Bres, Sotty, Barbier, Vallée, Mascarel, Brongniart, Charbonneaud, Duval, Caplet, Pion, Lenoir, Daude-Lagrave, Cabanes, Lapin, Vichot, Laugier, Girard, Subercaze, Subert, Guedon, Goizet, Friedel, Simonin, Grisel, Guidet, Roland, Desbonnet, Chastenet, Nicolaïdi, Contet, Chatinière, Laurent, Christiaens, Vallée, Arbogost, Lecœur, Sognies, Conte, Murer, Censier, Metzger.

MM. les pharmaciens-majors Rousseau, Beyaert, Sénéchal, Bruntz, Ardisson, Dubois, Segot et Carteret.

GUERRE. — Sont promus :

Médecins inspecteurs : MM. les médecins principaux de 1re classe Gary (en remplacement de M. le médecin inspecteur Lapasset, passé au cadre de réserve) et Meyer (en remplacement de M. le médecin inspecteur Simonin, décédé).

Médecins principaux de 1re classe : MM. Job et Chavigny.

Médecins principaux de 2e classe : MM. Viallet, Dor et Pla.

Médecins-majors de 1re classe : MM. Frécus, Demonet, Guiot, Policard, Berge, Schneider, Pische et Segui.

Médecins-majors de 2e classe : MM. Billaut, Vandenbossche, Lenoir, Audouy, Monestier, Laveine.

MARINE. — Le *Journal officiel* du 13 juillet publie une circulaire modifiant l'instruction relative au concours d'ad-

mission à l'école principale du Service de la marine parue au *Journal officiel* du 8 mars 1920.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Ont été nommés membres de la commission de prophylaxie antivénérienne :

MM. les docteurs Emile Vincent, député, président de la Commission d'hygiène de la Chambre des députés; Henri Martin, président de l'association générale des syndicats pharmaceutiques de France; Legras, président de l'union des syndicats médicaux de France; Ch. Levassort, secrétaire général de l'association générale des médecins de France; Queyrat, médecin des hôpitaux; Emery, médecin chef de l'infirmerie spéciale de Saint-Lazare; Léon Bizard, médecin principal du dispensaire de salubrité de la préfecture de police; Ernest Roucayrol.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — Ont été élus membres titulaires : MM. A. Bayet, Gengou et Masoin (de Bruxelles); membres honoraires étrangers : MM. G. Barrier (d'Alfort), Calmette (de Paris), Denigès (de Bordeaux), Gley et Henneguy (de Paris) ; correspondants belges : MM. Debaisieux (de Louvain), Hamoir (de Cureghem), Heger-Gilbert et Slosse (de Bruxelles) ; correspondants étrangers : MM. W. S. Bainbridge (de New-York) et de Lapersonne (de Paris).

LA TRANSFORMATION DE L'ASILE DE CHARENTON. — Sur la proposition de M. le prof. Pinard, l'asile national de Charenton va être désaffecté et transformé en une énorme Maternité qui deviendra la plus grande école de puériculture d'Europe.

Ve CONGRÈS INTERNATIONAL DE CHIRURGIE. — *Avis aux congressistes.* — M. le Conservateur du musée du Val-de-Grâce invite les membres du Congrès à visiter le musée, le mercredi 21 et le vendredi 23 juillet, à 10 h. 1/2.

Le maire de Reims et le collège échevinal d'Ostende recevront officiellement les membres du Congrès.

Un délégué de l'agence Cook se tiendra à la disposition des congressistes au secrétariat pour l'organisation du voyage aux champs de bataille et pour toute difficulté survenant dans la question des logements.

Toute la correspondance (invitations, carnet de congressiste, rapports non expédiés, etc.) sera déposée au bureau de poste du Congrès, à l'École de médecine.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr T. Debaisieux, membre correspondant belge de l'Académie royale de Belgique, professeur de chirurgie générale à l'Université de Louvain.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'ANCIEN RÉGIME D'ÉTUDES ET LES ÉTUDIANTS SURSITAIRES DE LA CLASSE 1918

M. Vallette-Viallard, député, expose à M. le ministre de l'Instruction publique, que la circulaire publiée au *Journal officiel* du 16 juin 1920 accorde l'ancien régime d'études aux étudiants en médecine non sursitaires de la classe 1918 et ne mentionne pas les étudiants sursitaires, ajoutant que si la classe 1918 a fait 37 mois de services, les sursitaires qui en ont fait 30 ont encore 7 mois à accomplir, et que, puisque tous les étudiants accomplissent le même temps de service militaire, ils devraient obtenir le même régime d'études. (*J. O.*, 1er juillet 1920). (*Question du 30 juin 1920.*)

Réponse. — Les abréviations de scolarité sont réservées aux étudiants qui sont restés sous les drapeaux au delà de la durée légale du service militaire. Tel est le cas des étudiants non sursitaires de la classe 1918. C'est à cette condition seulement, c'est-à-dire s'ils accomplissent plus de 3 ans de services, que les étudiants sursitaires pourraient bénéficier des mêmes facilités.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 19 juillet. — Jury : MM. Letulle, président ; Labbé (M.), Ribierre et Loeper. — M. GOUJARD (Paul). Les paralysies amyotrophiques dissociées du plexus brachial. — M. MITRY (Auguste). Considérations cliniques sur les réactions méningées. — M. PIDOUX (Louis). Les accès de tétanie d'origine parathyroïdienne. — M. QUILICI (P.). Les formes autochtones de l'hépatite amibienne. — Mlle SCHEINISS (Agnès). Contribution à l'étude des chondromes.

Mardi 20 juillet. — Jury : MM. Gilbert, président ; Carnot, Bernard et Balthazard. — M. LAGARENNE (Pierre). Délimitation et mensuration radiologiques du foie et de la rate. — M. HERRERA (Onafre). Considérations générales sur les autopsies médico-légales. — M. NAPPEZ. Les ictères syphilitiques tertiaires et quaternaires. — M. LEHMANN (Raymond). Kraurosis vulvaire. — M. PAUMIER. Fonctions antitoxiques du foie vis-à-vis des sérums urémiques. — M. NICOLAI (François). A propos d'un cas d'abcès méningé. — M. LEVRAT (Louis). Essais de sérothérapie et de vaccinothérapie.

Jury : MM. Chauffard, président ; Vaquez, Jeanselme et Richaud. — M. AUDOUY (Joël). Contribution à l'étude de l'ictère infectieux. — M. SARGUEIL (Charles). De la tension artérielle chez la femme enceinte. — M. CALLOT (Pierre). Les abcès du sein dans la gale. — M. LEFEBVRE (Henri). Le tubercule de Carabelli. — M. DEBON (Joseph). Contribution à l'étude des accidents cutanés. — M. LE GLOAHEC (Paul). Contribution à l'étude des teignes en Basse-Bretagne.

Mercredi 21 juillet. — Jury : MM. Legueu, président ; Couvelaire, Guéniot et Alglave. — M. FISCH. Considérations sur l'anatomie pathologique des kystes. — M. SRAER. Contributions à l'étude de la gastro-entérostomie dans les ulcères. — M. JELIN. Hydronéphrose ou appendicite ? — M. BORDIER (Marcel). Etude critique du diagnostic de la blennorragie.

Jury : MM. Roger, président ; Broca (Auguste), Hartmann, et Letulle. — Mme BÉNARD (Yvonne). La méthode ultraphotométrique. — M. CHICANDARD. Tuberculose du calcanéum. — M. GUILLEMIN (André). Traitement des métrites chroniques. — M. MORICE (Louis). Contribution à l'étude radiologique de la constipation. — M. FOURRIER (André). Le liquide céphalo-rachidien au point de vue de la syphilis. — M. PARISIS (A.). Tuberculose vésicale rebelle et étincelage.

Jeudi 22 juillet. — Jury : MM. Pouchet, président ; Teissier, Ménétrier et Richaud. — M. FONTAN (Jean). Contribution à l'histoire de l'hydrologie en France. — M. JULHE (L.). L'association de la rougeole et de la scarlatine. — M. FINIEFS (L.). Contribution à l'étude des eaux minérales de Grèce.

Jury : MM. Marfan, président ; Faure, Lejars et Brindeau. — M. VOISIN (Emile). La sténose hypertrophique du pylore chez le nourrisson. — M. MICHALOWSKY. Contribution à l'étude de la sclérodermie chez l'enfant. — M. GOLDSTEIN. Le novarsenobenzol en injections dans la syphilis. — M. LAFOND (Jean). Contribution à l'étude de la transfusion du sang. — M. FAURE (Guillaume). Contribution à l'étude des indications de la césarienne dans le placenta prævia. — Mme CARON (Francine). Sur le colpo-métro-salpinx unilatéral avec imperforation vaginale.

Jury : MM. Achard, président ; Widal, Brumpt et Roussy. — M. MERLE (Louis). Les arthrites à méningocoques. — M. TAILLANDIER (Victor). Contribution au traitement de la dysenterie amibienne. — M. MARCHAND (Octave). Contribution à l'étude du traitement médical des pleurésies purulentes grippales. — M. LECLERC (Jean). Contribution à l'étude des états délirants au cours du paludisme. — Mlle COSMOVICI. Le liquide céphalo-rachidien dans l'encéphalite léthargique.

REVUE GÉNÉRALE

LE TRAITEMENT DES PERFORATIONS DES ULCÈRES GASTRIQUES & DUODÉNAUX

OPPORTUNITÉ DE LA GASTRO-ENTÉROSTOMIE IMMÉDIATE

Par le Dr Maurice GUIBÉ,
Professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Caen.

Le traitement de l'ulcère perforé de l'estomac ou du duodénum ne saurait être discuté aujourd'hui : il ne peut être que chirurgical.

Il faut opérer le plus tôt possible, car, tandis que dans les cas opérés dans les 12 premières heures, la mortalité atteint exceptionnellement 25 p. 100 et le plus souvent oscille autour de 10 p. 100, elle va en croissant avec le temps écoulé depuis la perforation. Reconnue de bonne heure et aussitôt traitée par une intervention appropriée, la perforation d'un ulcère de l'estomac est une affection relativement bénigne. Quand au contraire, pour quelque cause que ce soit, l'intervention est tardive, les résultats sont médiocres et trop souvent franchement mauvais.

Inutile d'insister ici sur les particularités du traitement de la perforation, qu'on ait fait une simple laparotomie avec assèchement du péritoine et fermeture hermétique de la paroi ou qu'on ait cru nécessaire de drainer ou de tamponner en un ou plusieurs points avec ou sans incision complémentaire ; qu'on ait asséché le péritoine à la compresse, ou qu'on ait fait un lavage au sérum, ou qu'on ait rempli le péritoine d'éther.

Ce que nous désirons étudier ici, c'est le point suivant :

Doit-on se contenter de traiter la perforation ou faut-il en outre s'occuper de l'ulcère lui-même, soit pour le réséquer, soit pour le guérir (gastro-entérostomie), soit pour prévenir la formation d'un nouvel ulcère (appendicectomie) ?

En réalité, ces pratiques ont une valeur bien différente.

Résection. — Quoique plus répandue qu'il y a quelques années encore, la résection de l'ulcère est encore une pratique assez rarement utilisée : elle serait surtout indiquée dans les cas d'ulcère calleux où elle est particulièrement difficile. Mais il est rare justement que les ulcères calleux se perforent.

Si déjà ses indications sont rares dans l'ulcère non perforé, combien plus le deviennent-elles dans l'ulcère perforé, alors que les manœuvres en péritoine infecté sont plus graves et que la rapidité de l'intervention est facteur important de succès ? Aussi voyons-nous, qu'en fait personne ne l'a jamais prônée et qu'elle n'a été exécutée que dans des cas exceptionnels.

Nous avons pu néanmoins en réunir un certain nombre de cas. Leur pronostic est grave quand on a affaire à des cas isolés, parce qu'on ne l'applique qu'à des cas particulièrement sérieux. Par exemple Morley y a eu recours dans un cas à cause de la friabilité excessive des bords de la perforation ; son malade est mort.

Si au contraire il s'agit de chirurgiens ayant fait la résection, un peu plus de parti pris, les résultats s'améliorent. A ne prendre par exemple que les statistiques de Rendle Short et de Wetterstrand :

R. Shart......	4 résections	2 guérisons	2 morts
Wetterstrand..	11 —	6 —	5 —

nous voyons la mortalité s'abaisser à moins de 50 p. 100 (47 p. 100). Quant aux résultats éloignés de l'intervention, nous ne les connaissons que d'après les deux cas de R. Shart. Dans un cas, le résultat était parfait ; dans le deuxième, la guérison se maintint pendant 13 mois, mais au bout de ce temps les douleurs reparurent.

Appendicectomie. — Nous ne saurions tout à fait en dire autant de l'appendicectomie. Joindre au traitement de l'ulcère de l'estomac la résection de l'appendice est une idée chère aux chirurgiens anglais, qui soutiennent, non sans raison peut-être, que le grand facteur étiologique de l'ulcère gastro-duodénal, c'est l'appendicite chronique. Aussi recommandent-ils de toujours réséquer l'appendice quand on intervient pour ulcère.

Contrairement à la résection de l'ulcère, l'appendicectomie est une opération simple, facile, rapide à exécuter, non traumatisante : elle n'a qu'un inconvénient, c'est d'être difficilement exécutable par l'incision qui mène à l'ulcère gastrique. Mais c'est là un inconvénient minime : comme il y a toujours en pareil cas accumulation de liquide dans le cul-de-sac de Douglas et qu'il convient de l'enlever, comme, d'autre part, cette évacuation ne peut se faire qu'à la faveur d'une incision nouvelle, rien de plus simple, au lieu de faire cette incision sus-pubienne, que de la pratiquer dans la fosse iliaque droite ou sur le bord externe du muscle droit de ce côté ; on peut alors par elle à la fois assécher et drainer le Douglas et réséquer l'appendice.

D'ailleurs, il arrive souvent, par suite de l'obscurité du diagnostic, qu'on aura commencé par inciser dans la fosse iliaque droite pour aller explorer l'appendice, source supposée du mal ; en pareil cas, il me paraît tout indiqué de profiter de l'occasion pour réséquer ce viscère ; s'il est nettement malade, il y a tout intérêt à l'enlever ; s'il paraît sain, il n'y a nul inconvénient à le faire et peut-être est-ce même avantageux.

Jéjunostomie. — En réalité, *toute la discussion doit être circonscrite entre la suture pure et simple (j'entends sous ce nom la fermeture de la perforation, de quelque manière qu'elle soit pratiquée, voire même le simple drainage de l'ulcère) et la suture combinée à la gastro-entérostomie.*

Signalons que von Eiselsberg a proposé de remplacer la gastro-entérostomie par la jéjunostomie. Il donne comme arguments en faveur de cette opération par rapport à celle-là sa plus grande rapidité et facilité d'exécution, le repos plus complet qu'elle procure à l'estomac et par suite à la suture, la possibilité de nourrir d'emblée l'opéré et l'heureuse influence du fonctionnement de l'intestin sur l'évolution de la péritonite. En 1906, von Eiselsberg en comptait personnellement 7 cas avec 4 morts et 3 guérisons et il en citait 4 autres cas : Furner (1 cas, guérison), Krause (2 cas, mort et guérison), Bunge (1 cas, guérison).

Plus récemment, Simon rapporte 14 cas d'ulcère perforé avec jéjunostomie complémentaire : ces cas donnent 8 guérisons et 6 morts.

Enfin dans 3 de ces cas, on a pratiqué à la fois la jéjunostomie et la gastro-entérostomie (Krause,

Bungs, Simon) avec guérison les trois fois. Le procédé utilisé semble avoir été presque toujours celui de Witzel. Simon recommande d'établir la bouche non pas près de l'angle duodéno-jéjunal, mais 40 ou 50 cm. plus bas, afin de se réserver de la place pour pratiquer ultérieurement une gastro-entérostomie s'il était nécessaire.

Que penser de cette opération dans l'ulcère perforé de l'estomac?

Simon, qui en est un chaud partisan, puisqu'il l'a faite 14 fois sur 15 cas, admet qu'il est au moins utile d'ajouter à la suture de la perforation une opération de secours, destinée à soulager la suture, opération qui pourra être ou la gastro-entérostomie, ou la jéjunostomie. La première reconnaît comme indication les ulcères du pylore ou de la petite courbure avec phénomènes de sténose, à condition que l'opéré soit en bon état. Quant à la jéjunostomie, elle donne de bons résultats dans tous les ulcères, où qu'ils siègent : mais elle est particulièrement indiquée chez les opérés à mauvais état général, chez lesquels une opération rapide est de mise.

En somme, on peut dire que la jéjunostomie est une opération dirigée beaucoup plus contre la péritonite que contre l'ulcère : elle n'agit qu'indirectement sur celui-ci en mettant temporairement l'estomac en repos. Mais elle ne saurait nullement remplacer la gastro-entérostomie dans les cas où celle-ci présente des indications manifestes.

Elle ne saurait suppléer la suture de la perforation, puisque, dans les 4 cas où Simon n'a pu faire cette suture, les malades sont morts.

Peut-être a-t-elle une réelle et heureuse influence sur l'évolution de la péritonite. Notons, en effet, que dans un des cas mortels de von Eiselsberg il y avait une perforation non d'un ulcère, mais d'un cancer. Dans 4 cas de Simon, tous terminés par la mort, la perforation n'avait pas été suturée, parce que non trouvée ou inaccessible; dans un 5e cas, l'opération fut faite au bout de 48 heures chez un sujet de 54 ans; enfin le 6e cas (malade de 55 ans) ne succomba qu'au 16e jour.

Au contraire, les 7 derniers opérés de Simon ont tous guéri et pourtant tous n'étaient pas des cas excellents (3 cas opérés au bout de 24, 26 et 29 heures).

La jéjunostomie a-t-elle une action sur les suites éloignées de l'affection? C'est ce qu'il est encore bien difficile de dire parce que nous ne possédons pas à cet égard de résultats éloignés.

Gastro-entérostomie. — Compléter la suture de la perforation gastrique par l'établissement d'une gastro-entérostomie part d'une idée tout à fait juste. La guérison de maint ulcère gastrique et surtout duodénal nécessite l'établissement d'une dérivation gastro-jéjunale. Si on n'y a pas plus souvent recours, c'est que la perspective d'une intervention fait volontiers reculer le malade. Ici pourquoi ne pas profiter de ce que le ventre est ouvert pour pratiquer, après la suture de la perforation, une gastro-entérostomie qui se montrera peut-être nécessaire demain et qui en tous cas est utile dès aujourd'hui? Car la nécessité ultérieure de la G.-E. n'est pas la seule considération que fassent valoir ses partisans : ils insistent encore sur d'autres avantages immédiats.

En cas de perforation d'ulcère de l'estomac, la G.-E. présente deux séries d'avantages :

1° Elle améliore tout d'abord les résultats immédiats,

2° Elle améliore ensuite les résultats éloignés.

1° Sur les résultats immédiats, elle agit en diminuant la mortalité postopératoire de deux manières différentes :

A. En assurant la cicatrisation de la perforation et en la protégeant contre les risques de déhiscence immédiate.

B. En prévenant certaines complications secondaires : la perforation d'un nouvel ulcère ou les hémorragies intrastomacales.

2° Sur les résultats éloignés, elle agit de deux façons aussi :

A. Elle facilite la cicatrisation de l'ulcère perforé et des autres ulcères qui pourraient exister en même temps que lui.

B. Elle supprime les phénomènes de stase et rétablit une circulation correcte gastro-intestinale dans les cas où il existe un rétrécissement plus ou moins marqué du pylore ou du duodénum.

Que faut-il penser de ces avantages? Sont-ils réels et aussi marqués que le disent les partisans à outrance de la G.-E.?

Résultats immédiats. — Voyons d'abord pour les résultats immédiats.

A. Pour la perforation elle-même, en supprimant la tension intrastomacale, la G.-E. favorise la cicatrisation de la perforation : en soulageant la suture, elle empêche les fils mis dans un tissu souvent friable de couper; par suite elle évite que la perforation ne se rouvre presque immédiatement. En outre dans les cas où la perforation siège en un point anormal ou inaccessible, près du cardia par exemple, où la suture est impraticable et où il faut se contenter du tamponnement, la G.-E. permettrait la guérison. Il en serait de même dans les cas de perforations multiples où l'une d'elles serait passée inaperçue.

Que la G.-E. puisse jouer le rôle de soupape de sûreté vis-à-vis de la perforation suturée, cela n'est pas douteux. La question est de savoir jusqu'à quel point ce rôle est efficace et jusqu'à quel point indispensable.

La fréquence des perforations itératives, c'est-à-dire des cas où la suture a lâché et où la perforation s'est reproduite, est mal connue. Elles seraient très rares pour Eliot : sur 82 cas de suture simple d'ulcère gastrique perforé qu'il a réunis, dans aucun cas on n'observa de récidive immédiate de la perforation.

D'ailleurs c'est là pour Corner une éventualité peu à redouter : pour lui, en effet, mainte perforation qui semble fermée d'une façon tout à fait satisfaisante lors de l'opération ne l'est plus au bout de quelques heures et cependant les malades guérissent; d'où il conclut que la guérison est possible avec une perforation non ou mal fermée et maintenant il ne suture plus les perforations, se contentant de les isoler par un tamponnement sans faire de gastro-entérostomie, et il guérit ainsi ses malades.

Il n'est pas douteux qu'il y ait là une grande part d'exagération. Les déhiscences de sutures d'ulcères perforés ne sont pas exceptionnelles, et il ne saurait en être autrement étant donnés les conditions dans lesquelles on opère et l'état des tissus qu'on doit suturer.

Sur 26 cas mortels de R. Short, il y en a deux qui reconnaissent cette origine. Paterson accuse de la mort de huit de ses malades l'issue du contenu gastrique à travers les sutures de la perforation, soit

qu'il se soit fait une ulcération le long de la ligne de suture, soit qu'on ait pratiqué une invagination insuffisante.

Je n'en ai jamais observé chez les malades que j'ai moi-même opérés : mais je puis en citer un cas dans lequel j'ai dû intervenir pour semblable perforation. Il s'agissait d'un homme entré à l'hôpital Bichat en 1913 pour une péritonite consécutive à une perforation d'ulcère gastro-duodénal. L'opération fut pratiquée dès l'entrée par M. Morestin, qui sutura la perforation et lava largement à l'éther la cavité péritonéale. Les suites furent d'abord excellentes; mais au bout d'une huitaine de jours, je fus appelé d'urgence un matin auprès du malade qui la veille au soir avait brusquement présenté des signes de péritonite aiguë. Je trouvai le malade en plein collapsus et à l'intervention la cavité abdominale se montra remplie de contenu stomacal et de bile : je me contentai de drainer et le malade ne tarda pas à succomber. L'autopsie montra qu'il y avait un ulcère pyloro-duodénal perforé, mais, celle-ci ayant été faite incomplètement et hors de ma présence, je n'ai pu savoir si l'ulcère perforé était l'ancien ulcère qui avait été suturé ou un autre ulcère voisin.

Les perforations itératives existent donc : si elles ne sont pas très fréquentes, elles ne semblent cependant pas exceptionnelles.

Peut-on les éviter? Dans un certain nombre de cas sans doute, la perforation itérative eût pu être évitée par une suture mieux faite, par un enfouissement mieux exécuté et renforcé en appliquant par-dessus la suture les franges épiploïques plus ou moins développées que l'on rencontre presque toujours le long de la petite courbure ou même du grand épiploon. Malgré tout, il restera des cas où les tissus trop friables se laisseront mal suturer et couperont ultérieurement. Faut-il compter en pareil cas sur la G.-E. pour empêcher cette déhiscence ou pour en annihiler les effets?

La G.-E. n'empêchera la déhiscence de la suture qu'autant qu'elle s'opposera à la mise en tension de l'estomac en formant voie de dérivation. Or cela se produit bien dans les cas où l'ulcère siège au pylore ou dans son voisinage, mais, quand ils siègent sur le corps de l'estomac, il y a peu à compter sur cette action de dérivation de la G.-E. et on ne peut guère espérer qu'elle soulagera beaucoup la suture.

Mais peut-on espérer au moins que si la perforation se reproduit, la G.-E. l'empêchera d'avoir une action funeste et préviendra l'inondation du péritoine par le contenu gastrique. C'est ce que nous allons voir en examinant ce que donne la G.-E. dans les perforations qui n'ont pas été fermées.

Quand on intervient pour un ulcère perforé de l'estomac, on peut ne pas suturer la perforation pour trois raisons.

La première, exception faite pour le parti pris de ne pas la suturer, comme semble le faire Corner, parce que la suture est impraticable du fait des lésions (ulcère trop étendu et rigide, bords trop friables).

La deuxième parce que la perforation est inaccessible ou difficilement accessible (perforation juxtacardiaque).

La troisième enfin parce qu'elle n'est pas découverte.

Mais la manière dont on se comporte vis-à-vis d'elle diffère un peu dans les 3 cas. Dans les deux premiers, on connaît l'existence de la perforation : quelle que soit la raison pour laquelle on ne la suture pas, on la traite, cependant, soit par le tamponnement, soit par le drainage, soit par le cloisonnement du péritoine. En tous cas on s'efforce d'empêcher que le contenu gastrique qui pourra sortir de l'estomac se répande dans toute la cavité péritonéale et infecte toute la séreuse.

Or dans ces cas, suivant les chirurgiens, les uns ont fait la G.-E., les autres ne l'ont pas faite et les deux méthodes ont donné des bons résultats et des insuccès. Mais ici il faut sans doute faire jouer le rôle principal au tamponnement et, comme précédemment, la G.-E. ne fait vraisemblablement sentir son action que si la perforation est pylorique ou juxtapylorique. En tous cas, même en ce cas, elle ne paraît pas indispensable.

Dans le 3e cas, la perforation n'est pas reconnue, soit qu'elle soit unique et passe inaperçue, soit qu'elle soit double et qu'on n'en ait reconnu qu'une seule. Dans l'une comme dans l'autre hypothèse, on ne prend pas de mesure spéciale contre l'écoulement dans la cavité péritonéale du contenu gastrique ou au moins, si on fait quelque chose, on risque bien de le faire très incorrectement.

Peut-on dans ces cas, si on craint d'avoir laissé passer une perforation, essayer de pallier cet oubli à l'aide d'une G.-E.?

Il est des chirurgiens qui n'en doutent pas. C'est ainsi que Paterson va jusqu'à soutenir que, en cas de perforations multiples, on perd plus de temps à rechercher la deuxième perforation qu'à faire une G. E. qui lui permettra de guérir, et il cite 2 cas personnels de cette manière de faire avec 2 guérisons.

Wetterstrand recommande également la G.-E. dans les cas où on n'a pas pu fermer la perforation; il cite à l'appui 2 cas heureux, mais dans ces cas il avait fait le tamponnement, et dans un 3e cas où le tamponnement seul avait été fait sans G.-E., la guérison fut tout aussi bien obtenue.

Nous savons que, en pareil cas, Corner trouve la G.-E. inutile, ne la pratique pas et n'en a pas moins de bons résultats.

Rappelons, enfin, que Simon, dans 4 cas où il ne découvrit pas la perforation, fit une jéjunostomie et malgré la mise au repos de l'estomac perdit ses 4 malades.

En somme, de tous ces faits, il semble bien résulter la conclusion suivante. Quand l'ulcère est pylorique ou juxtapylorique (antre pylorique, duodénum), la G.-E. constituera une soupape de sûreté efficace; elle évitera la mise en tension de l'estomac, préviendra la déhiscence de la suture; en permettant une évacuation plus rapide de l'estomac, elle évitera souvent une inondation du péritoine par le contenu de l'estomac en cas de perforation non ou insuffisamment fermée. Mais quand l'ulcère siège sur le corps de l'estomac et laisse le pylore entièrement perméable et non spasmodiquement contracturé, la bouche gastro-jéjunale fonctionnera peu ou pas et on ne pourra compter sur son action protectrice vis-à-vis, soit de la suture, soit de la perforation béante.

B. Evite-t-on par la G.-E. complémentaire, soit la perforation d'autres ulcères de l'estomac ou du duodénum, soit une hémorragie pouvant se faire aux dépens de l'ulcère perforé ou d'autres ulcères? Il semble bien hasardeux de l'admettre.

Rappelons d'abord qu'il n'est pas exceptionnel, après une simple gastro-entérostomie d'observer, au cours des suites opératoires, une complication, soit de perforation de l'ulcère, soit d'hémorragie

parfois même mortelle. Dans un très intéressant travail de 1912, E. Eliot a réuni 13 cas de perforation d'un deuxième ulcère (gastrique, duodénal ou même jéjunal) survenue dans le cours du premier mois de l'opération, et 15 cas analogues où la perforation se manifesta plus ou moins longtemps après. Quant aux hémorragies, elles sont plus fréquentes encore : il n'en a pas recueilli moins de 31 cas, dont 24 dans le premier mois, et, sur ces 31 cas, 19 se terminèrent par la mort.

Il serait vraiment étonnant que le fait d'avoir suturé un premier ulcère perforé créât une immunité contre ces complications.

Par conséquent, qu'on ait fait simplement la suture ou qu'on lui ait adjoint une gastro-entérostomie, on pourra au cours de l'évolution voir survenir une nouvelle perforation ou une hémorragie. Reste à établir si cette complication est plus fréquente avec l'une ou l'autre de ces manières de faire, et si la différence impose l'intervention complémentaire.

Eliot s'est occupé de ce point et voici les résultats de ses recherches.

Pour les perforations, il a réuni 14 cas de perforation d'ulcère coexistant avec l'ulcère perforé, après simple suture, et 3 cas seulement de semblable complication après suture et gastro-entérostomie, le tout observé dans le premier mois ayant suivi l'intervention.

Les hémorragies donnent des chiffres singulièrement approchés : 10 cas après suture simple et 3 cas après suture et gastro-entérostomie.

A lire ces chiffres bruts il semblerait donc que la cause fût jugée. Tel n'est pas mon avis.

D'abord il convient de remarquer qu'une pareille statistique ne peut avoir de valeur qu'autant que les chiffres des complications se rapportent à un chiffre égal de cas observés. Or, rien ne nous dit qu'il en est bien ainsi. Il semble bien au contraire qu'on fasse plus souvent une suture simple qu'une suture complétée par une gastro-entérostomie; en tous cas il n'est pas douteux que, jusqu'à une période rapprochée de nous, c'est ce qui a été fait.

Et la preuve que ma remarque est bien fondée, je la tire du fait suivant.

Sur les 14 cas de perforation après suture simple et les 10 cas d'hémorragie, 12 cas de perforation et 8 cas d'hémorragie proviennent du travail de C. Brunner qui date de 1903. Si nous les écartons pour le motif bien simple que jusqu'alors on ne pensait guère à compléter la suture par la gastro-entérostomie, et si nous nous en tenons aux cas postérieurs à cette date, nous trouvons alors :

Suture simple.	2 perforations	2 hémorragies
Suture — G.-E.	3 perforations	3 hémorragies

Ce qui n'est guère en faveur de la G.-E.

Nous en conclurons que les chances de perforation ou d'hémorragies après suture d'un ulcère perforé sont relativement minimes et qu'elles ne semblent pas plus grandes qu'on ait fait ou non une gastro-entérostomie complémentaire. Corner fait même remarquer que la perforation d'un deuxième ulcère semble moins fréquente que la perforation d'un ulcère jéjunal, celle-ci spéciale à la gastro-entérostomie.

En résumé, que devons-nous penser de l'utilité de la G.-E. pour améliorer les résultats immédiats?

Certains auteurs, Eliot et Corner en particulier, admettent qu'elle est complètement inutile et qu'il convient de la rejeter dans tous les cas ou à peu près. « Après avoir compulsé tous les protocoles d'autopsie publiés que j'ai pu trouver, dit Eliot, je n'ai pas trouvé un cas de mort qui puisse en quelque manière être attribué à l'omission de la G.-E. primitive. »

D'autres chirurgiens sont d'un avis contraire. R. Short publie 4 cas de morts postopératoires dues 2 fois à une deuxième perforation passée inaperçue à l'intervention, et 2 fois à la réouverture de la perforation suturée; dans ces 4 cas la G.-E. eût peut-être évité la terminaison fatale.

Paterson cite 13 cas de mort dus :

1° A plusieurs ulcères simultanés ayant causé 2 fois la mort par perforation d'un ulcère autre que l'ulcère perforé;

2° A une gastrorragie mortelle (3 cas) survenue au bout de 9, 12 et 15 jours, 1 fois par suite d'une deuxième ulcération, 2 fois au niveau de l'ulcération perforée;

3° A l'issue du contenu gastrique à travers la suture de la perforation (8 fois).

Voici donc, dit Paterson, 13 cas où la G.-E. eût pu sauver la vie de l'opéré.

La vérité nous paraît être dans un juste milieu. L'opinion d'Eliot est parfaitement exagérée, comme le prouvent les faits de Short et de Paterson. Mais je doute également que la G.-E. ait sauvé les 13 opérés de ce dernier.

En tant que pratique générale, la G.-E. n'a dans l'amélioration des résultats immédiats qu'une utilité contestable. Inutile dans la plupart des cas d'ulcère gastrique, elle semble indiquée, au contraire, en cas d'ulcère pylorique ou duodénal, mais il ne semble pas que, même dans ce cas, son omission puisse être considérée comme une faute.

Il est cependant une indication sur laquelle tout le monde est d'accord ou à peu près : c'est la nécessité de la G.-E. complémentaire quand la suture de la perforation entraîne un rétrécissement de l'estomac ou du duodénum. C'est une complication peu à redouter quand l'ulcère siège sur l'estomac proprement dit. Mais il n'en est pas de même quand l'ulcère siège au pylore même ou sur le duodénum; ici la suture risque bien souvent de réduire notablement la lumière du viscère. Aussi doit-on se comporter comme en présence de tout rétrécissement pylorique, c'est-à-dire dériver le contenu gastrique vers le jéjunum par une G.-E. Ici la G.-E. a le double avantage d'épargner à la suture les tiraillements dus aux contractions violentes de l'estomac pour lutter contre l'obstacle, en même temps qu'elle rétablit la libre circulation des aliments.

Résultats éloignés. — Au point de vue des résultats éloignés, l'utilité de la G.-E. me paraît beaucoup mieux établie, si nous nous en rapportons à la seule manière de s'en rendre compte, je veux dire l'étude des résultats éloignés des interventions pour ulcères perforés.

Il est peu intéressant d'étudier les cas isolés et de les accumuler; mieux vaut avoir recours aux statistiques intégrales de quelques chirurgiens. Elles ne sont malheureusement pas très nombreuses, car les résultats éloignés sont généralement difficiles à retrouver.

Voyons d'abord les résultats obtenus par la simple suture de la perforation.

French (cité par Corner), sur 18 cas, aurait eu 15 bons résultats (83 p. 100) et 3 mauvais (17 p. 100).

Crisp English, sur 17 cas, indique 2 bons résultats, 4 médiocres (dyspepsie légère, améliorable par

le traitement médical) et 1 mauvais (par adhérences péritonéales étendues).

Paterson, sur 33 cas, a 16 bons résultats (48 p. 100) et 17 médiocres ou mauvais (52 p. 100). Ces derniers se décomposent en :

1 mort au bout de 21 mois d'une nouvelle perforation ;
2 durent subir ultérieurement une G.-E. ;
9 présentent des signes d'ulcère ;
9 ont des troubles de simple dyspepsie.

Moynihan, en 1905, sur 6 cas, accusait 6 rechutes ayant nécessité une G.-E. En 1907, il publiait 5 cas avec 4 bons résultats éloignés et 1 résultat bon, mais après G.-E. secondaire.

Morton, sur 7 cas, a 3 bons résultats, 2 résultats bons mais récents et 2 médiocres.

Rendle Short, sur 19 cas, en a 4 bons, 11 médiocres, 4 mauvais. Les 11 résultats médiocres sont caractérisés par des troubles dyspeptiques et des vomissements, généralement revenant par crises périodiques, mais sans entraîner d'incapacité de travail.

Des 4 mauvais résultats, l'un semble dû à une énorme éventration postopératoire, 2 autres subirent une G.-E. secondaire avec guérison pour l'un, grande amélioration pour l'autre.

Ellsworth Eliot, sur 9 résultats éloignés, en a 7 bons, 1 mauvais et 1 bon après G.-E. secondaire.

Wagner donne deux résultats, l'un bon, l'autre mauvais au bout d'un an, l'opéré se plaignait de dyspepsie et de faiblesse générale : il s'agissait dans ce cas d'un ulcère juxtapylorique de la paroi antérieure.

Corner, depuis 1907, a pu revoir 40 malades opérés par simple suture d'un ulcère gastrique perforé. Sur ces 40 malades, un tiers était complètement guéri, les autres opérés présentent des troubles dyspeptiques, ont de la peine à vaquer à leurs occupations, sont nerveux, déprimés, doivent constamment surveiller leur alimentation.

J. Morley, sur 41 cas traités seulement par la suture, compte :

22 opérés en bonne santé.
11 — en meilleure santé qu'avant l'opération quoique conservant quelques troubles gastriques.
3 gastro-entérostomisés secondairement avec un bon résultat.
2 présentant des troubles qui exigeront probablement une intervention.
1 opéré ultérieurement d'une deuxième perforation et en bonne santé depuis lors.
2 morts, dont un d'une récidive de sa perforation.

Borchgreving, en 1919, sur 5 malades survivants sur 8 cas opérés, note que trois fois il fallut faire une gastro-entérostomie secondaire à cause de la persistance ou de l'aggravation des troubles provoqués par l'ulcère.

Enfin, s'il nous est permis de nous citer, sur nos 3 opérés, nous comptons 2 bons résultats et 1 médiocre, mais la malade n'avait suivi aucun régime.

Les résultats obtenus par l'adjonction à la suture de la G.-E. primitive sont généralement bons. Malheureusement, ils sont encore en bien petit nombre.

Paterson..	2 cas	Etat excellent après 2 ans et 15 ans.
R. Short..	2 cas	Guérison définitive.
Wagner...	1 cas	En excellent état au bout de 2 ans.
Moynihan.	1 cas	Guérison définitive.
Lecène....	2 cas	Bon résultat au bout de 6 mois et 2 ans.
Deaner...	3 cas	Bons résultats dont 2 au bout de 4 ans.
Morley...	6 cas	1 mort au bout d'un mois (probablement abcès sous-phrénique). 3 en bonne santé. 2 en meilleure santé qu'avant l'opération, mais conservant quelques troubles gastriques.

De cet exposé, il résulte donc clairement que les résultats éloignés sont meilleurs quand la G.-E. a été jointe à la suture de la perforation. A y réfléchir, il ne pouvait guère en être autrement.

En effet, dans aucun cas à peu près la G.-E. ne saurait être nuisible : tout au plus serait-elle simplement inutile dans la plupart des cas d'ulcères gastriques, mais alors les résultats éloignés ne seront ici ni meilleurs, ni plus mauvais qu'en cas de suture simple. Au contraire dans les ulcères pyloriques ou duodénaux la G.-E. est réellement utile et alors les résultats n'en peuvent qu'être bons. Donc, dans une statistique un peu étendue, les résultats donnés par la G.-E. jointe à la suture ne peuvent en général qu'être supérieurs à ceux de la suture simple.

Nous n'hésiterions donc pas à nous ranger parmi les partisans de la G.-E. à outrance, s'il n'y avait à la médaille un revers dont il nous faut dire deux mots maintenant.

Le gros reproche à faire à la G.-E. primitive, c'est sa gravité. Les dangers qu'elle fait courir à l'opéré sont multiples, mais il faut convenir que la plupart sont imaginaires.

N'a-t-on pas soutenu par exemple l'échec fatal de l'opération sous prétexte que les tissus enflammés ne se prêtent pas à une opération plastique. On a aussi accusé la G.-E. de porter l'infection dans des régions souvent indemnes, spécialement dans l'arrière-cavité des épiploons. Ce reproche ne nous semble pas fondé. D'une part, la région sous-mésocolique, sur laquelle on opère, est habituellement peu infectée ; le danger d'infecter l'arrière-cavité s'en trouve diminué d'autant. Puis la suture du cône stomacal à la brèche mésocolique barre la route à l'infection. En fait, on n'a pour ainsi dire jamais observé cette complication, ce qui suffit à justifier l'opération.

Ce qui se pourrait soutenir plus raisonnablement, c'est qu'on diminue les chances de guérison du malade des risques propres à la G.-E. De fait dans un cas de R. Short, la mort fut la conséquence d'une faute de suture de la G.-E. qui permit l'écoulement dans l'abdomen du contenu gastrique. Mais en réalité les dangers de la G.-E. sont si minimes qu'ils disparaissent devant ses avantages.

Le principal argument contre la G.-E., c'est qu'elle prolonge l'intervention et diminue d'autant les chances de guérison. Il n'est pas douteux, en effet, que pour une bonne part la guérison ne tienne à la rapidité de l'acte opératoire et cela est d'autant plus vrai que l'état du malade est plus précaire et l'évolution des lésions plus avancée au moment où on intervient. Il n'est donc pas sans danger réel pour le malade de prolonger les manœuvres en faisant une gastro-entérostomie.

Les partisans systématiques de la G.-E. n'admettent pas cette objection et prétendent que la question de rapidité opératoire a bien son importance, mais qu'il convient de ne pas l'exagérer.

Discutant cette objection, Paterson dit : « La G.-E. avec sutures demande de 5 à 7 minutes. Si le patient n'est pas en état de supporter semblable prolongation de l'opération, il a vraiment bien peu

de chances de guérir. » Cette manière de voir est très discutable.

D'abord il faudrait qu'il soit bien prouvé qu'ajouter une G.-E. à la suture de la perforation, c'est simplement prolonger l'opération de 5 à 7 minutes. Or, si à la rigueur pareille rapidité peut être obtenue entre les mains d'un opérateur particulièrement habile et entraîné à la chirurgie gastro-intestinale, il n'en sera certainement pas de même entre toutes les mains. Et Eliot fait observer avec beaucoup de raison que les interventions pour ulcère perforé de l'estomac sont des interventions de pratique journalière et qu'elles incombent, par suite, à toute sorte de chirurgiens et non pas seulement aux virtuoses. Lui-même avoue franchement que dans les cas semblables l'opération dure de 65 à 75 minutes au lieu de 20 à 40 minutes quand il se contente de la simple suture.

Il ne faut pas oublier que ces malades opérés en état grave sont habituellement en pleine péritonite avec anses intestinales distendues. Je doute qu'en pareil cas la G.-E. prolonge de 7 minutes seulement la durée de l'intervention.

Accordons même à Paterson ses 5 à 7 minutes. La question est alors de savoir si vraiment cette prolongation n'expose pas la vie de l'opéré. Mais il s'agit ici d'une question d'espèce et la réponse ne peut être donnée qu'en mettant en balance les dangers qu'on fait courir au malade et les avantages qu'il en retirera.

Il y aurait bien, semble-t-il, un moyen de trancher la difficulté, ce serait de relever les statistiques et de voir *quelle est la gravité comparée de la suture simple et de la suture avec gastro-entérostomie.*

Ce travail, je l'ai fait et je vais en donner les résultats. Mais je ne crois pas qu'il soit possible d'établir ainsi une comparaison entre les deux manières de faire, parce qu'il faudrait ne comparer que des cas pris dans des conditions analogues. C'est qu'en effet il est peu de chirurgiens fanatiques à ce point de la G.-E. qu'ils la pratiquent dans tous les cas où ils sont appelés à intervenir pour ulcère perforé. En général la G.-E. n'est faite que sur des patients encore en bon état, au début de la crise, lorsqu'il n'existe pas encore de péritonite. Dans les cas graves on ne s'en soucie généralement pas. Il en résulte que le bilan de la suture simple est grevé de tous les mauvais cas tandis que la suture avec G.-E. ne se pratique guère que dans les bons cas.

Un regard sur les chiffres suivants, qui expriment le nombre de G.-E. pratiquées par rapport au nombre total des interventions, nous édifiera à cet égard :

Caird.........	3	G.-E.	sur	25	cas opérés
Mays.........	5	—		27	cas
Körte.........	9	—		19	cas
Wagner.......	3	—		15	cas
Wetterstrand..	14	—		60	cas
Moynihan.....	1	—		6	cas
Morley........	6	—	guéries sur	47	cas guéris
Paterson......	2	—	— —	35	—
Rendle Short..	3	—	sur	58	opérés.
Brunner......	3	—		319	
Brentano.....	16	—		22	
Gibson.......	17	—		74	
Krœgius......	30	—		129	
Deaver.......	54	—		56	

Il nous semble donc bien difficile de faire une comparaison fructueuse dans ces conditions.

Voici maintenant les résultats que donne la gastro-entérostomie :

Chirurgiens.	Nombre des cas opérés.	Mortalité.	Nombre des G.-E.	Guérisons.	Mortalité.
Lecène........	5	0	4	4	0
Rendle Short..	58	45 p. 100	3	2	33 p. 100
Brentano......	22	45 p. 100	16	11	31 p. 100
Deaver........	25	4 p. 100	23	23	0
Wagner	15	40 p. 100	3	1	66 p. 100
Wetterstrand..	60	45 p. 100	14	10	28 p. 100
Körte.........			9	7	22 p. 100
Brunner			3	2	33 p. 100
Gibson........	74	—	17	15	11,7 —
Deaver.......	56	4,5 p. 100	54		
Soc. de ch., 1920.	24	29 p. 100	7	5	29 p. 100

Eliot, dans son travail, a réuni :

82 cas de suture simple avec 54 guérisons M = 34 p. 100
51 cas de suture + G.-E. 33 guérisons M = 35,3 p. 100

Il semble donc, d'après les statistiques des divers auteurs, que la mortalité dans les cas de suture et G.-E. soit légèrement inférieure à celle de la mortalité globale et par suite de la mortalité des cas de suture simple. Nous avons déjà vu comment il faut expliquer ce fait. Il est bien probable que, si dans les cas de suture et G.-E. on se fût contenté d'une simple suture, la mortalité n'eût pas été plus élevée et même se fût sans doute abaissée.

Par suite, il me paraît impossible de tirer la moindre conclusion de ces chiffres. Tout ce qu'on peut dire c'est que, dans les cas bien choisis, la G.-E. unie à la suture ne présente pas de gravité marquée.

En résumé, on peut accepter la G.-E. primitive dans les cas au début opérés dans de bonnes conditions. « Lorsqu'on intervient précocement, la G.-E. est toujours à recommander. » (Lecène.) On doit la rejeter, au contraire, dans les cas avancés.

Enfin, un dernier reproche qu'on fait à la G.-E. primitive, ou plus exactement à la G.-E. primitive faite de parti pris dans tous les cas, c'est d'exposer à pratiquer bien souvent une opération inutile.

Nous avons vu que, à la suite de la suture simple de la perforation, dans un nombre relativement considérable de cas, les résultats éloignés sont bons; c'est la preuve que, en pareil cas, une G.-E. était inutile.

D'autre part, même quand on voit des troubles gastriques survivre à l'opération, il n'est pas rare qu'ils disparaissent au bout d'un temps plus ou moins long (plus d'un an, Parsons, Corner) et que le malade guérisse par le seul traitement médical sans rechute ultérieure.

Il ne faut pas croire d'ailleurs que la G.-E. soit infaillible contre les troubles gastriques consécutifs à l'ulcère. On a vu des ulcères récidiver malgré elle. Enfin, il y a toujours la possibilité du développement d'un ulcère peptique du jéjunum.

A côté de ces troubles organiques il faut encore signaler d'autres troubles psychiques. Corner fait remarquer que la perforation de l'estomac s'accompagne souvent d'un choc nerveux intense, d'où grande tendance des malades à devenir neurasthéniques et à ne plus pouvoir reprendre leurs occupations. Cela explique certains cas de douleurs et de dyspepsie où l'on voit les accidents disparaître sous l'influence d'une émotion ou d'un changement d'attention, sous l'influence du mariage par exemple.

Corner recommande la plus grande prudence dans ces cas; la G.-E. a les plus grandes chances d'échouer, s'il s'agit de neurasthénie; en effet, les

malades qui ont subi la G.-E. deviennent aussi bien neurasthéniques que ceux dont la perforation a été seulement suturée.

Aussi comprend-on facilement l'opinion des auteurs qui se refusent à toute gastro-entérostomie primitive et se réservent d'intervenir secondairement si le besoin s'en fait sentir, soutenant non sans raison que, grâce à cette conduite, ils favorisent la guérison de la péritonite par perforation et qu'ils évitent souvent une intervention inutile ou du moins la pratiquent à meilleur escient et dans de meilleures conditions.

Comme le fait remarquer Corner, il est meilleur pour le patient de subir secondairement une G.-E. quand celle-ci est indiquée que d'ajouter au danger de l'intervention primitive celui d'une G.-E. qui peut être inutile.

Cette G.-E. secondaire pourra être précoce, c'est-à-dire pratiquée quelques jours après la suture lorsque le sort du malade se trouve désormais nettement orienté vers la guérison et que tout danger de péritonite est écarté.

Elle sera tardive, au contraire, dans les cas où on attend pour la pratiquer que le besoin s'en fasse sentir.

Evidemment, cette manière de faire expose au reproche de nécessiter 2 interventions, mais elle est plus sûre. Eliot a réuni 38 cas où la persistance de troubles gastriques après suture simple de la perforation a nécessité pour leur guérison une G.-E. secondaire. Dans tous ces cas, une G.-E. primitive eût évité cette deuxième intervention, mais on peut se demander si l'adjonction de cette opération n'eût pas provoqué quelques décès dans cette série.

Indications et contre-indications. — Après avoir ainsi exposé les avantages et les inconvénients de chacune de ces méthodes, nous devons maintenant examiner les indications et contre-indications de chacune d'elles.

Nous verrons d'abord quelles sont les indications de la G.-E., puis dans quel cas on devra faire la G.-E. primitive et dans quels cas la G.-E. secondaire.

Les indications de la G.-E. sont de 2 ordres : les unes tiennent aux conditions de la perforation, les autres à l'ulcération elle-même.

Les indications de la G.-E. tirées des conditions de la perforation dérivent de ce que nous avons dit de son influence sur la cicatrisation de cette perforation.

Toutes les fois que la suture crée un rétrécissement, soit du pylore, soit du duodénum, soit, ce qui est beaucoup plus rare, de l'estomac, il est indispensable de faire une G.-E. au-dessus du rétrécissement parce qu'on empêche ainsi la suture d'être exposée aux tiraillements dus aux contractions violentes de l'estomac destinées à surmonter l'obstacle, en même temps qu'on rétablit la libre circulation des aliments.

Dans les cas où la suture est exécutée dans de mauvaises conditions (siège de la perforation, induration et friabilité de l'estomac, etc.), et où, par suite, on peut craindre pour sa solidité et son étanchéité, la G.-E. est un adjuvant utile et qui rendra d'autant plus de services que l'ulcère siège davantage dans la région pylorique ; dans les ulcères gastriques et surtout cardiaques, son utilité est beaucoup plus contestable.

Dans les cas où on craint la coexistence d'une deuxième perforation, perforation qui n'est pas toujours facile à découvrir, à tel point que Paterson soutient qu'on perd plus de temps à la rechercher qu'à pratiquer une G.-E. qui permet de la guérir, dans les cas où, par suite de la situation inaccessible de l'ulcère, la perforation ne peut être suturée, les indications de la G.-E. sont plus discutables. En fait, tandis que pour Paterson elle suffit à guérir des perforations non suturées, pour d'autres chirurgiens (Corner, par exemple), elle n'est nullement nécessaire ; en pratiquant l'exclusion de la région suspecte ou lésée et en drainant on obtient d'aussi bons résultats.

La vérité nous paraît intermédiaire à ces deux opinions exagérées et il nous semble inutile de toujours recourir à la G.-E. comme de toujours la rejeter. Vouloir que la G.-E. guérisse les perforations ouvertes de l'estomac sans aucun autre traitement, c'est peut-être lui demander beaucoup.

Dans les perforations cardiaques ou juxtacardiaques, un tamponnement bien fait et une diète prolongée quelques jours seront tout aussi efficaces, sinon davantage pour permettre la création d'adhérences protectrices. Il pourrait en résulter une fistule gastrique, mais on sait que ces fistules de la portion haute de l'estomac guérissent presque toujours spontanément en un temps relativement court.

Au contraire en cas de perforation pylorique, la G.-E. est absolument indiquée.

Dans tous les cas enfin de suture correctement exécutée et qui ne gêne en rien la circulation des aliments, la G.-E. est parfaitement superflue pour la cicatrisation de la perforation.

En résumé, du fait des caractères de la perforation et des conditions de son traitement, on peut dire que la G.-E. : est indiquée dans tous les cas où la suture provoque un rétrécissement; dans tous les cas où on a des doutes sérieux sur son étanchéité; dans la plupart au moins des cas où la perforation ne peut être suturée ou quand on en craint une autre qu'on n'arrive pas à découvrir;

Est inutile dans les cas de suture correcte et ne provoquant pas de rétrécissement.

Les indications de la G.-E. tirées des caractères mêmes de l'ulcération ne sauraient nous arrêter beaucoup : le fait de la perforation de l'ulcère ne change rien aux indications ordinaires.

Par conséquent on pratiquera la G.-E. en cas d'ulcère perforé, dans tous les cas où la G.-E. eût été indiquée en l'absence de perforation et on s'en abstiendra dans tous les cas où on s'en fût abstenu dans cette condition.

A cet égard, il y a des cas où l'indication est formelle : ce sont en premier rang ceux où existe un rétrécissement pylorique ou sous-pylorique très serré; puis ceux où on rencontre un rétrécissement peu marqué ou du spasme du pylore, un ulcère pylorique ou juxtapylorique, un ulcère calleux ou invétéré, quel qu'en soit le siège, ceux enfin où l'ulcère a déjà provoqué diverses complications, des gastrorragies en particulier.

A côté de ces cas, on en trouve d'autres où l'indication de la G.-E. est douteuse; ce sont les cas où l'ulcère siège haut sur la petite courbure, sur les faces de l'estomac en dehors de la région pylorique, et surtout près du cardia, en somme tous les cas où la valeur thérapeutique de la G.-E. est discutée.

Gastro-entérostomie primitive ou gastro-entérostomie secondaire. — *Après avoir ainsi exposé les indications générales de la G.-E. il nous reste à*

voir dans quels cas il convient de la faire primitive et dans quels autres cas elle sera seulement secondaire.

Tout d'abord nous pouvons dire que, lorsque la G.-E. est indiquée par les conditions de la perforation et non par l'ulcère, elle doit toujours être faite primitive. Cela va de soi, puisque ici elle a pour but spécial de permettre la guérison de la perforation; ce n'est pas quand celle-ci est réalisée qu'il y a lieu d'y recourir. Nous verrons seulement plus loin dans quels cas, même ici, la G.-E. est contre-indiquée.

Quand les indications de la G.-E. sont tirées des caractères mêmes de l'ulcère, en dehors de toute question de perforation, les indications sont moins pressantes et la G.-E. primitive devient contestable.

Il convient de distinguer 3 catégories de cas :

1° Les cas où la G.-E. primitive est formellement indiquée.

2° Les cas douteux.

3° Les cas où elle est contre-indiquée.

1° Les cas où la G.-E. primitive est *formellement indiquée* sont rares. Ce sont uniquement ceux où il existe une sténose pylorique ou sous-pylorique, surtout si celle-ci est anatomique, c'est-à-dire de nature cicatricielle, mais aussi s'il s'agit simplement d'une contracture, d'un spasme permanent. Plus la sténose est étroite, moins est contestable la nécessité de ne pas retarder la G.-E. qui a le double avantage de rétablir d'emblée le cours des aliments et d'assurer la bonne cicatrisation de la suture.

2° *Cas douteux.* — Dans tous les autres cas la G.-E. immédiate est discutable. Non pas qu'elle ne se présente souvent comme une opération nécessaire, indispensable même, mais parce qu'ici rien ne presse et qu'une G.-E. secondaire, mais précoce pratiquée, dès que le malade est hors de danger peut présenter une gravité bien moindre, tout en ayant la même heureuse influence.

Mais pour choisir entre la G.-E. secondaire précoce et la G.-E. secondaire tardive, il convient de tenir compte de l'urgence et des indications.

Dans les cas d'ulcère du duodénum, du pylore, de l'antre pylorique, dans tous les ulcères calleux, dans les ulcères qui saignent, la G.-E. s'impose comme mode de traitement. Si donc elle n'a pas été faite primitive, elle sera faite secondaire, mais précoce.

Au contraire dans les cas d'ulcère des faces de l'estomac, surtout dans les ulcères de la région cardiaque, les indications sont beaucoup moins pressantes. Et dans ces cas il y a lieu d'attendre ce que donnera un traitement médical bien conduit : on n'interviendra que devant la persistance ou la récidive des accidents stomacaux.

A ce point de vue, l'étude des anamnestiques du malade pourra rendre grand service. Si avant la perforation il n'existait aucun trouble stomacal; il n'y a pas d'indication nette à la G.-E. Souvent dans ces ulcères, la perforation marque la fin de l'évolution de l'ulcère; après l'opération la guérison est parfaite et définitive; par suite la G.-E. est inutile.

Si, au contraire, la perforation n'a été que la terminaison d'une longue évolution ulcéreuse évidente, s'il y a déjà eu des complications telles que gastrorragies, on devra ne pas retarder la G.-E. plus que ne l'exige la guérison de la péritonite par perforation.

3° *Contre-indications.* — En réalité il n'y a qu'une contre-indication formelle à la G.-E. primitive, c'est la gravité de l'état de l'opéré, gravité qui se mesure à la fois à l'étendue des lésions péritonéales et à la diminution de résistance vitale du malade.

Quoi qu'en aient pu dire quelques chirurgiens comme Paterson, il est indiscutable que la prolongation de l'opération chez les malades épuisés, ne fût-elle même que très minime, constitue une augmentation notable de la gravité de l'intervention.

Aussi presque tous les chirurgiens sont-ils d'accord sur ce point qu'il convient de rejeter toute G.-E. primitive dans les cas où le malade présente une résistance insuffisante et où existe une péritonite diffuse étendue ou généralisée. Et c'est là l'opinion, non seulement de ceux qui rejettent formellement la G.-E. primitive dans tous les cas ou à peu près (von Eiselsberg, Martens, Eliot, Corner), mais encore, ce qui est plus précieux, de tous ceux qui, éclectiques, en sont partisans dans des cas déterminés (Wagner, Krogius [Watterstand], von Hacker [Finsterer], Küttner, Morley, etc.). Tel a été l'avis général à la dernière discussion de la Société de chirurgie.

Mais comme en médecine rien n'est absolu, ces deux conditions (péritonite diffuse et résistance insuffisante) présentent des degrés et c'est au sens clinique du chirurgien de savoir mettre en balance l'état de l'opéré et les exigences de la situation, pour voir si le bénéfice immédiat à tirer de l'opération complémentaire l'emporte sur l'aggravation qui résultera de la perte de temps qu'elle entraîne.

Plus formelle est, en effet, l'indication d'une G.-E. primitive, plus il faudra pour ne pas y obéir que soient graves les contre-indications. Il est certain, par exemple, que si la suture de l'ulcère doit provoquer l'imperméabilité absolue du pylore ou du duodénum, il faudra que la gravité de l'état général soit grande pour qu'on rejette la G.-E. immédiate, tandis qu'un état général simplement sujet à caution fera omettre cette intervention, s'il n'y a qu'un rétrécissement large et encore perméable.

D'ailleurs il convient de tenir grand compte du facteur personnel et avant tout de l'habileté du chirurgien et surtout de son entraînement en chirurgie gastro-intestinale. Telle G.-E. qui, entre les mains d'un virtuose, ne demandera que 5 à 10 minutes pourra en réclamer le double ou le triple entre les mains d'un autre chirurgien moins exercé. Et comme ici le temps est facteur d'importance, on comprend comment dans le même cas l'un n'hésitera pas à pratiquer une G.-E. à laquelle se refusera l'autre.

Et même il faut encore tenir compte des conditions matérielles. Si on dispose d'un bouton anastomotique de Jaboulay avec lequel l'anastomose ne demande que quelques minutes, on pratiquera plus volontiers la G.-E. que s'il faut avoir recours aux sutures, procédé meilleur, mais plus long. La prolongation de l'intervention devient alors si minime que, s'il y a indication nette à la G.-E., il faut un état particulièrement grave du patient pour lui refuser le bénéfice de cette opération complémentaire.

Mais à condition qu'on s'en tienne aux indications formelles, je ne comprends pas bien les objections d'Eliot que, après anastomose au bouton, l'orifice pourrait s'obstruer à la longue, surtout si le pylore redevient perméable, ce qui n'arrive guère en cas de sutures.

La question est de savoir si, quand il y a indication formelle à faire une G.-E. immédiate, il vaut mieux obéir à cette indication à l'aide d'un procédé moins bon qu'attendre afin de pouvoir utiliser un meilleur procédé.

En *résumé*, la G.-E. primitive sera rejetée dans

tous les cas graves où il importe d'opérer le plus rapidement possible et où elle risquerait d'assombrir le pronostic.

Elle sera pratiquée dans tous les cas où elle est indiquée nettement : rétrécissement pylorique ou duodénal, ulcère de la région pylorique ou du duodénum, ulcus invétéré, gastrorragies, mais sous réserve que l'état général du patient et l'étendue des lésions péritonéales l'autorisent. En cas de doute, il vaudra sans doute mieux s'abstenir, sauf au cas où l'indication est formelle (rétrécissement pylorique très marqué), auquel cas on pourra se montrer plus hardi.

La G.-E. secondaire précoce doit vivre à la fois des indications et des contre-indications de la G.-E. primitive; c'est à elle qu'on aura recours dans tous les cas où une G.-E. est indiquée, mais où, pour une raison quelconque, on a cru devoir y surseoir au moment de l'intervention primitive. Pratiquée au bout de quelques jours, elle présente tous les avantages de l'opération, sauf l'action de celle-ci sur les suites opératoires; mais comme à ce moment les malades se sont remontés, et les signes péritonéaux ont disparu, l'opération se passe dans de bien meilleures conditions pour le succès.

Enfin, on pourra attendre pour intervenir qu'une indication nette se pose dans tous les cas où il n'y en a pas, au moment de l'opération, ulcère gastrique proprement dit, de date récente, n'ayant pour ainsi dire donné lieu jusqu'ici à aucun symptôme, etc. Nous avons vu combien il était fréquent que ces ulcères guérissent définitivement par la seule suture; il semble donc inutile, en pareil cas, de recourir à une opération supplémentaire.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 5 JUILLET 1920)

Sur une réaction de l'acide benzoïque fondée sur sa diazotation; son application à la recherche toxicologique de l'atropine, de la cocaïne et de la stovaïne. — M. Marcel GUERBET.

Sur l'épuration des eaux d'égout par les boues activées. — M. R. CAMBIER. Le sulfure de fer contenu normalement ou artificiellement introduit dans la boue paraît être un important facteur de l'action épurante et nitrifiante que cette boue présente à l'égard de l'eau d'égout.

Action physiologique de l'éther diméthylique dichloré symétrique. — MM. André MAYER, L. PLANTEFOL et A. TOURNAY.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 26 JUIN 1920)

Sur la nature du pigment rouge des crustacés. — M. J. VERNE. Le pigment rouge que l'on rencontre en abondance chez les crustacés, spécialement chez les décapodes, n'a pas été étudié jusqu'à présent quant à sa nature. Ses réactions le rapprochant du carotène végétal, l'auteur a utilisé les méthodes d'extraction et de purification indiquées en technique végétale par Arnaud et Escher. Il a obtenu un produit cristallisé que l'analyse élémentaire lui a montré être un hydrocarbure tout à fait analogue sinon identique au carotène et comme lui d'une oxydabilité extrêmement grande.

La destinée de l'huile injectée dans les vaisseaux. Son accumulation dans les organes. — MM. H. BUSQUET et Ch. VISCHNIAC. L'huile d'olive injectée dans le sang disparaît du liquide circulant malgré la ligature des uretères et du canal cholédoque; il ne s'agit donc pas d'une disparition par excrétion dans le monde extérieur. L'huile, non saponifiée, se retrouve en abondance dans le rein; il est donc permis de conclure que le sang s'en débarrasse grâce à une fixation du corps gras sur les tissus. Le foie, considéré comme l'organe fixateur des corps gras par excellence, ne paraît pas jouir de la même propriété vis-à-vis de l'huile introduite par voie intraveineuse.

Les fibres musculaires de la veine centrale de la surrénale. — M. PINDARI.

Cancer du rat. — M. RAFFO.

Présentation d'un oculocompresseur manométrique. — M. ROUBINOVITCH. Après avoir établi, en mai 1916, un premier modèle de compresseur oculaire pour l'étude du réflexe oculo cardiaque et dont la présentation a été faite alors à l'Académie des sciences par M. Charles Richet, l'auteur a continué l'étude du perfectionnement et de la simplification de cet appareil manométrique, il se compose d'un bandeau frontal en cuir ou tissu inextensible, muni, sur sa face interne, de deux pochettes ovales en caoutchouc; de ces deux pochettes partent des tubulures coudées auxquelles s'adaptent des tubes en caoutchouc résistant. L'insufflation de chaque pochette pneumatique est rendue indépendante au moyen d'un petit robinet intercalé sur chacun des conduits qui relient les pochettes. Les tubulures communiquent à un raccord en T pour aboutir ensuite à un tube unique au bout duquel se trouve un robinet à 3 voies. Ces 3 voies permettent la communication des pochettes avec un manomètre et une poire d'insufflation. Pour se servir de cette appareil, il n'y a qu'à appliquer le bandeau frontal de façon à ce que les pochettes touchent les globes oculaires. Le bandeau, une fois placé, est fixé derrière la tête au moyen d'une boucle à ardillon. On s'assure ensuite de l'ouverture des divers robinets et on comprime la poire à insufflation en se guidant par le manomètre à mercure : on peut comprimer ainsi les globes oculaires depuis 1 jusqu'à 30 ou 35 cm. de mercure.

Cet oculocompresseur manométrique permet d'obtenir une compression des globes oculaires, souple, régulière, progressive ou régressive, mesurable, comparable, durable et aseptique.

Parmi les particularités qui caractérisent cet oculocompresseur manométrique, il en est qui méritent d'être signalées plus spécialement. A un certain degré de compression oculaire, variable avec chaque individu, on obtient des oscillations de l'aiguille manométrique isochrones au pouls radial. On observe ainsi les battements de l'artère ophtalmique. On peut aussi, rien que par l'évaluation chronométrique des oscillations de l'aiguille manométrique se rendre compte des modifications du pouls ophtalmique sous l'influence de compressions plus ou moins intenses.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS, — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.



N° 64. — MARDI 20 & JEUDI 22 JUIL. 1920. 93e ANNÉE. MARDI 20 & JEUDI 22 JUIL. 1920. — N° 64.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HOPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 16 juillet. — MM. Bergeret, 15; Lorin, 13; Brocq, 19; Rouhier, 15.

Séance du 17 juillet. — MM. Gouverneur, 16; Métivet et Houdard, 20; Kendirdjy, 16.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Dans sa dernière séance, le Conseil de la Faculté après s'être occupé, ainsi que nous l'avons dit, de la question des thèses, a pris deux excellentes mesures. Il a décidé à l'unanimité des votants, de demander à l'Assistance publique, le transfert de la clinique thérapeutique de l'hôpital Beaujon et de la clinique chirurgicale de l'hôpital Necker. Il propose d'installer la première à l'hôpital de la Pitié, et la seconde à l'hospice de la Salpêtrière, les mutations ont pour but de remplacer des services vieux et mal appropriés aux besoins de l'enseignement par des services neufs et bien aménagés.

Le Conseil a émis un vœu favorable sur un projet de M. le professeur Pinard, tendant à attribuer la somme de 1.500.000 fr., provenant du legs Volancourt, à la réorganisation de la clinique d'accouchement Baudelocque.

Il a donné un avis favorable à une demande d'autorisation de faire un cours libre qui lui a été adressée par M. Martinet.

Il s'est occupé ensuite des nombreuses réunions médicales qui auront lieu pendant les vacances dans différents pays étrangers : au Canada, en Belgique, en Pologne. Une commission franco-polonaise étudie un programme de voyage pour les représentants de la médecine française qui iront en grand nombre au mois de septembre à Varsovie. Nous croyons savoir que le ministre de l'Instruction publique, le ministre de l'Hygiène et le ministre de la Guerre désigneront chacun un représentant officiel.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — AMIENS. — Le Dr Poulain a été nommé, après concours, chef de clinique chirurgicale.

MÉDAILLES DE LA RECONNAISSANCE FRANÇAISE. — *Médailles d'argent.* — MM. les Drs Praum (Luxembourg) et Stauffer (de Neufchâtel, Suisse).

Médailles de bronze. — MM. les Drs Perlet (de Berne), Anema (de Hollande), Bricher et Codrons (du Luxembourg).

MÉDAILLES DES ÉPIDÉMIES. — *Médaille d'or.* — MM. les Drs Lambret (de Lille), Rogues de Fursac (de Ville-Evrard).

Médailles d'argent. — MM. les Drs Lautré (de Toulouse), Théret (de Tincques), Coquidé (de Givenchy-en-Gohelle), Poix (du Mans), Dequidt (de Paris), Ducosté (de Ville-Evrard), Sergent (Henri) et Gerson (de Paris).

Médailles de bronze. — MM. les Drs Bloch (d'Auxonne), Bonnet (de Romans), Mariani (de Toury), Filleul (de la Ferté-Vidaux), Proust (de Thivars), Coudray (de Nogent-le-Rotrou), Bacon (de Courville), Bouquet (de Brest), Olié (de Saint-Gaudens), Cado (de Saint-Nazaire), Hubert (de Cherbourg), Lomet (de Saint-Pierre-le-Moutier), Parmentier (de Englefontaine), Drouin (du Mans), Virey (de Paris), Cayet (de Doullens), Caron (de Saleux), Renard (de Poix), Sarrazin (d'Hallencourt).

LES AIDES-MÉDECINS MILITAIRES INDIGÈNES EN INDO-CHINE. — Le *Journal officiel* du 17 juillet 1920 publie un décret relatif à la création et à l'organisation d'un corps d'aides-médecins militaires indigènes en Indo-Chine. L'expérience a montré, en effet, tout le parti qu'il est possible de tirer du dévouement et des connaissances acquises par les anciens élèves de l'Ecole de médecine indigène d'Hanoï.

Le nouveau décret permet à ces jeunes gens de dépasser le grade de médecin auxiliaire qu'ils pouvaient déjà obtenir. Au point de vue de la solde et de l'assimilation, ils auront une situation supérieure à celle des médecins auxiliaires tout en restant, au point de vue de la hiérarchie militaire, au-dessous des aides-majors.

ÉCOLE DE PSYCHOLOGIE (49, rue Saint-André-des-Arts). — Le jeudi 22, à 4 h. 1/2, réunion en l'honneur des étudiants des nations amies et alliées. Le Dr Bérillon fera une conférence sur : « Le rôle de l'hypnotisme dans la psychothérapie française. »

CONGRÈS

Ve CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE (1)

LE PROFESSEUR KEEN

Le Ve Congrès de la Société internationale de chirurgie vient de s'ouvrir à la Faculté de médecine de Paris, sous la présidence de M. le professeur William W. Keen.

Le professeur W. W. Keen, une des plus belles figures de la chirurgie américaine, est né en 1837 à Philadelphie. Après avoir pris ses premiers grades en 1852, à la Brown University, à Providence, il termina ses études de médecine en 1862, au Jefferson medical College de Philadelphie. C'est d'ailleurs là qu'il devait faire la plus grande partie de sa belle carrière et qu'il devait recevoir en 1912, à l'occasion du 50e anniversaire de son diplôme, le titre envié de docteur ès sciences honoraire.

W. W. Keen a été d'abord médecin militaire ; en juillet 1864, il démissionna et alla faire un séjour de 2 ans dans la vieille Europe, pour compléter son éducation médicale à Paris, Vienne, Berlin et Londres. Pendant la guerre de Sécession, il reprit du service et se distingua en soignant les blessés sur les champs de bataille de Bull Run et d'Antietam. C'est à cette époque qu'il collabora avec S. Weir Mitchell et Geo R. Morehouse au Turners Lane hospital et c'est avec eux qu'il publia un livre sur les *Plaies des nerfs par arme à feu et les autres lésions nerveuses* (1864). Au moment de l'entrée en guerre des Etats-Unis, en 1917, M. Keen qui était toujours 1er lieutenant de réserve dans le Medical Corps fut promu au rang de major. En raison de son âge il ne fut pas envoyé au delà des mers, mais il ne rendit pas moins les plus éminents services dans le « National Research Council » et dans la section du « Council of National Defence ». Il prit une part active à tous leurs travaux et publia un livre sur le *Traitement des blessures de guerre* qui fait autorité et a déjà eu 2 éditions. W. W. Keen a joué aussi un rôle très important dans l'organisation du service de santé. Il a quitté l'armée en 1919.

Nous avons parlé d'abord des services de guerre du prof. Keen parce qu'il en est très justement fier, mais sa carrière universitaire est une des plus belles et des mieux remplies qui soient. Après avoir dirigé pendant dix ans l'école d'anatomie de Philadelphie et avoir enseigné l'anatomie chirurgicale à d'innombrables étudiants, M. Keen est devenu professeur de chirurgie au Womans's Medical College à Philadelphie, puis en 1889 il a eu la grande joie et le grand honneur d'être nommé professeur de chirurgie et de clinique chirurgicale au Jefferson Medical College de Philadelphie où il avait pris ses premiers grades médicaux. Lorsque, en 1907, il résigna ses fonctions après 41 ans d'enseignement, il reçut le titre de professeur honoraire de chirurgie au Jefferson Medical College.

Le prof. Keen est membre d'honneur ou membre titulaire d'un grand nombre de sociétés savantes, de la Société de chirurgie de Paris, du Royal Collège des chirurgiens de Londres, du Royal Collège des chirurgiens d'Edimbourg, de la Société royale de médecine de Londres, de la Société italienne de chirurgie, etc. Il a présidé l'American Medical Association, cette formidable association qui compte 70.000 membres ; il a présidé aussi le Collège des médecins de Philadelphie, l'American Surgical Association, le Congrès des médecins et chirurgiens américains et l'American College of Surgeons. De nombreuses universités lui ont conféré des titres d'honneur ; il est docteur ès sciences de la Harvard, docteur en philosophie d'Upsal, docteur en droit des universités de Brown, North Westowa, Toronto, Yale, Edinburgh, St-Andrews and Pensylvania.

L'œuvre écrite de W. W. Keen est considérable. Outre les livres que nous avons déjà signalés, il faut citer les ouvrages suivants : « Medical Research and Human Welfare » ; « The Colver Lectures at Brown University », 1917 ; « The Surgical operations on Président Cleveland », 1893 ; et, enfin, le beau traité de chirurgie publié sous sa direction, la *Chirurgie de Keen* (Keen's Surgery), qui comprend 8 volumes dont 6 déjà ont paru. Les deux derniers volumes actuellement sous presse paraîtront en septembre ou octobre. Il faudrait encore citer plusieurs centaines d'articles ou de mémoires publiés dans divers périodiques.

Ce n'est pas seulement un grand homme de science que ses collègues acclament aujourd'hui à la Faculté de médecine, c'est aussi un grand ami de la France qui a droit à toute notre cordiale et respectueuse admiration.

L. G.

(1) On sait que ce Congrès est une réunion à laquelle participent seulement les membres de la Société internationale de chirurgie. Fondée en 1902 sur l'initiative de la Société belge de chirurgie, la Société internationale, qui a son siège à Bruxelles, comprend environ 700 membres, appartenant à toutes les nations, à l'exclusion des empires centraux. Elle a tenu déjà 4 congrès dont les 3 premiers ont eu lieu à Bruxelles sous les présidences successives de Lucas-Championnière (1905), Kocher (1908) et Czerny (1911). Le dernier Congrès s'est tenu en avril 1914 à New-York sous la présidence du professeur Depage.

ORDRE DES TRAVAUX DU CONGRÈS

Lundi 19 juillet. — A 14 h., ouverture solennelle du Congrès sous la présidence d'honneur de M. Millerand, président du Conseil. A 15 h., exposé et discussion des rapports de MM. Depage et Goovaerts (Bruxelles) et de M. Evarts Graham (St-Louis), *sur les analyses du sang et les réactions biologiques dans les affections chirurgicales.*

Mardi 20 juillet. — A 14 h., exposé et discussion des rapports de MM. Tuffier (Paris), Sencert (Strasbourg), Goodman (New-York), Alessandri (Rome), Jeanbrau (Montpellier), *sur la chirurgie cardio-vasculaire.*

Mercredi 21 juillet. — A 14 h., exposé et discussion des rapports de MM. Sinclair (Netley), Patel (Lyon), et Kellog Speed (Chicago), *sur le traitement des fractures des cuisses.*

Jeudi 22 juillet. — A 14 h., exposé et discussion des rapports de MM. Mioni (Rome), Greenough (Boston), Regaud (Paris), et Finzi (Londres), *sur le traitement des tumeurs par les rayons X et le radium.*

Vendredi 23 juillet. — A 14 h., exposé et discussion des rapports de MM. Cummiens (Londres), Sieur (Paris), Donati (Modène) et Ashhurst (Philadelphie), *sur la prophylaxie et le traitement du tétanos.*

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

XXIXe CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE (4-9 oct. 1920).

Le XXIXe Congrès de l'Association française de chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le lundi 4 octobre 1920, sous la présidence de M. le professeur A. Depage (de Bruxelles).

Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° « Traitement des pleurésies purulentes à l'exclusion des tuberculeuses ». Rapporteurs : MM. Janssen de Mot (de Bruxelles) et Tuffier (de Paris).

2° « Ulcères de la petite courbure de l'estomac ». Rapporteurs : MM. Delagénière (du Mans) et Pierre Duval (de Paris).

3° « Fractures vicieusement consolidées du cou-de-pied. » Rapporteurs : MM. Léon Bérard (de Lyon) et P. Wiart (de Paris).

MM. les membres de l'Association sont priés d'envoyer, avant le 31 juillet, le titre et les conclusions de leurs communications à M. J.-L. Faure, secrétaire général, 10, rue de Seine, à Paris (6e).

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au Secrétaire général.

Ve CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE

SÉANCE D'OUVERTURE

SUR QUELQUES-UNES DES IDÉES QUE NOUS DEVONS DÉFENDRE COMME MÉDECINS

Par WILLIAM W. KEEN, MD. LL.D.,
Président du Congrès,
Emeritus Professor of Surgery, Jefferson Medical College, Philadelphie.

Messieurs,

J'ai à peine besoin de dire — quoique ce soit profondément vrai — combien j'ai hautement apprécié l'honneur insigne qui m'a été fait, il y a six longues années, en avril 1914, à New-York. Comme nous étions ignorants alors des desseins de la Providence! Combien nous prévoyions peu que trois mois plus tard les chiens de la guerre seraient lâchés sur la fidèle Belgique et la France héroïque, que la Grande-Bretagne, menacée en son honneur, s'élancerait pour défendre les droits de l'humanité, le caractère sacré de ces traités que le monde entier considère comme solennels et intangibles, que l'Allemagne seule méprise comme des « chiffons de papier ».

Le cœur du peuple d'Amérique était alors avec vous et l'est encore aujourd'hui. Nombreux furent ceux qui connurent la révolte de leur âme, quand la bibliothèque de Louvain fut livrée aux flammes, quand Reims fut détruite par les représentants de la « Kultur » et plus encore quand le *Lusitania* fut torpillé sans avertissement et coula, en vingt et une minutes, 1.154 hommes, femmes et enfants comprenant celle que nous avions tous aimée, la gracieuse femme venue en mission charitable (1). Tous exterminés par les Huns sans pitié! J'ai vu la médaille grossière et apocryphe que les Allemands ont fait frapper pour commémorer ce crime monstrueux.

Nombreux sont, aujourd'hui encore, les Américains qui rongent leur frein et voudraient vous aider plus encore dans vos épreuves.

Nous savons que des actions perfides s'exercent même dans les milieux influents pour créer des dissensions entre nous et ceux qu'il m'est doux d'appeler nos Alliés. Nous serions heureux de faire cause commune avec vous tous : Belges, Anglais, Français, Italiens, Portugais et Japonais...

Quel grand courage, vous avez déployé! De quelle persévérance stupéfiante vous avez fait preuve! Quels ne furent pas vos efforts merveilleux de la plaine à la montagne, de la tranchée à l'hôpital, sur terre, sur mer, sous les mers où vous voisiniez avec les poissons, dans les airs où vous rivalisiez avec l'aigle. Nous étions perdus d'admiration pour vos prouesses, nous avons souffert avec vous dans le sacrifice de ceux qui vous étaient les plus chers. Même aux heures de défaite, au lieu de vous abandonner au désespoir, vous avez montré ce que l'inspiration née de l'adversité pouvait produire et vous avez arraché la victoire aux Huns.

Enfin, quand il nous a été permis à nous, Américains, de venir à votre aide, avec quel enthousiasme, hommes et femmes, jeunes et vieux s'élancèrent à votre secours et purent enfin — hélas! seulement à la 11e heure — vous apporter leur aide.

Nous nous souviendrons toujours avec joie que Château-Thierry était le point le plus rapproché de l'avance des Huns sur Paris, dangereuse avance, puisque moins de 100 km. seulement les séparaient de la capitale.

Le poing levé, nous nous sommes opposés criant : « Jusqu'ici et pas plus loin. » « Et il en fut ainsi », comme dans l'Ecriture, à l'heure de la Création. Combien fut prophétique, sans le savoir, ce noble Belge le prof. Depage, lorsqu'il présida notre dernier congrès, en avril 1914.

Que dire de la magnifique application de ses paroles qu'il fit à la Panne.

Quel bel enseignement de chirurgie de guerre, il nous a donné!

Quel magnifique travail vous avez accompli non seulement pour l'Humanité, mais pour la science. Dans ces quatre années, de 1914 à 1918, vous avez inauguré une ère nouvelle, vous avez transformé la chirurgie.

Il serait très présomptueux à moi, d'ouvrir une discussion sur un sujet chirurgical. Mon rôle est d'apprendre de vous, comment vous avez constitué le trésor de vos connaissances chirurgicales.

Cependant, je me hasarderai à vous exposer quelques-unes des idées que nous devons défendre comme médecins.

Je regrette de ne pouvoir consacrer à chaque sujet qu'un court paragraphe. Je me contenterai de donner mon opinion personnelle, car vous pourrez n'être pas toujours d'accord avec moi sur ce qu'est ou doit être l'attitude de notre corporation.

I. Education du médecin.

A ce sujet, qu'il me suffise de vous rappeler le savant Osler qui nous a montré tout ce que nous devions étudier, non seulement les diverses branches pratiques de la médecine parmi lesquelles nous avons déjà pu faire notre choix, mais aussi l'histoire de la médecine, la biographie de nos grands maîtres et aussi — en dehors de la médecine — les Humanités qui sont comme une « Littérature de la pensée, en opposition avec la Littérature de la science; non seulement la Prose solide, mais la Poésie avec sa cadence qui nous élève jusqu'aux étoiles; il nous faut boire à la fontaine de la Littérature moderne, mais nous étancher aussi aux sources antiques de la Judée, de la Grèce et de Rome. L'éducation médicale proprement dite a fait de grands progrès dans ces trente dernières années grâce à la ténacité des chefs d'école et à leur influence.

Ces progrès doivent se continuer « semper et ubique ».

II. Recherches.

Il me suffit de prononcer ce mot pour que vos esprits songent au contraste qui existe entre les dernières années de la grande guerre et son début alors que vous alliez à tâtons vers la lumière. La conquête absolue de la fièvre typhoïde, du typhus, du tétanos, de la variole, et par-dessus tout la victoire sur les infections les plus virulentes sont les éloquents témoins de la valeur médicale, militaire et économique de la Recherche. Ceci est la plus grande des œuvres de la guerre.

Jamais, pour le grand bien de l'humanité, le savant du laboratoire et le clinicien de l'hôpital n'ont tous deux été mieux unis par leur camaderie scientifique que devant le lit du blessé.

Grâce à Dieu, ce merveilleux travail sera continué dans nos Ecoles de médecine, nos Instituts de re-

(1) Mme Depage.

cherches et dans les nouveaux laboratoires de la Croix-Rouge à Genève.

III. Conscience professionnelle.

Sur ce chapitre, je puis être très fier de l'honneur et de la conscience de notre vieille profession. Nos malades femmes se confient entièrement à nous; elles nous confient leur honneur. Combien il est rare que parmi des milliers de médecins de tous pays l'un d'eux mérite aucun reproche à ce sujet. (Encore y a-t-il des brebis galeuses dans tous les troupeaux.) Une femme n'y songe jamais lorsque la porte du cabinet de consultation se referme sur elle. Il est d'ailleurs étonnant que parmi tant de patientes il n'y ait pas plus d'aventurières qui essayent un chantage contre nous. La communauté nous fait plus confiance qu'à aucune autre classe d'hommes, et nous — grâce à Dieu — nous nous montrons dignes de cette confiance.

Nous sommes des hommes exerçant une profession et non un métier. Lorsqu'on exerce un métier, il est toujours possible de chiffrer la valeur des services rendus. Les services de notre profession ne peuvent être pesés dans une balance, ni mesurés par un chiffre. Notre idéal doit toujours rester élevé et nous ne devons pas chercher à tirer bénéfice de nos découvertes.

Un nouveau remède, un nouvel appareil de fractures, un nouveau procédé de suture, un nouveau traitement doivent être à la disposition de tous comme l'air que nous respirons; un appareil de fractures inventé à Philadelphie doit pouvoir être employé à Paris, à Tokio, au Cap ou à Buenos-Ayres. Un nouveau remède doit pouvoir être utilisé par tous les médecins et par tous les malades et dans toutes les parties du monde. Qu'il soit à Philadelphie, à Paris ou à Londres, le patient ne doit pas attendre, même un jour, le secours qui peut le sauver de la mort ou de l'infirmité.

IV. Maladies vénériennes.

Le danger que ces maladies peuvent faire courir au public n'a jamais été aussi évident que pendant la guerre. Ce qui diminue l'individu cause un préjudice à l'Etat. C'est pourquoi la campagne prophylactique, inaugurée pendant la guerre, avec un si remarquable succès, doit être poursuivie avec zèle après la guerre.

Après le XVe siècle, la syphilis accrue et répandue par les guerres a toujours été un fléau pour les armées et les populations. Mais pendant la grande guerre la syphilis et l'infection gonococcique ont diminué d'une manière surprenante de fréquence, lorsque les hommes étaient soumis à la discipline de l'armée et protégés par ses règlements.

La fréquence des maladies vénériennes fut plus faible dans l'armée que dans la population civile : ce fut une sauvegarde pour la santé publique.

Maintenant que les armées sont démobilisées, il faut espérer que les hommes n'oublieront pas l'enseignement qui leur fut donné dans des conférences et à l'aide du cinéma, et qu'ils appliqueront les préceptes qu'ils ont reçus.

Toutefois, la seule sauvegarde permanente sera une modification de notre attitude morale et de notre idéal. Il faut que nos jeunes hommes soient convaincus de cette idée que, lorsqu'ils fondent une famille, le mari doit être aussi pur que son épouse. Il doit savoir qu'il est responsable de la santé de sa femme : il doit avoir le désir de donner le jour à des enfants robustes et pleins de santé.

La justice exige qu'il n'y ait qu'une seule morale commune aux deux sexes : car il est en somme aussi blâmable pour un homme d'avoir une maîtresse que pour une femme d'avoir un amant. L'ostracisme social qui ne s'exerce qu'au détriment des femmes devrait s'appliquer également aux hommes.

Nous, médecins, qui connaissons toutes les conséquences des infections vénériennes, non seulement pour le mari, mais aussi pour la femme et les enfants, nous devrions hésiter à donner nos filles aux hommes qui sont victimes de la syphilis et de la blennorragie. Certainement ceux d'entre nous qui ont des fils ne voudraient pas les marier à des femmes déjà contaminées. Nos filles seraient-elles moins jalousement gardées que nos fils?

Aux Etats-Unis, 11 Etats parmi les 48 ont édicté des lois qui ont pour but de mettre le public à l'abri de la transmission des maladies dans le mariage, et en particulier des maladies vénériennes. Les prescriptions sont variables; elles vont d'un certificat médical rédigé après examen, peu de temps avant le mariage, jusqu'à une simple affirmation de l'une ou des deux parties qu'elles sont exemptes de toute maladie vénérienne ou toute autre maladie transmissible dangereuse pour la santé des enfants qui naîtront du mariage. Les sanctions comportent amende ou prison ou les deux à la fois.

Je me suis renseigné personnellement plusieurs fois auprès des magistrats les plus autorisés sur les résultats qu'on avait obtenus de ces lois. Certaines sont d'application trop récente pour qu'on puisse juger de leur valeur. D'autres sont inefficaces ou mal observées. D'autres, enfin, peuvent être facilement tournées. Celles qui sont pratiquement et strictement observées agissent davantage par leur influence moralisatrice que par les pénalités qu'elles comportent. Le mouvement prophylactique doit s'amplifier. Il s'amplifiera certainement. Je pense que lorsque les maladies vénériennes et la législation qui s'y rapporte seront mieux connues, en particulier des jeunes femmes sur le point de se marier, l'opinion réclamera une application stricte de ces lois (1).

Il faudrait qu'une éducation sexuelle appropriée fût donnée aux garçons et aux filles par leurs parents ou par des médecins. Il faudrait les instruire des faits concernant la reproduction d'une façon décente avant qu'ils n'acquièrent ces connaissances par les révélations souvent brutales et malsaines de leurs camarades plus âgés.

V. Notre désintéressement.

Nous sommes la seule profession qui, par son désintéressement, « se détruit elle-même ». Généreusement dévoués au bien-être de la communauté dans la grande bataille contre la maladie, dans la lutte pour l'eau et le lait purs, pour les habitations hygiéniques, en un mot dans tout ce qui est médecine préventive, nous sommes à la tête du progrès et nous pouvons en être fiers. C'est nous qui avons été les principaux adversaires de toutes les maladies

(1) Les deux meilleures publications à consulter : *American Marriage Laws in their social aspects*, par Fred. S. Hall et Elizabeth W. Brooke, fondation Russelsage N. Y., 1919, et une étude sérieuse de *Social Hygiene*, numéro avril 1920 (105 W. 40th St, N.-Y. City), par M. Bunird C. Roloff, secrétaire de Illinois social hygiene League.

dont on triomphe aujourd'hui : la variole, la typhoïde, le typhus, la diphtérie, la dysenterie et d'autres encore. Et cependant une seule épidémie de variole dans une seule ville enrichirait plus les médecins que 25 années de pratique médicale dans un siècle où la vaccination est en usage. Mais nous sommes les premiers à en souhaiter l'application afin que soit réduite l'épidémie meurtrière. C'est encore au détriment de nos ressources financières que nous menons la campagne en faveur de l'eau et du lait purs pour assurer la prophylaxie contre la fièvre typhoïde. D'ici quelques années, la fièvre jaune, l'un des plus grands fléaux de l'hémisphère occidental sera totalement supprimée. La gloire en revient à notre profession, à Carlos Finlay, à Walter Reed et ses collaborateurs et à ce prince des hygiénistes, le général William C. Gorgas, de l'armée américaine, dont la mort universellement pleurée s'est produite après que ces lignes furent écrites.

Loués soient-ils ces hommes de notre corporation qui se sont sacrifiés pour leurs semblables !

VI. Suppression de l'alcool.

Je ne doute pas qu'il y ait de grandes divergences d'opinions sur ce point plus que sur les autres. Je ne puis que faire connaître la mienne et les raisons sur quoi je la fonde. Il ne s'agit pas, bien entendu, de l'emploi de l'alcool en tant que médicament mais en tant que boisson.

Sans aucun doute l'opinion la moins préconçue, celle qui tient compte seulement des résultats obtenus par les recherches et les expériences les plus rigoureusement scientifiques, c'est l'opinion du Dr Francis G. Benedict, directeur du laboratoire de nutrition Carnegie à Boston. Ses conclusions sont exprimées nettement par cette formule : « L'usage de l'alcool, si peu fréquent qu'il soit, doit être considéré comme interdit par l'expérience scientifique (1). Miles (2), faisant des essais avec des doses de 30 cmc. d'alcool pur convenablement dilué, déclare que chez 27 sujets sur 30, c'est-à-dire dans 90 p. 100 des cas, les fonctions ont été ralenties. Kraeplin (3) et Milander (4) ont établi que des tireurs expérimentés voyaient diminuer plus ou moins leur habileté, dans le tir à la cible, après l'absorption de petites doses d'alcool, 30 ou 40 cmc. par exemple.

Tels sont les résultats obtenus par des expériences rigoureusement scientifiques sur un petit nombre d'individus. Quant aux effets aux Etats-Unis de la prohibition et plus tard de la loi de prohibition adjointe à la Constitution, ils sont, malgré le peu de temps écoulé, singulièrement avantageux. Sans doute les stocks des particuliers ne sont pas épuisés, sans doute le mécanisme qui doit assurer l'application de la loi est encore incomplet et les gens en état de payer l'alcool au prix très onéreux qu'on demande réussissent à s'en procurer. Les arguments qui se peuvent tirer des résultats obtenus n'en sont que plus probants.

Je dois mes renseignements sur la situation actuelle dans la ville de New-York à M. Bird S. Cooler, chef du bureau de l'assistance publique, et au Dr John Fitzgerald, remplaçant temporairement M. Cooler. Ils m'ont communiqué avec une extrême obligeance tous les documents nécessaires concernant cinq grands hôpitaux municipaux, et un vaste asile municipal, source d'information plus précieuse encore.

Je ne puis, naturellement, que faire un bref exposé des faits et des opinions des médecins détachés à ces divers établissements.

Les entrées à l'asile en janvier et février 1919, sous le régime de la libre consommation, ont été de 22.350. Dans les mois correspondants de 1920, sous le régime prohibitif, ils ont été de 4.607 (1). Non seulement ces chiffres marquent un progrès sensible, mais aussi l'état des entrants qui étaient mieux tenus, mieux portants que l'année précédente. Rares étaient les cas d'ivresse, tandis qu'auparavant on était obligé chaque nuit d'appeler la police pour emmener ceux qui avaient bu. Les employés prenaient plus de soin de leur personne et mettaient de l'argent de côté. « J'ai rencontré dans la rue », dit le surintendant, « des hommes qui logeaient auparavant chez nous; leur aspect propre et correct m'a frappé. Ils travaillent régulièrement à présent, ils achètent des vêtements et non de quoi boire. »

Dans les hôpitaux, le nombre des entrées a fort diminué, principalement des cas d'alcoolisme et de delirium tremens. Là aussi, chez les employés, le progrès est sensible. Un rapport nous dit que certains des plus mauvais ont maintenant un compte en banque.

L'hôpital des alcooliques de Bellevue traite plus d'alcooliques, en état de vagabondage habituel, ou appartenant aux classes pauvres qu'aucun établissement similaire. Le Dr N. S. Gregory, directeur de cet hôpital, écrit qu'en janvier et février 1920 il n'eut, au lieu de 400 à 500 cas par mois, qu'un cas ou deux par jour, en sorte que l'hôpital fut supprimé ! Dès que se fit sentir un certain relâchement dans l'application de la loi, les cas atteignirent six à dix par jour, proportion pourtant très inférieure à ce qu'elle était avant la prohibition.

A Philadelphie, la « maison de correction », où sont recueillis la plupart des vagabonds et des alcooliques, qui hébergeait avant la loi une population de plus de 2.000 personnes, n'en hospitalise plus que 400 à 500 depuis que la loi est appliquée. Dans les quatre premiers mois de 1920, les économies réalisées par suite de la diminution du nombre des employés, de la réduction des gages, des frais de nourriture et autres dépenses furent suffisantes pour payer toutes les dépenses de l'Assistance publique pour les 8 mois restant de l'année (2). Le nombre des détenus à la prison du comté ayant diminué dans la même proportion, on s'est demandé s'il n'y aurait pas lieu de fondre en un seul les deux établissements, et de réaliser ainsi des économies considérables. Quatre comtés limitrophes de l'Etat de Massachusetts sont sur le point de supprimer trois prisons, la quatrième suffisant pour les détenus des quatre comtés.

A Philadelphie, pendant les six premiers mois de 1919, sous le régime de la libre consommation, il

(1) Considérations scientifiques sur l'usage modéré de l'alcool, *Boston med. and surg. Journ.*, 18 fév. 1904.

(2) Effets de l'alcool sur les fonctions psycho-physiologiques, *Carnegie Institution publication*, 1918, n° 216.

(3) *Münch. med. Woch.*, 1899, n° 42.

(4) *Rapport du Xe Congrès intern. contre l'alcool*, Budapest 1905, p. 193-204.

(1) Le rapport pour mars ayant été rédigé le 26, j'ai ajouté pour les 5 jours restant le chiffre moyen.

(2) Renseignement qui m'a été donné directement par l'honorable E. L. Tustin, directeur de l'Assistance publique à Philadelphie.

fut procédé à 17.114 arrestations pour cause d'ivresse. Dans les six derniers mois, sous le régime de la prohibition de guerre, il n'y en eut que 6.509; c'est donc une diminution de 62 p. 100.

Dans le service alcoolique de l'hospice (hôpital de la ville de Philadelphie), les entrées dans les six derniers mois de 1917 et 1918, c'est-à-dire avant la prohibition de guerre, ont été respectivement de 1.470 et 1.184. Durant la même période de 1920, sous le régime de la prohibition de guerre, elles n'ont été que de 276, donc une diminution de 77,5 p. 100.

Dans l'Etat de Massachusetts, Nr H. C. Parsons, délégué gouvernemental, chargé d'enquêter sur les résultats de la loi de prohibition, nous en fait connaître les résultats pour la première année. Il rapporte que durant les cinq premiers mois de 1919 sous le régime de la libre consommation, il y eut 31.176 arrestations pour ivresse. Durant les mois correspondants de 1920, il n'y en eut que 10.324, d'où diminution d'environ 70 p. 100.

Le juge Cabot, du tribunal pour enfants, constate que les rapports de famille sont grandement améliorés. Au lieu de négliger leur intérieur, les parents s'efforcent de le rendre agréable et, au lieu de perdre leur temps et leur argent dans les débits de boissons, ils emmènent leurs enfants au cinéma et à l'église.

Nombreuses sont les juridictions rurales qui n'ont pas à juger pendant des jours, des semaines mêmes, un seul coupable.

Pendant la guerre, la prohibition de la vodka en Russie eut les mêmes effets et amena une grande amélioration de l'état matériel et moral du peuple.

Devant l'auditoire qui m'écoute, je n'insisterai pas sur les arguments qu'on peut tirer des effets immédiats et néfastes de l'alcool ni sur l'immoralité et les maladies vénériennes qui en résultent.

Quelles que puissent être les conclusions tirées des expériences scientifiques sur les effets de l'alcool, j'estime, pour ma part, que les vastes expériences fournies comme nous l'avons montré ci-dessus par des millions d'êtres humains dans les Etats-Unis et en Russie sont absolument décisives. Chez un peuple où « l'abstinence totale » est pratiquée, il y a moins d'ivresse, moins de criminalité, moins de maladies, moins d'accidents, moins de dépenses incombant à la cité et à l'Etat. Dans ces conditions, n'est-il pas de notre devoir, en tant que corporation, de mener une active propagande en faveur de l'abstinence totale, et de faire ressortir les conséquences heureuses qu'elle aura au point de vue de la santé et du bien public.

VII. Courage professionnel.

Dans la lutte contre les grandes épidémies, les médecins ont-ils jamais déserté leur poste ? Se sont-ils jamais enfuis afin de trouver la sécurité pour eux-mêmes, laissant les victimes du mal souffrir et mourir sans soins ?

Laissons parler la Serbie et la Pologne. Laissons répondre les villes du sud des Etats-Unis : Norfolk, Memphis, New-Orléans si souvent dévastées par la fièvre jaune. En Europe et en Amérique laissons répondre les populations qui ont été décimées par le choléra.

La réponse n'est pas douteuse. Le monde consulté répondra : « Les médecins ne sont coupables que de la plus grande bravoure parmi les hommes. » Sans apparats guerriers, avec le seul mot de « Devoir » comme mot d'ordre, émus par une compassion presque divine, ils ont soigné les malades et les mourants et trop souvent ont été parmi les victimes.

. . . .

Je suis convaincu que la religion pure et sereine est notre guide le plus sûr dans le présent, et notre espérance la plus certaine dans l'avenir. Je ne parle pas de la théologie qui sépare et divise, mais de la religion qui unit les âmes et demeure le bien suprême du monde.

SOIS FORT !

Sois fort !
Nous ne sommes pas ici pour jouer, rêver, aller à la dérive,
Notre labeur est dur et nos charges sont lourdes ;
Ne crains pas la lutte : regarde-la en face ; c'est un don de Dieu

Sois fort !
Ne dis pas que les jours sont mauvais — à qui la faute?
Et ne croise pas tes bras en acquiescement — ô honte!
Dresse-toi, parle et va bravement en invoquant Dieu.

Sois fort !
Peu importe la profondeur du mal,
La violence de la lutte, la longueur du jour.
Ne t'abandonne pas, combats : demain viendra le succès!

Maltbie D. Babcock.

LES NÉPHRITES INTERSTITIELLES DE L'HÉRÉDO-SYPHILIS

L'ÉVOLUTION DES NÉPHRITES AIGUES

CHEZ LES HÉRÉDOSYPHILITIQUES

Par Mlle le docteur Jeanne QUESLIER.

I

Nous avons recueilli dans la littérature 101 faits dans lesquels l'aveu de la syphilis par les parents, la constatation chez les enfants d'accidents secondaires ou tertiaires, la présence de stigmates nets, la réaction de Wassermann ou les lésions trouvées à l'autopsie, établissent l'hérédité spécifique du néphritique : 73 concernent des enfants de moins de 2 ans, 28 des sujets de 2 à 23 ans; leurs antécédents ne révèlent ni intoxications ni infections graves (saturnisme, paludisme, alcoolisme, scarlatine, fièvre typhoïde, diphtérie, etc.), rien qui puisse expliquer la sclérose rénale si ce n'est la syphilis existante. De plus nous avons trouvé 21 observations relatives à des fœtus et à des mort-nés.

* * *

L'anatomie pathologique est intéressante. Qu'il s'agisse de mort-nés, de nourrissons ou d'adolescents, elle met en évidence la fréquence des lésions du tissu vasculo-conjonctif rénal par rapport à celles de l'épithélium. Parmi les 73 enfants âgés de quelques heures à 2 ans, 6 seulement survécurent; nous relevons dans les 67 autopsies qui ont été faites : 13 néphrites interstitielles aiguës, 9 subaiguës, évoluant vers la sclérose; 7 dans lesquelles infiltration récente et sclérose sont associées, c'est-à-dire 29 néphrites interstitielles pures; 10 néphrites mixtes, 7 parenchymateuses. Des 26 sujets observés entre 2 et 23 ans, 18 moururent : il existait 2 reins gommeux, 2 parenchymateux, 2 amyloïdes, 11 scléreux, 1 scléreux et tuberculeux.

Dès 1891 les lésions ont été décrites chez les fœtus

par M. Hutinel (1) : elles consistent en une infiltration embryonnaire engainant les artérioles de la voûte vasculaire rénale.

Les coupes des reins des nourrissons offrent fréquemment ces mêmes altérations; mais chez eux la sclérose peut avoir déjà évolué, et il n'est pas rare de trouver sur un même organe tous les stades de cette transformation, l'infiltration aiguë voisinant avec des zones de prolifération du tissu conjonctif et des bandes de tissu fibreux. Dans quelques cas même, le rein est presque entièrement scléreux. Mais le plus souvent, ces lésions, récentes ou anciennes, n'existent que par îlots laissant entre eux des aires plus ou moins étendues de tissu sain; elles sont localisées au cortex ou y prédominent et les deux reins sont inégalement atteints. Suivant les points de la coupe, les glomérules sont ou normaux, ou fibreux, ou kystiques. Cette sclérose peut avoir une évolution rapide puisqu'on note la prolifération du tissu conjonctif chez des mort-nés et des scléroses étendues chez des nourrissons de 5 semaines, 3 mois, 6 et 17 mois (Carpenter, Massalongo, Karvonen). Au point de vue macroscopique, les reins, ou bien présentent des taches jaunes si l'infiltration embryonnaire est intense, ou paraissent normaux; s'il n'y a pas eu de symptôme rénal pendant la vie, seul, l'examen histologique donne le diagnostic, ce qui peut expliquer qu'un certain nombre de cas doivent passer méconnus.

Chez les enfants plus grands la sclérose est plus diffuse, l'aspect macroscopique devient caractéristique et la décapsulation est parfois difficile; le poids des deux reins est très diminué mais toujours inégalement.

Les altérations du système vasculaire sont pour ainsi dire constantes. Du côté des reins, c'est l'endo et la périvascularite atteignant surtout les artérioles dont la lumière est parfois oblitérée; chez les nourrissons, les autres viscères, notamment le foie, les poumons, la rate, présentent souvent les mêmes lésions. Du côté des gros vaisseaux, c'est l'athérome signalé comme plus fréquent qu'on ne le croyait chez les enfants par nombre d'auteurs; parmi les observations que nous rapportons nous avons noté, en effet, une persistance du trou de Botal avec endartérite de l'aorte et de l'artère pulmonaire chez un nourrisson de 15 jours (Gallus); l'athérome atteignait l'aorte seule chez des enfants de 4 et 6 ans (Lévy-Franckel); plusieurs branches ou tout l'ensemble du système artériel chez des sujets de 4, 15, 17, 23 ans (Sawyer, Chapman, Taylor, Karvonen); les artères cérébrales chez des sujets de 16 mois et 7 ans : ramollissement d'un lobe frontal, néphrite interstitielle aiguë chez le premier (Sutherland et Walker), 1 gros foyer d'hémorragie dans chaque hémisphère, sclérose rénale chez le second (Guthrie). L'hypertrophie cardiaque a été signalée dans 4 de ces cas.

L'état des surrénales n'a presque jamais été noté; dans un cas douteux au point de vue étiologique, elles étaient volumineuses, l'une renfermait un vieux foyer hémorragique (nourrisson de 5 semaines, sclérose rénale, périhépatite, ascite, splénomégalie).

*
* *

La symptomatologie a été, chez les nourrissons, ou nulle ou celle d'une néphrite parenchymateuse aiguë. Le plus souvent, en effet, l'enfant a succombé, soit à des lésions spécifiques marquées du tissu hépatique ou pulmonaire, soit à une affection aiguë surajoutée : broncho-pneumonie, diphtérie, phlegmon, abcès rétropharyngien; aucun symptôme n'ayant attiré l'attention du côté rénal, l'infiltration embryonnaire ou la dégénérescence fibreuse ont été des découvertes d'autopsie. Dans quelques cas, cependant, un examen d'urine pratiqué tardivement a mis de l'albumine et des éléments figurés en évidence; une anurie brusque fut le seul symptôme d'une néphrite interstitielle aiguë au cours d'un ramollissement cérébral chez un nourrisson de 16 mois.

Les cas de sclérose rénale étendue n'ont été reconnus qu'à l'autopsie et même au microscope; les nourrissons ont succombé rapidement à des accidents urémiques nerveux ou gastro-intestinaux, apparus au cours d'une grosse anasarque; l'albumine fut abondante (23 g. par litre dans un cas); les éléments figurés nombreux (cylindres, hématies, cellules). L'absence d'antécédents rénaux faisait croire à une néphrite parenchymateuse aiguë ou subaiguë, l'examen des pièces montrait une sclérose diffuse, intense et des lésions épithéliales récentes. Il devient donc difficile de dire si les 6 sujets âgés de moins de 2 ans qui ont survécu grâce au traitement mercuriel, qui tous ont présenté des œdèmes ou de l'anasarque, étaient atteints d'une néphrite épithéliale pure ou de l'épithélialisation secondaire d'un rein plus ou moins scléreux.

Les néphrites interstitielles des syphilitiques âgés de plus de 2 ans sont beaucoup plus rares du fait même qu'un certain nombre d'hérédos trop atteints sont décédés en bas âge; peut-être aussi ce fait tient-il à ce qu'elles ont été longtemps méconnues. Nous avons relevé dans la littérature 43 observations : 16 ne concernent que des syphilitiques dont 4 au-dessous de 10 ans, 12 furent autopsiés; les 27 autres sont d'étiologie diverse dont 17 d'origine inconnue, 21 furent autopsiés, 16 avaient moins de 10 ans; Sawyer rapporte 24 cas dont 13 au-dessous de 10 ans, alors que les statistiques réunies de Lécorché, Dickinson, Stewart, Galabin, Bartels, Gull and Sutton ne donnent que 9 cas seulement, dont pas un au-dessous de 10 ans. L'étude de la perméabilité rénale, les autopsies et les examens histologiques systématiques montreront certainement que ces faits sont moins exceptionnels qu'ils ne paraissaient l'être, de même que la recherche de l'hérédité syphilitique établira qu'un certain nombre de néphrites interstitielles d'origine inconnue sont en réalité d'origine spécifique.

L'histoire clinique de ces néphrites est assez diverse, mais dans presque tous les cas la période de latence a été très prolongée et l'affection s'est terminée parfois rapidement par des accidents urémiques, gastro-intestinaux ou nerveux. Les œdèmes ont été rares, peu marqués, intermittents; l'urémie chronique n'a été signalée que dans 2 cas, dans l'un les symptômes du brightisme étaient au complet; 8 des sujets sur 16 étaient de type plus ou moins infantile et atteints d'altérations du système vasculaire (hypertension, hypertrophie cardiaque, athérome des grosses artères, l'un d'eux fit 2 foyers d'hémorragie cérébrale). Ils rentrent donc dans le groupe des infantiles rénaux artérioscléreux décrits en Angleterre par Morley Fletcher, puis par Reginald Miller et L. Parsons. L'étude de la perméabilité rénale ne fut jamais pratiquée; les hématuries n'existèrent que dans 2 cas, dans 2 autres on nota

(1) Hutinel. In thèse Nicolle : *La Nourricerie de l'Hospice des Enfants-assistés*. Paris, 1891.

des hématémèses et des épistaxis abondantes.

Quelques sujets étaient atteints de tuberculose pulmonaire ou cérébelleuse; chez l'enfant déjà grand le mauvais état général, l'ascite libre ou enkystée, une cuti-réaction positive ne devront pas faire attribuer à la tuberculose une albuminurie que des épreuves de perméabilité rénale, la présence de stigmates, un Wassermann positif rattacheront à une sclérose viscérale d'origine syphilitique. Chez les nourrissons le diagnostic différentiel sera moins aisé étant donné que la symptomatologie rénale est ou nulle ou celle d'une néphrite épithéliale aiguë et qu'on ne peut chez eux rechercher l'état de la perméabilité rénale. Il faut donc, chaque fois que la syphilis est certaine, instituer le traitement mercuriel qui a guéri des nourrissons anasarqués et des brightiques.

L'évolution en est particulièrement grave, et si le pronostic actuel doit être réservé le pronostic éloigné doit l'être encore bien plus. Ces reins résistent mal aux toxi-infections surajoutées; plusieurs nourrissons ont succombé à une infection aiguë intercurrente qui avait provoqué une néphrite aiguë greffée sur des lésions vasculo-conjonctives anciennes que le microscope fit découvrir (Karvonen); un enfant albuminurique, fils de paralytique général, fit une anurie scarlatineuse (Castaigne); une fillette hérédo qui avait fait de l'anasarque quelques heures après sa naissance fit ultérieurement des poussées répétées d'œdème sous l'influence d'une chloroformisation, d'un impétigo, d'une intoxication alcoolique (Deléarde et Repellin).

II

Etant donnée la fréquence des lésions rénales chez les mort-nés et les nourrissons on pouvait se demander si les hérédos dont les reins paraissent assurer un fonctionnement normal ne présentaient pas une susceptibilité particulière vis-à-vis des toxi-infections diverses. Une série de faits (Rénon, Chauffard) a mis en évidence que les reins en cas de syphilis acquise témoignaient, à l'occasion de simples coups de froid, d'un état de débilité par l'apparition d'accidents urémiques, d'anasarques, de grosses albuminuries; la nécessité de faire intervenir parfois le traitement mercuriel pour en amener la régression montrait bien qu'il ne s'agissait pas de néphrites a frigore banales, mais de poussées aiguës favorisées par le terrain syphilitique sur lequel elles se greffaient. De même, il est incontestable que les scléroses des divers appareils sont plus fréquentes chez les spécifiques, et différentes recherches sont arrivées aux mêmes conclusions, c'est que l'existence d'une syphilis est d'autant plus à soupçonner que l'individu scléreux est plus jeune. Aucune statistique n'a été faite chez les enfants, mais il n'est pas douteux que dans un certain nombre de cas l'hérédosyphilis soit à rechercher puisque, au même titre que la syphilis acquise, elle est capable d'agir sur le rein; il est donc logique d'admettre qu'elle peut, elle aussi, le prédisposer à subir l'atteinte des toxi-infections diverses et de favoriser l'évolution scléreuse de ces lésions aiguës.

Cette méiopragie a été mise en évidence dès 1890 par M. Hutinel (1) qui a repris la question récemment; elle s'explique par ce fait que les lésions rénales des nouveau-nés sont très fréquemment parcellaires, n'existent que par foyers disséminés siégeant surtout dans la zone sous-capsulaire du cortex, touchant peu ou pas tubes et glomérules. Si les altérations des autres viscères sont suffisamment légères pour permettre la survie, l'enfant effectuera sa croissance, le rein cicatrisera ses lésions; mais il pourra témoigner de cette atteinte par un état de débilité, débilité congénitale, au même titre qu'un autre rein qui aura subi in utero l'action des néphrotoxines d'une mère atteinte de néphrite urémigène ou d'éclampsie. Il reste évident que les hérédos ne sauraient être considérés comme étant tous atteints de cette débilité : la syphilis des parents peut être atténuée, les lésions fœtales minimes épargnant le rein, n'intéressant que d'autres viscères. Le fait à retenir est qu'en présence de ces néphrites aiguës, qui surviennent à l'occasion d'infections légères, qui sont anormales par la gravité de leurs accidents immédiats, de leur tendance à l'évolution subaiguë ou à la sclérose, l'idée d'une méiopragie rénale doit se présenter à l'esprit. La même hypothèse doit surgir vis-à-vis de ces néphrites chroniques, dites de cause inconnue; si certaines sont de nature tuberculeuse, d'autres doivent être rattachées à l'hérédosyphilis : « Tous assurément n'étaient point atteints de lésions sclérogommeuses spécifiques. Mais on est en droit de penser que, pour beaucoup, le tréponème pâle, encore actif au moment de l'examen (réaction de Wassermann), avait dû, tout au moins, préparer la voie aux autres causes d'altérations néphritiques et favoriser la sclérose du tissu rénal. » (Letulle et Bergeron, 1912.)

De janvier 1916 à mars 1919, 46 enfants atteints de néphrites sont entrés dans le service de M. Hutinel. Les Wassermann de 13 d'entre eux n'ont pas été faits, rien n'attirant l'attention du côté syphilis, 18 ont été positifs, 15 négatifs; ceux-ci n'ont pas été refaits après réactivation. Parmi les 18 résultats positifs, 4 concernaient des altérations rénales chroniques, 14 des faits de néphrite aiguë. De plus, nous avons eu l'occasion d'observer deux autres cas dans le service de M. Marfan, Castaigne en a rapporté plusieurs, M. Jousset nous en a communiqué un.

Toutes ces néphrites aiguës sont d'origines très diverses : angines érythémateuses, gales et ecthymas étendus ou réduits à quelques éléments, bronchopneumonie, grippes légères, scarlatines, contusion rénale, une seule est de cause inconnue. Les néphrites dans l'impétigo et l'ecthyma, celles qui sont secondaires à des infections du naso-pharynx sont extrêmement fréquentes. L'existence de l'une d'elles chez un hérédo peut donc n'être qu'une simple coïncidence, et cependant on est en droit de se demander si le terrain syphilitique ne joue pas un certain rôle. Il est des angines qui se résument en un léger érythème, des impétigos qui ne comptent que quelques pustules mais qui s'accompagnent d'une complication rénale parfois sérieuse; que dans ces cas la toxi-infection agisse sur le rein avec la même intensité que dans les angines graves, les impétigos étendus ou chroniques, c'est possible, mais étant donné que des enfants, pour une même affection, ne font jamais d'albuminurie, tandis que d'autres font de l'anasarque ou de l'anurie, la question de débilité rénale doit se poser. Castaigne l'a mise en évidence chez des sujets qui devaient être chloroformisés et qui firent de l'albuminurie postopératoire : une infection légère, banale, peut être

(1) Hutinel. In thèse Nicolle, 1890; — Syphilis héréditaire et méiopragies, *Bulletin méd.*, 1918; — Les néphrites chez les syphilitiques héréditaires, *Paris méd.*, 1919.

considérée comme un aussi bon révélateur que le chloroforme.

L'aspect clinique est des plus divers : albuminuries passagères ou tenaces variant de 0g50 à 7 g.; hématuries se prolongeant de quelques jours à plusieurs semaines; diurèse normale ou anurie absolue; rétention uréique parfois marquée; absence d'œdème ou anasarque telle que, dans un cas, la ponction lombaire fut plusieurs jours impossible à pratiquer; état général bon ou très atteint; accidents urémiques généralement nuls, très marqués dans un cas (convulsions, coma), entraînant la mort en 24 heures dans un autre; symptômes cardio-vasculaires absents ou d'intensité diverse.

L'évolution en est tout aussi variable. Tandis que, dans certains cas, la guérison est complète en quelques jours, dans d'autres la disparition lente de l'oligurie, de l'anasarque, de l'albuminurie, de l'hématurie indique une atteinte rénale plus sérieuse; l'une, secondaire à une angine érythémateuse, évolue vers la chronicité; une autre, de cause inconnue, entrée dans le service de M. Marfan, se termine en quelques jours par la mort, l'autopsie montre l'existence de gros reins blancs et d'une plaque d'aortite chronique. Enfin quelques-uns qui paraissaient avoir recouvré un bon état général présentent, en même temps que de la polyurie, une pression artérielle trop élevée : elle est, dans un cas, de 17-9 au Pachon, 3 mois après l'entrée du malade (enfant de 13 ans), tandis que la polyurie se maintient entre 2 et 3 litres par jour. Des épreuves d'élimination faites dans 3 cas (bleu, urée, chlorure de sodium) montrent que la perméabilité rénale est diminuée.

On ne peut, par conséquent, conclure systématiquement à la gravité immédiate ou éloignée des néphrites aiguës dont les hérédos peuvent être atteints; si la débilité rénale peut être considérée chez eux comme fréquente, elle n'est pas constante. Il n'en reste pas moins vrai que la facilité avec laquelle une infection légère provoque l'apparition d'une complication rénale et l'évolution anormale d'une néphrite aiguë signalent un état de moindre résistance du rein dont l'origine est à élucider.

L'absence dans les antécédents d'un fait pathologique qui puisse expliquer cette débilité, l'existence de stigmates, la présence d'un Wassermann positif, doivent faire placer l'hérédosyphilis à l'origine de ces méiopragies.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 9 JUILLET 1920)

Nævus du membre supérieur à topographie pseudoradiculaire. — MM. Laignel-Lavastine et Tinel présentent un cas de nævus du membre supérieur à topographie pseudoradiculaire. Ils montrent en effet que la topographie de ce nævus ne correspond pas à un territoire radiculaire, mais sympathique. Ils mettent également en évidence par l'exagération de la contractilité idio-musculaire des petits vaisseaux, que ce nævus résulte d'une paralysie des vaso-moteurs. Ce nævus est donc un syndrome congénital de paralysie vasomotrice localisée, sans aucune participation du reste des fibres pilomotrices ou sécrétoires.

Etude sémiologique d'un cas de syndrome de Brown-Séquart. — MM. G. Guillain et Léchelle. Dans ce cas, quelques particularités symptomatiques méritent d'être signalées. Les troubles de la sensibilité osseuse, contrairement à l'opinion classique, existent du côté opposé à la paralysie motrice, fait signalé d'ailleurs par M. Guillain, dans un cas antérieur. Il est à remarquer que, malgré une anesthésie tactile thermique et douloureuse de l'hémiverge et de l'hémiscrotum, le sujet perçoit, dans ces régions, les vibrations d'un diapason; cette persistance de la seule sensibilité vibratoire sur une zone cutanée sacrée n'a pas encore été signalée et peut être rapprochée des faits mentionnés par M. Babinski de conservation de la sensibilité dans les zones sacrées, lors de certaines lésions médullaires. Les réflexes de défense, chez ce malade, sont très exagérés du côté des troubles moteurs et ne sont pas provoquables du côté anesthésié. L'inversion du réflexe cutané plantaire du côté paralysé a une zone diffuse, car il peut être déterminé par toute excitation jusqu'au niveau de la cuisse. Les auteurs signalent enfin l'élévation de température du côté des troubles sensitifs et une augmentation de la tension artérielle maximum de 4 cm. de mercure du côté anesthésié par rapport au côté où existe la paralysie motrice, la tension minimum n'étant pas modifiée.

Les variations d'étendue de la phonendoscopie pulmonaire. — M. Et. May examine l'étendue de l'aire cutanée sur laquelle le frottement de la paroi thoracique est perçu par l'auscultation, à l'aide d'un stéthoscope bi-auriculaire que l'on place successivement au sommet, au niveau du hile et en pleine base pulmonaire. Chez les sujets normaux, le frottement ne s'étend que dans une zone peu étendue autour du pavillon du stéthoscope. Cette aire phonendoscopique est très peu modifiée dans les affections qui s'accompagnent d'une condensation du parenchyme pulmonaire, pneumonie, broncho-pneumonie, congestion pulmonaire, tuberculose à forme ulcéro-caséeuse. Au contraire dans les scléroses pulmonaires, surtout quand elles s'accompagnent d'emphysème, l'aire phonendoscopique est parfois très augmentée et peut s'étendre sur toute la hauteur d'un ou même des deux poumons. Il semble donc qu'il y ait là un signe nouveau d'une constatation aisée et qui est de nature à faciliter le diagnostic des scléroses pulmonaires.

Un nouveau cas parisien de spirochétose ictérigène; forme de transition entre les spirochétoses ictériques et anictériques. — MM. M. Villaret, H. Bénard et Dumont. La particularité de cette observation fut la faible intensité et la fugacité de l'ictère qui cependant fut suivi d'une recrudescence fébrile. Le diagnostic en fut posé par la spirochéturie constatée au 21e jour et le résultat positif de la séro-agglutination. Par contre les inoculations pratiquées à deux reprises, alors que les urines étaient riches en spirochètes restèrent complètement négatives. Les auteurs rapprochent ce cas de celui qu'ils ont publié antérieurement dans lequel le séro-diagnostic fut constamment négatif, mais où, par contre, l'inoculation fut positive. Il découle de ce fait, qu'il n'y a pas de parallélisme étroit entre les résultats des différentes épreuves de laboratoire et que celles-ci doivent toujours être pratiquées systématiquement et au complet chaque fois qu'on suspecte l'existence d'une spirochétose ictérigène.

Corps anaplasmatiques endoglobulaires dans un ictère splénomégalique. — M. M. Renaud a pu mettre en évidence dans le sang d'un malade atteint d'un ictère splénomégalique de nombreux corpuscules arrondis de 1 à 3 μ de diamètre fortement chromatiques. On n'en trouve jamais qu'un par globule. S'agit-il de corpuscules chromatiques représentant un débris nucléaire comme on en a signalé chez des animaux jeunes, ou d'une lésion particulière et non encore décrite des globules rouges? Ou bien s'agit-il de parasites de la catégorie des anaplasmes? C'est ce que l'étude morphologique seule ne permet pas de préciser. Dans la première hypothèse, il s'agirait d'une lésion globulaire intéressante au seul point de vue de l'hématologie. Dans la seconde, la constatation de parasites intraglobulaires trancherait la question de l'étiologie et de la pathogénie d'une maladie dont on a maintes raisons de soupçonner la nature infectieuse.

Cholécystite chronique traitée par l'urotropine en injections intraveineuses. — M. J. Minet rapporte l'observation d'une malade de 33 ans atteinte, depuis 10 ans, de coliques hépatiques subintrantes qui ne lui ont laissé que de courtes

périodes de rémission. La malade était prête à se confier au chirurgien, lorsque l'auteur eut l'idée de lui faire des injections intraveineuses d'urotropine. Le résultat fut merveilleux. Après 15 injections représentant 21g25 du médicament, tous les signes objectifs et subjectifs avaient disparu et la malade retournait chez elle, guérie. Cette observation encourage, même dans les cas les plus invétérés, à ne recourir à la cholécystectomie, qu'après avoir essayé l'urotropine en injection intraveineuse.

Technique pratique de transfusion veineuse. — MM. N. Fiessinger et H. Janet présentent un dispositif de fortune qui permet l'aspiration rapide à la veine d'une grande quantité de sang et qui par un système de pompe aspirante et foulante permet l'injection de sang citraté dans la veine du sujet à transfuser.

Typhobacillose avec érythème polymorphe et congestion pulmonaire aiguë tuberculeuse. — MM. G. Caussade et E. Doumer publient l'observation d'une malade qui a marqué le début d'une septicémie tuberculeuse à allure de typhobacillose, par une poussée d'érythème noueux sur les membres, d'érythème vésiculeux en placards sur la face et les mains. Elle a présenté ensuite, à la base droite, des signes de congestion pulmonaire à caractères splénopneumoniques avec bacilles de Koch dans les crachats, lors de sa révolution. Cette malade a donc fait la preuve de la nature tuberculeuse de son infection, non pas comme il est classique, par un petit épanchement pleural à lymphocytes, mais par une lésion pulmonaire tuberculeuse. Il s'agit d'une lésion pulmonaire banale et non nécrotique. Les signes physiques, l'expectoration, l'évolution franche et rapide du foyer, sa terminaison par la guérison complète plaident en faveur d'une telle conception. L'ensemble des conditions au cours desquelles elle est apparue, cette façon d'évoluer et cette terminaison heureuse donnent une physionomie particulière à cette forme de foyer pulmonaire congestif aigu tuberculeux.

Sur la contagion de l'encéphalite léthargique. Atteinte successive des trois enfants d'une même famille. — M. P. Lévy.

JURISPRUDENCE

LA LOI DU 12 MARS 1920 ET LES SYNDICATS MÉDICAUX (1)

c. *Extension de la capacité civile des syndicats.* — L'article 5 nouveau, disposant que les syndicats professionnels jouissent de la personnalité civile, dit qu'ils ont le droit d'ester en justice et d'acquérir, sans autorisation, à titre gratuit ou onéreux, des biens, meubles ou immeubles; la loi nouvelle ne fait aucune des restrictions que faisait la loi de 1884.

Ils peuvent, ajoute la loi :

Exercer, devant toutes les juridictions, tous les droits réservés à la partie civile relativement aux faits portant un préjudice direct ou indirect à l'intérêt collectif de la profession qu'ils représentent;

Constituer, en se conformant aux autres dispositions des lois en vigueur, entre leurs membres des caisses spéciales de secours mutuels et de retraites;

Affecter une partie de leurs ressources à la création d'habitations à bon marché et à l'acquisition de terrains pour jardins ouvriers, éducation physique et hygiène;

Librement créer et administrer des offices de renseignements pour les offres et les demandes de travail;

Créer, administrer ou subventionner des œuvres professionnelles telles que : institutions professionnelles, de prévoyance, laboratoires, champs d'expérience, œuvres d'éducation scientifique, agricole ou sociale, cours et publications intéressant la profession;

Subventionner les coopératives de production ou de consommation.

S'ils y sont autorisés et à condition de ne pas distribuer de bénéfices, même sous forme de ristourne, les syndicats peuvent : 1° acheter pour les louer, prêter ou répartir entre leurs membres les objets nécessaires à l'exercice de leur profession, matières premières, outils, instruments, machines, engrais, semences, plants, animaux et matières alimentaires pour le bétail; 2° prêter leur entremise gratuite pour la vente des produits provenant exclusivement du travail personnel ou des exploitations des syndiqués; faciliter cette vente par exposition, annonces, publications, groupement de commandes et d'expéditions sans pouvoir l'opérer sous leur nom ou leur responsabilité.

Ils peuvent passer des contrats ou conventions avec tous autres syndicats, sociétés ou entreprises, déposer, en remplissant les formalités légales, leurs marques ou labels.

Enfin la loi décide que les syndicats peuvent être consultés sur tous les différends et toutes les contestations se rattachant à leur spécialité. Dans les affaires contentieuses, les avis des syndicats sont tenus à la disposition des parties qui peuvent en prendre communication et copie.

L'article 6 est relatif aux unions de syndicats qui jouissent de tous les droits conférés par l'article 5 aux syndicats professionnels, droits que l'on vient d'énumérer.

d. *Insaisissabilité.* — Il résulte des dispositions légales que les syndicats ou unions de syndicats peuvent prendre des engagements importants et être éventuellement, par conséquent, l'objet de poursuites de la part des créanciers. La loi n'a pas voulu que ces derniers pussent s'emparer de tout l'actif des syndicats; aussi déclare-t-elle que les immeubles et objets mobiliers nécessaires à leurs réunions, à leurs bibliothèques, et à leurs cours d'instruction professionnelle sont insaisissables.

Il en est de même des fonds de leurs caisses spéciales de secours mutuels et de retraites dans les limites déterminées par l'article 12 de la loi du 1er avril 1898 sur les Sociétés de secours mutuels.

Ce rapide exposé de la loi du 12 mars 1920 montre que la personnalité civile des syndicats est complète sans restriction. Le rapporteur de la loi au Sénat disait : « L'une des raisons pour lesquelles le mouvement syndical s'est insuffisamment développé en France, au point de vue du nombre des syndiqués, en même temps que trop souvent il préparait des conflits au lieu de les prévenir, est que les syndicats, à de rares exceptions près, ne possèdent rien et se trouvent dans l'impossibilité de se constituer un patrimoine immobilier. C'est pour les mêmes raisons que les conventions collectives du travail, n'offrant pas toujours aux contractants de suffisantes garanties, n'ont pas pris le développement que comporte l'organisation industrielle moderne. »

Le législateur a pensé qu'en conférant aux syndicats, d'une manière très large, la possibilité d'acquérir, d'où découle logiquement un sens plus averti des responsabilités, c'était travailler à la paix sociale.

H. Ribadeau Dumas,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 62, p. 988.

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES ET DIAGNOSTIC DES ANÉVRISMES DE LA CROSSE DE L'AORTE [1]

c. *Anévrisme faux ou diffus.* — Nous avons vu que l'ouverture de l'anévrisme dans le médiastin, si le tissu cellulaire s'est condensé pour former une 2e poche, réalise la constitution d'un anévrisme faux, consécutif. D'autres fois, l'ouverture ultérieure dans le tissu cellulaire sous-cutané donne un anévrisme diffus.

d. *Anévrismes latents.* — C'est toute la série des anévrismes, dont le début passe complètement inaperçu et qui se révèlent brusquement par une rupture mortelle ou une syncope. On doit les rechercher systématiquement chez les individus malades, dont on ne s'explique pas les troubles : l'absence du

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 58, p. 927; n° 60, p. 959, et n° 62, p. 991.



CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Services automobiles entre Vichy, Châtel-Guyon, Clermont-Ferrand, Royat, Le Mont-Dore et La Bourboule. — D'accord avec la Compagnie d'Orléans, la Compagnie P.-L.-M. mettra en marche, jusqu'au 15 septembre prochain, entre Vichy, le Mont-Dore et la Bourboule :

1° Un service automobile rapide quotidien avec aller et retour dans la même journée,

2° Un service automobile ordinaire tri-hebdomadaire avec départs : de Vichy, les lundis, mercredis et vendredis, de la Bourboule-le Mont-Dore, les mardis, jeudis et samedis.

Pour tous renseignements, demander le prospectus-horaire à l'Agence P.-L.-M., 88, rue Saint-Lazare, à Paris, à l'Agence de la Compagnie d'Orléans, 16, boulev. des Capucines, à Paris ; aux bureaux de ville, bureaux de renseignements de ces deux Compagnies et aux agences de voyages.

pouls radial, l'accroissement de la matité aortique ont une grande valeur (Rendu). Aujourd'hui l'usage très répandu de la radioscopie permet de les déceler plus facilement.

3. SUIVANT LA CAUSE. — Au 1er rang des *infections*, on doit placer la *syphilis*, le paludisme, le rhumatisme articulaire aigu, la fièvre typhoïde, la variole.

Parmi les intoxications, le plomb, le tabac, l'alcool, la goutte, le diabète, l'arthritisme.

Mais c'est surtout la syphilis que l'on doit rechercher, et nous avons vu l'association fréquente avec un tabes ou une paralysie générale. Dieulafoy a décrit un type spécial d'*anévrismes multiples de l'aorte*, d'origine syphilitique. L'angor pectoris en est fréquemment la conséquence. Les signes oculo-pupillaires seraient d'origine cervicale et indiqueraient la nature syphilitique qu'on peut d'ailleurs mettre en évidence par l'inégalité pupillaire, la lymphocytose rachidienne, la disparition des réflexes, etc. (syndrome de Babinski).

DIAGNOSTIC. — **I. Positif.** — La symptomatologie de l'anévrisme restant très souvent fruste, le diagnostic en est difficile parfois. En cas de doute, l'examen radioscopique pourra, dans bien des cas, faire le diagnostic. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'on devra avoir recours à l'œsophagoscopie ou à la bronchoscopie. En principe et d'une façon absolue, on ne pratiquera ces explorations qu'après s'être assuré par la radioscopie qu'il n'existe pas d'anévrisme de la crosse. La perforation et l'hémorragie foudroyante qui en résulte ont pu amener la mort au cours de l'examen.

La *radioscopie* fournit des renseignements de première importance. Vue de face, l'aorte normale ne déborde pas le bord droit du sternum. Mais en position oblique, l'ombre cardio-aortique se trouve séparée de l'ombre prévertébrale par l'espace clair moyen. Et l'aorte, qui apparaît, selon l'expression de Béclère, comme un ruban d'ombre qui se détache du cœur comme une cheminée, donne dans le cas d'anévrisme une ombre aortique déformée, agrandie, pulsatile.

De cette façon on peut définir le siège, la forme, l'étendue de l'anévrisme.

II. Différentiel. — *A.* EN CAS DE RUPTURE D'UN ANÉVRISME LATENT. — C'est tout le problème de la mort subite, qui est insoluble d'ailleurs sans l'autopsie. La mort pouvant se produire, dans l'anévrisme même, par une grosse embolie, la thrombose cardiaque, l'angor pectoris, une syncope, etc., ce sont là autant de problèmes qu'il faut soulever.

En cas de rupture avec hémorragie externe, on peut se demander s'il ne s'agit pas d'une hémoptysie foudroyante ou d'une hématémèse.

B. DIAGNOSTIC DES SYNDROMES MÉDIASTINAUX. — Nous citerons seulement l'angine de poitrine, les névralgies intercostales ou brachiales tenaces, les spasmes laryngés (ictus laryngé tabétique), l'asthme, la tuberculose pulmonaire, le cancer pulmonaire.

D'autres fois, on se trouve en présence d'un ou de plusieurs symptômes qui peuvent faire penser à une *compression du médiastin*.

Cependant l'âge du malade, la variabilité des symptômes, l'artériosclérose et la syphilis feront pencher plutôt vers le diagnostic d'anévrisme et éliminer les adénopathies trachéo-bronchiques plus spéciales à l'enfance ou les adénopathies trachéo-bronchiques cancéreuses.

La dyspnée, les troubles de la phonation pourraient faire penser à la tuberculose laryngée. Mais ici, les râles coexistent avec un souffle spécial, de la matité, de l'exagération des vibrations.

La compression du récurrent peut faire penser à des lésions laryngées. Mais l'examen laryngoscopique montre la corde vocale gauche paralysée, en position cadavérique. Le diagnostic est à soulever avec tous les syndromes du récurrent : syndromes d'Avellis, de Schmidt, lésion pseudobulbaire.

Les crises dyspnéiques peuvent faire penser à de l'asthme, l'angor pectoris vrai, etc.

La dysphagie fait penser à un cancer de l'œsophage surtout. La radioscopie et l'œsophagoscopie montrent dans ce dernier cas une tumeur plus ou moins bourgeonnante et saignante.

En présence d'une hémoptysie au cours d'un anévrisme, on doit se demander si elle est due à une compression des veines pulmonaires, à une embolie pulmonaire, à une rupture (hémorragies fissuraires), à de la tuberculose pulmonaire. Ce diagnostic de tuberculose est souvent difficile à différencier, car nous avons vu combien elle est fréquente au cours des anévrismes.

C. A LA PÉRIODE DES SIGNES PHYSIQUES. — 1. Si la tumeur est saillante à l'extérieur, le diagnostic s'impose. On peut cependant penser à une tumeur soulevée par une artère, à un abcès ossifluent. Mais dans ces cas, la tumeur n'a pas de battements d'expansion.

2. Si la voussure est animée de battements, le diagnostic est plus difficile avec l'empyème pulsatile.

3. La matité thoracique peut faire croire à une pleurésie médiastine, à une péricardite, etc.

4. Enfin, à l'auscultation, l'existence d'un double souffle dans la région aortique posera aussitôt plusieurs problèmes :

La maladie de Hodgson, c'est-à-dire la dilatation athéromateuse de la première portion de l'aorte avec insuffisance aortique concomitante survient aussi chez un syphilitique bien souvent. Mais il s'agit d'un malade plus âgé, de 60 à 65 ans, qui présente un double souffle aortique avec pouls bondissant, pas de retard des pouls radiaux ; localement on trouve un élargissement régulier, total, cylindrique de l'aorte et l'examen aux rayons X confirme d'ailleurs le diagnostic.

— L'aortite chronique avec dilatation légère et athérome. Il n'y a pas de modifications du pouls, pas de signes de compression, un souffle systolique dur, râpeux.

— Enfin le diagnostic avec les anévrismes du tronc brachio-céphalique, ou de la sous-clavière gauche, de l'origine de la carotide gauche, est des plus difficiles cliniquement ; seule la radioscopie peut préciser le diagnostic.

III. Diagnostic du siège. — 1° AORTE ASCENDANTE OU INTRAPÉRICARDIQUE. — Ces anévrismes correspondent à la zone des compressions vasculaires ou cardiaques. Pendant longtemps les symptômes de compression sont peu marqués. La tumeur a tendance à faire saillie sur le bord droit du sternum et au niveau des 2e et 3e espaces intercostaux. La compression principale est celle de la veine cave supérieure qui amène la congestion de la face. Le pouls est retardé dans tout le système artériel.

2° ANÉVRISME DE LA CONCAVITÉ (type récurrentiel de Dieulafoy). — Il amène au plus haut degré des troubles laryngés, imputables à la compression du récurrent (accès paroxystiques de suffocation, aphonie). Il amène des accidents graves malgré le petit volume, qui ne dépasse souvent pas les dimensions d'une noix. Il s'ouvre habituellement dans la trachée ou les bronches, déterminant alors des hémoptysies mortelles. Compression de la trachée (signes d'Oliver, de Hirtz, etc.).

3° ANÉVRISME DE LA CONVEXITÉ. — Il correspond à la zone des compressions artérielles et veineuses. Il use progressivement la partie supérieure du sternum, et les 2 premières côtes droites, au niveau desquelles il vient faire peu à peu saillie. C'est la forme avec tumeur perceptible.

Ici encore, au début, on peut être mis sur la voie du diagnostic par la surélévation de la crosse, des sous-clavières, par le retard du pouls radial gauche.

4° ANÉVRISME DE LA PORTION TERMINALE DE LA CROSSE. — Il correspond à la zone des complications laryngo-trachéo-bronchiques et œsophagiennes. La dysphagie est de règle. De même les troubles pupillaires par lésions du sympathique. Dans certains cas, il y a usure progressive du rachis et des côtes avec tendance à l'ouverture dans le canal médullaire, la plèvre gauche, etc. D'autres fois on peut observer la formation d'une voussure avec matité à gauche de la colonne vertébrale.

Dans tous ces cas, et chaque fois qu'on soupçonnera la possibilité de l'existence d'un anévrisme, on aura recours systématiquement à l'examen radioscopique, seul il permettra de poser bien souvent un diagnostic précoce et précis.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HOPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 19 juillet. — MM. Monod, 18; Guimbellot, 20; Deniker, 19; Desplats et Girode, 18.

Liste d'admissibilité : MM. Guimbellot, 67; Deniker, 65; Houdard, 64; Métivet, 63; Brocq, 62; Girode, 60; Kendirdjy et Gouverneur, 58.

UN LEGS A L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Le Conseil municipal de Paris vient de voter l'acceptation d'un legs de plus de 3 millions fait à l'Assistance publique de Paris, par Mme Millard, veuve de l'ancien médecin des hôpitaux de Paris.

HOPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

Externes titulaires. — 1. MM. Charleux, Caillot, Lépine, Decœur, Meyer (Jean), Mlle Durand, MM. Paliard, Mounier, Morel (Max), Clément,

11. De Girardier, Sors, Mugniery, Brochier, Piney, Chaix, Paupert-Ravault, Offret, Bertrand, Pitavy,

21. Mlle Morel, M. Maître, Mlle Loison, M. Malartre, Mme Creyssel, MM. Sabathier, Vareilles, Mollard, Rougy, Peycelon,

31. Corréard, Harispe, Volle, Mayoux, Digonnet, Lainé, Mlle Berger, MM. Bouchet, Comte, Simon,

41. Chavent, Michel, Rateau, Martin, Citron, Enselme, Gotteland, Damas, Jouve, Clerc,

51. Roland (Hubert), Mlle Hatat, MM. Pétouraud, Demasles, Lesbroc, Croizat, Paufique, Tillier, Latreille, Tyrand,

61. Amouroux, Artaud, Mlle Monier, MM. Pigeaud, Emonin, Gerin, Peyrus, Pouzet, Ribollet, Bonnet,

71. Hollard, Prévot, Cros, Chevallier, Christy.

Externes suppléants. — 1. MM. Fanjoux, Desjacques, Heitz, Layral, Pellorce, Jacquet, Goutheyron, Bienvenu, Cohen-Hadria, Debauchez,

11. Pouyamayou, Boudier, Rouzaud, Menhert, Gosselin, Ducroux, Mlle Guillemin, MM. Jeannin (Pierre), André (Georges), Mlle Marchand,

21. MM. Garcin (Pierre), Melin, Mlle Guillotel, MM. Barthélemy, Toison.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Les chaires suivantes sont déclarées vacantes : 1° la chaire de clinique des maladies des enfants; 2° la chaire de pathologie externe.

MARINE. — Le prix du Dr Blache a été décerné à M. le médecin de 1re classe Hamet (Louis-Henri), en service à Brest, pour son travail intitulé : « Le paludisme à Dakar dans le personnel du point d'appui de la marine. »

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Le ministre vient de créer un comité technique permanent qui aura comme attributions l'examen, au point de vue technique, des questions relatives à l'hygiène publique, aux œuvres d'hygiène et de prophylaxie.

Sont nommés membres du comité :

Le prof. Calmette, sous-directeur de l'institut Pasteur, président; M. Desmars, directeur de l'assistance et de l'hygiène publique; le prof. Léon Bernard; le Dr Jules Renault; le prof. Couvelaire (puériculture); le Dr Faivre (prophylaxie sanitaire); M. E. A. Martel (hydrologie); M. Trillat (chimie, désinfection); M. Louis Feine (architecture et technique sanitaire); M. Georges Cahen (œuvres d'hygiène sociale).

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — M. le Dr Gruvel, ancien maître de conférence à la Faculté des sciences de Bordeaux, est nommé professeur titulaire de la chaire des pêches et productions coloniales d'origine animale au muséum d'histoire naturelle (fondation nouvelle).

LA PROTECTION CONTRE LE TYPHUS. — Le *Journal officiel* du 20 juillet publie un décret réglementant l'entrée en France des voyageurs venant d'une contrée contaminée par le typhus exanthématique.

Tous ces voyageurs seront soumis à la frontière à une ins-

pection médicale sommaire. Les malades seront retenus et hospitalisés après avoir été soigneusement épouillés. Tous les porteurs de poux et tous les voyageurs dont la propreté paraîtra douteuse seront épouillés, leurs vêtements seront désinsectés.

Ils recevront, avant d'être autorisés à continuer leur voyage, un passeport sanitaire qu'ils remettront dès leur arrivée à destination au maire de la commune qui fera procéder à une visite médicale dans les 15 jours qui suivront l'arrivée.

Les infractions sont punies d'amende et de prison.

Félix GUYON

Un grand deuil frappe le corps médical : notre vénéré maître Guyon vient de mourir dans sa maison de campagne de Louveciennes, à 89 ans, après 4 mois d'agonie.

Quelle belle et brillante carrière que la sienne !

Né à Saint-Denis (La Réunion), en juillet 1831, il vint tout jeune en France et fit ses études à Nantes. Il y commença même sa médecine, et l'Ecole de Nantes s'honora de le compter parmi ses plus brillants élèves. Arrivé à Paris, il suivit la carrière des concours. Interne en 1854, prosecteur en 1858, chirurgien des hôpitaux en 1862, agrégé en 1863, professeur en 1877, membre et président de l'Académie de médecine, membre et président de l'Académie des sciences, commandeur de la Légion d'honneur, Guyon conquit tous ces titres par son seul labeur, par ses mérites seuls. Il ignora l'intrigue et il ne dut qu'à sa valeur personnelle ses brillants succès. Marié jeune, ses débuts furent très modestes et même difficiles. Il commença par s'adonner à la chirurgie générale et nous lui devons plusieurs procédés opératoires, entre autres un procédé elliptique d'amputation sus-malléolaire. En 1867, il fut chargé, en collaboration avec Labbé, d'un rapport général sur les progrès de la chirurgie en France. Déjà, à cette époque, il avait acquis, comme chirurgien, une grande notoriété. Mais bientôt il se consacra uniquement à la chirurgie des voies urinaires où il devint un maître incontesté, le « Maître », pourrait-on dire, car ce fut un vrai chef d'école et les nombreux et brillants élèves formés à cette école, exerçant aujourd'hui tant à Paris qu'en province, en sont la preuve éclatante. Plusieurs déjà sont morts : Lucas-Championnière, Segond, Albarran, mais l'école reste dignement représentée par Legueu, Bazy, Hartmann, Michon, Desnos, Pousson (de Bordeaux), Pasteau, Imbert (de Marseille), Pierre Duval, Genouville, et d'autres encore.

Il n'est pas une question d'urologie que Guyon n'ait étudiée, approfondie, pas une opération qu'il n'ait réglée, perfectionnée. Comme interventions, il ne s'agit plus seulement de la taille et de la lithotritie que, par parenthèse, il pratiquait avec une maîtrise sans égale, mais les tumeurs de la vessie, les maladies de l'urètre, des uretères, des reins, de la prostate, l'incision des abcès de cette dernière (Guyon n'eut pas le temps d'aller plus loin), son incision curviligne pour l'attaque du rein, la néphrectomie, la néphropexie ; à toutes ces interventions, alors nouvelles, Guyon apporta sa marque.

Il acquit rapidement une grande situation dans la clientèle et, avec Charcot, Potain, Péan, Labbé, il fut un de nos maîtres les plus consultés et les plus appréciés dans le monde entier. Il ne lui fallut rien moins que son extraordinaire capacité de travail, son amour de la science, la parfaite régularité de sa vie pour arriver à mener de front ses devoirs de professeur, dont il s'acquitta toujours avec la plus parfaite conscience, ses devoirs d'académicien, son service d'hôpital et les charges d'une clientèle des plus nombreuses.

Quand il se trouva à la tête de la clinique urologique de Necker, il comprit que l'installation de cette clinique ne répondait aucunement au besoin de l'enseignement actuel, encore moins aux exigences de l'asepsie chirurgicale. Ce fut alors de sa propre initiative et de ses propres deniers qu'il fonda le plus beau service qu'il y eut alors à Paris et qui devint la brillante école de « la Terrasse » de Necker.

Guyon ne fut pas seulement un parfait professeur, un excellent clinicien, un habile opérateur, le créateur, en quelque sorte, d'une des branches importantes de la chirurgie, un maître dans toute l'acception du mot, un maître écouté, obéi, aimé. Ce fut aussi et surtout un grand cœur, d'une bonté discrète, d'une générosité inépuisable, toujours prêt à se rendre à l'appel du confrère malade, toujours doux et bienveillant à l'égard de ses opérés.

Qu'on me permette de rappeler ici un petit fait dont je fus témoin. Appelé à voir une pauvre religieuse malade à Louveciennes, la trouvant dans un état assez grave, je m'informai auprès de ses compagnes quel secours médical, en cas d'urgence, elle pourrait trouver dans le pays ! — Ne vous inquiétez pas, docteur, me dit-on, notre bienfaiteur M. Guyon est ici et non seulement il vient à notre secours pour nos œuvres, mais il est toujours à notre disposition pour nos malades. Tout Guyon est là.

Cet homme d'une belle stature, marchant la tête haute, d'une grande distinction de manières, un peu distant au premier abord, cette belle tête de médecin, à traits fins et graves, encadrée de favoris, tout, chez cet homme, imposait le respect. C'est à juste raison qu'un de ses plus brillants élèves, Segond, inaugurant sous sa présidence son cours de clinique chirurgicale à la Salpêtrière, terminait l'éloge qu'il fit de son maître, en disant : « Messieurs, partout où entre le professeur Guyon, tout le monde chapeau bas ! »

Guyon eut la vie qu'il méritait, vie pleine de labeur, pleine de dignité, pleine de succès, chargée d'honneurs légitimes, heureux dans l'intimité comme dans le monde où il jouissait de l'estime générale, de l'affection des siens, de ses élèves, de tous ses confrères, de ses nombreux amis. Toutefois, il ne lui a pas été donné de jouir de ce parfait bonheur jusqu'au terme de sa longue vie. Ses dernières années furent assombries par de grandes tristesses.

C'est une belle figure médicale qui disparaît, c'est un grand et bel exemple qui nous reste. A. BROCHIN.

CONGRÈS

Ve CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE

L'assemblée générale de la Société vient d'avoir lieu à la Faculté de médecine de Paris. Elle a décidé que le VIe Congrès aurait lieu à Londres, en juillet 1923, sous la présidence de M. le prof. Mac Ewen (de Glascow).

Les chirurgiens des empires centraux restent exclus.

— La *Gazette des hôpitaux* consacrera un numéro, la semaine prochaine, à la publication des travaux du Ve Congrès international de chirurgie.

Ier CONGRÈS DE L'HISTOIRE DE L'ART DE GUÉRIR

A l'occasion du 3e centenaire du cercle médical d'Anvers, le 1er congrès de l'histoire de l'art de guérir se tiendra à Anvers du 7 au 12 août 1920.

Le président du Comité exécutif est le Dr Tricot-Royer, président du cercle médical d'Anvers.

Le président de la Section française est M. le professeur Jeanselme.

Sujets mis à l'étude. — 1. Etudes historiques sur l'assistance publique en tous pays. — 2. L'iconographie médicale. — 3. La médecine folklorique. — 4. La médecine collégiale et monastique. — 5. Bibliographie de l'histoire de la médecine. — 6. Préhistoire médicale. — 7. Le mobilier des apothicaires. — 8. Notices biographiques. — 9. Epigraphie médicale. — 10. Contributions d'ordres divers relatives à l'histoire de l'art de guérir.

Cotisation 35 fr. ; dames 25 fr. — S'inscrire sans retard auprès du Secrétaire général, Maison des médecins, 8, rue Louise, à Anvers.

REVUE GÉNÉRALE

LA SYPHILIS NERVEUSE ET SON TRAITEMENT

DEVANT LA SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE (1)

Par FERNAND LÉVY.

La Société de neurologie, pour sa réunion annuelle, avait mis à l'ordre du jour la question de la syphilis nerveuse et son traitement.

Inutile d'insister sur l'importance à la fois didactique et pratique que présente un si vaste sujet. Est-il nécessaire de rappeler la fréquence extrême de la syphilis? Tout comme les manifestations cutanéo-muqueuses de cette maladie, ses localisations nerveuses viennent au premier rang. Les acquisitions biologiques récentes des virus neurotrope et dermotrope méritaient d'être passées au crible de la critique. Le traitement, enfin, devait retenir l'attention. Il s'affirme des plus systématiques; il repose sur le trépied mercure, arsenic, iodure. Son efficacité est incontestable. Et pourtant il y a des syphilis nerveuses qui lui cèdent, d'autres qui lui résistent. Pourquoi cette diversité de réaction aux agents curatifs? La durée, la continuité du traitement, le moment de son administration jouent-ils un rôle? Est-ce que le mode de combinaison des médications, leur formule chimique, la voie utilisée, les doses enfin, influenceraient l'évolution morbide? Y aurait-il des formes de syphilis nerveuse inaccessibles à la thérapeutique et qui engendrent tabes et paralysie générale? Existe-t-il des formes bénignes autocurables?

Voyons si la discussion et surtout l'apport de faits nouveaux aura permis de résoudre, en partie tout au moins, les questions ainsi posées.

Le problème est trop vaste pour avoir pu, en deux jours, être abordé dans tous ses détails. Les communications et observations se sont cristallisées autour du plan établi par le rapporteur M. Sicard avec quatre têtes de chapitre :

1° Nouvelles conceptions microbiennes de la syphilis;

2° Formes cliniques;

3° Diagnostic humoral;

4° Traitement.

Nous essaierons de fixer l'impression qui se dégage de la discussion en demeurant uniquement sur le terrain solide des faits.

I. NOUVELLES CONCEPTIONS MICROBIENNES DE LA SYPHILIS. — On a affirmé l'existence de deux variétés du tréponème, une à virus dermotrope frappant exclusivement peau et muqueuses, une à virus neurotrope se fixant sur les centres nerveux.

Cette opinion dualiste pourrait trouver un certain fondement dans l'observation clinique.

1° *Contage similaire.* — Morel-Lavallée, Hallopeau, Fournier ont rapporté des observations de syphilis nerveuse ayant pour origine commune des contages similaires. Certains individus contaminés à la même source devinrent tabétiques ou paralytiques généraux.

2° *Syphilis indigènes.* — En Orient ou en Extrême-Orient, les indigènes sont fréquemment atteints de syphilis ulcéreuses et mutilantes de la peau mais ne présentent, pour ainsi dire, jamais de localisations nerveuses.

3° *Syphilis avortées.* — Les syphilis des tabétiques et des paralytiques généraux sont d'ordinaire des syphilis muettes, c'est-à-dire avec un minimum d'accidents cutanés.

Il est, d'autre part, exceptionnel d'observer des gommes cutanéo-muqueuses chez ceux qu'on appelait des parasyphilitiques.

4° *Inefficacité du traitement.* — Il y a des syphilitiques admirablement traités dès le premier jour qui font de la syphilis nerveuse (Mott). Il en est d'autres dont l'accident primitif passe inaperçu, qui n'ont pas d'accidents secondaires et ne présentent jamais de lésions tertiaires.

5° *Resyphilisation.* — On a signalé que des paralytiques généraux avaient contracté une syphilis suivie d'accidents cutanés.

A. Marie et Levaditi ont essayé d'expliquer ces faits curieux par l'expérimentation. Ils sont arrivés, sur le lapin, à isoler un tréponème neurotrope à incubation longue, à lésion initiale érosive et un tréponème dermotrope provoquant un petit chancre et se fixant sur la paroi des vaisseaux. Bien plus, « les animaux qui guérissent après avoir présenté les lésions locales provoquées, soit par le virus dermotrope, soit par le germe neurotrope, et qui, de ce fait, ont acquis un état réfractaire à l'égard du tréponème homologue, continuent à être réceptifs vis-à-vis du virus hétérologue ».

M. Sicard fait très justement remarquer que la syphilis du lapin n'est pas celle de l'homme. On commet trop souvent l'erreur de superposer les résultats de l'expérimentation animale à la pathologie humaine.

Aux observations de contages similaires et des syphilis indigènes qui, ne tenant pas assez compte du terrain, accordent une part prépondérante à la virulence du germe, il est facile de répondre.

a. Il n'est pas démontré que *tous* les individus infectés à la *même source* fassent tous une même variété de syphilis. Les statistiques en l'espèce — et l'on sait déjà ce qu'elles signifient d'une manière générale — paraissent bien difficiles à établir.

b. L'argument des syphilis indigènes dermotropes n'est-il pas une preuve de l'importance du terrain. L'indigène fait des syphilis ulcéreuses, alors que l'Européen qui contracte la vérole avec les mêmes femmes présente, par la suite, des accidents nerveux et devient tabétique ou paralytique général. Pourtant la même maladie, si différente dans ses aspects, a bien été puisée au même virus.

c. Il est très vrai que les syphilis des tabétiques et des paralytiques généraux soient discrètes dans leurs manifestations cutanéo-muqueuses. C'est à peine si l'on retrouve un seul stigmate de syphilis dermotrope, mais celui-là permanent, incurable sous forme d'un placard de leucoplasie bucco-linguale. N'est-il pas logique d'admettre que l'aptitude de la muqueuse buccale à faire de la sclérose se puisse manifester sur le système nerveux?

d. L'argument thérapeutique est plus important. Sans doute il y a des syphilis qui, traitées d'une manière intensive dès le premier jour, évoluent et donnent du tabes ou de la paralysie générale. Mais ne pourrait-on citer d'autres maladies réfractaires au traitement qui les guérit d'habitude? La quinine influence-t-elle toujours le paludisme?

Il n'en est pas moins vrai qu'une syphilis normalement et régulièrement traitée a peu de chance de

(1) 9 et 10 juillet 1920.

faire de la neurosyphilis. Et c'est pourquoi souvent les sujets devenus tabétiques ou paralytiques généraux ne se sont jamais ou à peine soignés parce qu'ils ont présenté un chancre insignifiant et qui n'a même pas été suivi de l'explosion d'accidents secondaires.

e. Pour ce qui est de la syphilisation des paralytiques généraux, il y a des expériences contradictoires. Kraft Ebing a observé que les paralytiques généraux sont réfractaires à l'inoculation de virus syphilitique provenant de chancre. M. Sicard a fait trois expériences analogues, dont l'une très démonstrative.

Par conséquent, la clinique elle aussi peut s'inscrire contre la dualité d'un virus électivement dermotrope ou neurotrope.

Aussi bien, même au point de vue expérimental, cette dualité des virus syphilitiques n'est-elle qu'apparente. On connaît l'adaptation d'un même germe à certains tissus. Comme exemple de cette spécialisation, M. Milian rappelait que Besançon et Griffon avaient pu obtenir une race de staphylocoques qui, inoculée, s'attaquait aux seules articulations. Le tréponème peut parfaitement, dans des conditions ignorées de nous jusqu'alors, se localiser à la peau, frapper uniquement le système nerveux ou provoquer des artérites. Il ne s'agit nullement là de dualité.

En résumé, avouons-le, on est encore réduit à invoquer les vieilles notions de virulence microbienne et de terrain, sans se dissimuler qu'elles masquent encore l'ignorance où nous sommes de certains problèmes.

Est-il nécessaire de faire intervenir la sensibilisation du tréponème par certains tissus (Sicard), l'existence de déchets réducteurs dans les centres nerveux (Ravaut) pour expliquer la neurosyphilis? Le mal syphilitique est une pandémie qui frappe tous les systèmes de l'économie. Que nous enseignent l'expérience et la pratique courante? Que la syphilis est une maladie totius substantiae, à caractère septicémique; que même dermotrope elle est toujours neurotrope à sa période secondaire (céphalée, rachialgie, etc.). Par conséquent, le spirochète colonise et à la peau et dans les centres nerveux. A la période tertiaire, la maladie change d'allure; elle procède comme le paludisme, par à-coups, par décharges, dans l'intervalle desquelles le sujet est apparemment sain. La preuve en est qu'il peut procréer des enfants qui n'auront pas de stigmates d'hérédo. Il est admissible que le spirochète, ayant perdu son pouvoir contagieux, se localise en des centres de résistance. Il n'est plus pathogène que pour l'hôte qu'il habite. Réside-t-il, comme il se voit chez le nouveau-né hérédosyphilitique, dans le foie ou d'autres organes? On ne sait rien à ce sujet de précis. Rien d'impossible à ce qu'il se fixe dans les éléments nerveux et par son action locale provoque des accidents de tabes ou de paralysie générale. Au contraire, les autres accidents de neurosyphilis pourraient dépendre de l'émigration du spirochète des repaires inconnus où il végète vers le système nerveux où il arrive par voie circulatoire (artérielle, veineuse) ou même par voie lymphatique.

II. Formes cliniques. — Au système nerveux plus que partout ailleurs, elles relèvent de la localisation anatomique, et par conséquent de la voie d'apport du tréponème.

Dédaignant la notion pourtant solidement établie de la méningite latente préexistante, en particulier au tabes et à la paralysie générale, M. Sicard distingue :

1° *La syphilis nerveuse artérielle primitive*, avec méningite concomitante et lésions parenchymateuses secondaires (types classiques de la neurosyphilis).

2° *La syphilis nerveuse parenchymateuse* avec méningo-vascularite secondaire et méningite chronique (types dits parasyphilitiques). Le germe arrive toujours par voie vasculaire, mais, dans le premier cas, il se fixe aux parois du vaisseau, dans le second, il les traverse et vient s'arrêter au sein même du parenchyme nerveux.

Dans la syphilis nerveuse artérielle primitive, où le tréponème resterait intravasculaire, l'infection peut être diffuse ou localisée. Diffuse, c'est la méningo-vascularite généralisée de la période secondaire, tantôt latente avec un minimum de symptômes cliniques, tantôt grave à forme de méningite diffuse aiguë ou subaiguë. Les tréponèmes se fixent-ils en un segment de l'artère, on a alors une artérite localisée aux artères de l'encéphale ou de la moelle, avec soit thrombose, soit ectasie, soit rupture du vaisseau.

Dans la syphilis nerveuse parenchymateuse, le parasite, pénétrant par chimiotaxie ou affinité des éléments nerveux, amorcerait le processus futur du tabes ou de la paralysie générale.

Cette classification pathogénique, théoriquement satisfaisante, est en contradiction avec certains faits.

Contre l'hypothèse de la syphilis artérielle ainsi comprise, on peut objecter :

1° La présence exceptionnelle du tréponème dans les artères frappées d'artérite.

2° L'impossibilité d'expliquer les observations de syphilis médullaire de Lamy où les parois veineuses étaient surtout malades.

Contre l'hypothèse de la syphilis parenchymateuse, on a observé (Vincent, Sézary) :

a. Que la méningite latente précède souvent et de longtemps toute localisation nerveuse;

b. Qu'il y a des faits où une lymphocytose marquée et persistante, inaccessible au traitement, irréductible, devance de plusieurs années l'apparition de tabes ou de méningo-encéphalite diffuse.

A la période secondaire, en pleine septicémie syphilitique, on comprend à merveille l'apparition de méningites qui peuvent rester latentes ou se manifester à grand fracas.

A la période du tertiarisme le virus s'est fixé, tantôt dans un point de l'organisme, en dehors du système nerveux qu'il peut venir infecter ultérieurement (meningo-vascularite scléro-gommeuse, artérite, phlébite, gommes); tantôt il s'est localisé directement dans le système nerveux qu'il imprègne (paralysie générale, tabes).

Aussi bien ne sont-ce là qu'hypothèses. La clinique nous montre chez les syphilitiques des syndromes nerveux dont l'anatomie pathologique précise les lésions correspondantes.

III. Diagnostic humoral. — La recherche des réactions humorales comporte un intérêt tout à la fois diagnostique et thérapeutique. Si leur positivité imprime certitude à un diagnostic hésitant, elle permet également de reconnaître le degré d'imprégnation des centres nerveux et de contrôler les effets du traitement.

Les réactions humorales sont au nombre de 4 : 1 pour le sang, 3 pour le liquide rachidien.

Ce sont :

1° Le *Bordet-Wassermann du sang.*

2° Le *Bordet-Wassermann du liquide céphalo-rachidien.*

3° La *réaction cytologique du liquide rachidien* (lymphocytose).

4° La *réaction chimique du liquide rachidien* (albuminose).

A l'étranger, on utilise couramment une 5e *réaction dite de Lange* ou de l'or colloïdal : elle est basée sur les modifications de la couleur pourpre de l'or colloïdal en présence d'un liquide cérébro-spinal anormal. On arriverait aussi à différencier la syphilis nerveuse commune de la syphilis de la paralysie générale. Cette réaction de technique délicate paraît assez infidèle.

Quelle est la valeur de ces réactions?

Il est prouvé qu'un syphilitique peut avoir des accidents nerveux indépendants de sa maladie avec un Wassermann du sang positif.

Le Wassermann + du liquide rachidien a beaucoup plus d'importance. Cependant Vincent a signalé son existence chez des sujets porteurs de tumeurs cérébrales.

Si ce Wassermann + du liquide céphalo-rachidien est accompagné de lymphocytose avec quelques plasmazellen (Ravaut) et d'hyperalbuminose, il devient un critérium de certitude absolue. Quand ces 3 réactions existent simultanément dans le liquide cérébro-spinal on peut affirmer la syphilis nerveuse. La présence d'une d'entre elles isolée est un signe de forte présomption, leur coexistence un signe de certitude absolue.

Dans quel ordre apparaissent ces réactions? Sont-elles au contraire contemporaines? C'est là une question irrésolue. Sicard pense que l'albuminose paraît la première, bientôt suivie de l'hypercytose et enfin du Bordet-Wassermann rachidien.

Pour Sicard les réactions rachidiennes surtout de Bordet-Wassermann ne peuvent exister indépendamment de signes cliniques. Ravaut croit qu'au contraire on peut fort bien les rencontrer en l'absence de tout symptôme. Il semble que cela soit en effet, au moins pour l'hyperalbuminose et la lymphocytose rachidienne.

En tout cas le Bordet-Wassermann du liquide rachidien paraît constant seulement chez les paralytiques généraux. Il peut être absent dans les autres variétés de syphilis nerveuse.

La lymphocytose rachidienne semble être la règle dans le tabes et la paralysie générale. Long n'a vu qu'un cas de paralysie générale sans réaction hypercytosique.

L'albuminose rachidienne prise en soi, en dehors du Bordet-Wassermann et de la réaction cellulaire, n'a que peu de valeur.

On prétend que, sous l'influence du traitement, la réaction de Bordet-Wassermann se modifie la première, devenant plus faiblement positive, puis négative, qu'ensuite la lymphocytose et en dernier lieu l'albuminose rachidienne disparaissent. Elles régresseraient en sens inverse de leur date d'apparition. En réalité, s'il y a des variations dans le Bordet-Wassermann rachidien, on peut observer des lymphocytoses résiduelles et des albuminoses définitives.

Que la recherche en série des réactions de Bordet-Wassermann sanguine et rachidienne permette de « doser » la virulence de l'infection syphilitique, et par suite de la neurosyphilis, c'est possible. Si le traitement paraît modifier le Bordet-Wassermann dans les différentes variétés de syphilis nerveuse, il est par contre sans action sur le Bordet-Wassermann + des paralytiques généraux qui reste irréductible.

En tout cas, la recherche du Bordet-Wassermann et de la lymphocytose du liquide rachidien permettrait, en l'absence de tout signe clinique, de se rendre compte de l'état du système nerveux.

Ravaut, Cl. Vincent considèrent que la ponction lombaire doit être méthodiquement pratiquée chez les anciens syphilitiques. Sicard, admettant qu'il n'y a pas de réaction du liquide rachidien sans symptômes cliniques, n'est pas de cet avis. Il ne saurait, en réalité, y avoir de règle absolue, il n'y a que des cas d'espèce.

Dans l'hérédosyphilis nerveuse, le Bordet-Wassermann du sang et du liquide rachidien est la seule des réactions qui ait une importance pratique (Babonneix). La constatation de spirochètes dans le liquide qui elle aussi conférerait la certitude est malheureusement exceptionnelle.

IV. Traitement. — Le traitement de la syphilis nerveuse a fait et fera encore couler des flots d'encre. Il semble que chacun doit tenir compte de son expérience personnelle et de la susceptibilité du patient aux agents thérapeutiques. Il faudra tâtonner, être opportuniste en un mot.

La syphilis, comme d'autres maladies, peut guérir spontanément. On ne s'y fiera guère, tout en admettant que le fait est quelquefois possible.

La neurosyphilis peut se manifester et continuer à évoluer malgré un traitement à la fois rigoureux et soigneusement conduit. On se souviendra que les syphilis à guérison spontanée comme les syphilis résistant au traitement sont rares. Ces faits ne doivent engendrer ni scepticisme ni inertie thérapeutique.

Le mal fracastorien est une des affections sur lesquelles, somme toute, on a le plus de prise, encore que la syphilis nerveuse soit, de ses formes morbides, la plus résistante à la thérapeutique.

L'artérite qui n'aura pas trop évolué, qui ne sera ni thrombosante, ni ectasique, qui ne se compliquera pas de rupture vasculaire, se trouvera fort bien influencée.

La méningite gommeuse guérira.

Les formations scléreuses résisteront au traitement, comme les dégénérations, lorsqu'elles seront définitives. Il ne faut pourtant jamais désespérer. Les observateurs de longue expérience affirment que depuis qu'on traite systématiquement les tabétiques les formes ataxiques sont plus rares. Bien plus, il semble que le traitement soit susceptible d'amener un arrêt dans l'évolution de la maladie (Babinski) et puisse faire disparaître certains des symptômes [douleurs fulgurantes, troubles urinaires (Souques)].

Avant l'ère arsenicale, le traitement était relativement simple. Les pilules avec leur action lente et infidèle étaient peu employées. On recourait aux injections intramusculaires ou intraveineuses de sels solubles, et, dans les cas urgents, aux sels insolubles comme le calomel, ou à la vieille friction mercurielle. On avait des résultats, on avait aussi des insuccès.

Quand survint l'arsenic il détrôna tout d'abord le

vieux mercure. C'était la panacée, la médication miraculeuse, la therapia sterilisans magna. Dans les syphilis dermotropes, les plaques muqueuses se desséchaient, les gommes fondaient. Dans la syphilis nerveuse, on triomphait de l'hémiplégie, on guérissait le tabes et la paralysie générale.

Il a fallu déchanter. Nous n'en voulons pour preuve que ce que dit M. Sicard. Il a observé déjà plus de 30 cas de syphilis nerveuse chronique (tabes, paralysie générale) chez des sujets traités à la période secondaire par les injections intraveineuses arsenicales hebdomadaires, à doses progressives.

En matière de neurosyphilis l'arsenic seul n'a pas paru mieux donner que le mercure. Il est des formes où l'un et l'autre montrent une efficacité particulière. Le mieux donc était de les associer. C'est ce qu'on a très judicieusement fait.

On peut pratiquer une cure mercurielle suivie d'une cure arsenicale; on peut combiner les deux médicaments. Dans les neurosyphilis de la période secondaire l'accord est complet, mercure et arsenic sont indiqués. Dans le tertiarisme nerveux banal provoquant une hémiplégie ou une paraplégie, la ligne de conduite est la même.

Il n'en est plus ainsi dans les lésions anciennes à type scléreux ou dans le tabes et la paralysie générale.

La paraplégie spastique à type d'Erb, par exemple, n'est nullement influencée par la médication mercurielle. La cure arsenicale longtemps prolongée et à petites doses tend pourtant à atténuer l'état spasmodique.

Le tabes au début, le tabes en évolution seront traités comme le neurosyphilitique récent, c'est-à-dire par la double médication, qui sera souvent répétée et longtemps continuée.

La tendance actuelle semblerait être d'utiliser exclusivement les arsenicaux. En réalité, la régression de certains symptômes, l'arrêt de l'évolution d'un tabes s'observaient déjà alors qu'on utilisait exclusivement une médication mercurielle active en piqûres.

Pour les paralytiques généraux l'accord semble s'être fait. Pas de mercure. L'arsenic serait mieux supporté. En tout cas le paralytique général authentique guéri par ce traitement semble encore à chercher. Il ne faut pas prendre pour des améliorations les rémissions spontanées qu'on observe au cours de la maladie.

Les indications étant ainsi posées, comment ordonnancer le traitement?

On peut faire pendant 3 semaines une série de piqûres de sels solubles ou de frictions avec un jour d'intervalle chaque huitaine pour une injection intraveineuse de novarsenobenzol dont la dose sera progressivement croissante (0,15; 0,30; 0,70), ou de sulfarsenol.

Au contraire, on peut débuter par une série mercurielle soluble ou insoluble; puis faire une cure arsenicale soit hebdomadaire intraveineuse à doses progressivement croissantes de 0,15 à 0,90 et 1 g., lors de la 7e ou 8e injection par le procédé Ravaut (2 cmc. de liquide au total); soit sous-cutanée ou intramusculaire qu'on pourra répéter tous les jours ou tous les deux jours. Pour l'hectine et le galyl le procédé est courant. Il doit le devenir avec l'arsenobenzol et le sulfarsenol. L'avantage est qu'une personne expérimentée de l'entourage du malade — voire non médecin — est à même de pratiquer ces injections. Elles sont du reste assez peu douloureuses, même sans dissoudre le novarsenobenzol dans 1 ou 2 cmc. d'une solution de novocaïne au 1/100e. L'injection se fait dans le tissu sous-cutané de la région externe et supérieure de la cuisse, de l'épaule ou dans les masses musculaires de la fesse.

Ce procédé permet, en outre, d'administrer des doses plus fréquentes, et par conséquent un traitement arsenical plus intensif. De plus, d'après les expériences de Sicard, Kohn Abrest et Paraf, la voie sous-cutanée est plus efficace que l'intraveineuse. L'imprégnation viscérale, et en particulier la fixation de l'arsenic sur les centres nerveux, seraient plus marquées après les injections sous-cutanées ou intramusculaires qu'après les endoveineuses. D'autre part on se met ainsi à l'abri des accidents qu'on a appelés anaphylactiques, nitritoïdes. Vraisemblablement aussi verra-t-on moins de neurotropisme arsenical. Dernier avantage enfin, l'élimination du novarsenic après injection intraveineuse étant très rapide, la durée de son action se trouve très diminuée. Le traitement sous-cutané ainsi compris réalise à la fois une simplicité, une innocuité et une activité thérapeutique plus grandes.

Des autres voies utilisées pour mettre l'arsenic au contact des centres nerveux, nous ne dirons qu'un mot : elles sont dangereuses.

L'injection intracranienne ou intraventriculaire, si elle est théoriquement de technique simple, est pratiquement aveugle. Même avec de toutes petites doses (4 mg. de néosalvarsan), M. Sicard rapporte un cas de mort.

L'injection intrarachidienne de sérum salvarsanisé n'est guère plus recommandable. Outre les réactions douloureuses extrêmement vives et l'apparition de troubles vésicaux, les effets thérapeutiques sont nuls.

En dehors de l'utilisation du mercure et de l'arsenic, on n'oubliera pas que, dans les méningites ou les lésions gommeuses, l'iodure de potassium ne perd pas ses droits. Il faudra le donner à hautes doses.

La conclusion c'est que tout neurosyphilitique — lésions destructives, dégénératives ou paralysie générale mises à part — guérit d'ordinaire par le traitement.

Ce traitement sera *toujours mercuriel avec association de cure arsenicale*. Contre les formes graves, sels insolubles de mercure ou frictions, injections sous-cutanées de novarsenobenzol, iodures enfin, constituent les trois grandes armes qu'il faudra savoir judicieusement employer dans une proportion convenable.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Prophylaxie des maladies transmissibles. Mesures de protection contre les maladies contagieuses, par H. Bertin-Sans, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Montpellier, et le Dr M. F. Carrieu, chef de clinique, chef des travaux pratiques d'hygiène à la Faculté de médecine de Montpellier. Un vol. de 254 pages. — Prix : 10 fr. net. — Paris, Masson et Cie.

La Pratique de l'héliothérapie, par M. le Dr A. Aimes, chef de clinique à la Faculté de Montpellier. In-8, 1920, 3e édit., 14 figures et 8 planches hors texte. Prix : 10 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Etude de la loi d'action de l'amylase sur l'amidon au début de la réaction. Travail de l'Institut de pharmaco-dynamo et de médecine expérimentale de la Faculté de médecine de Strasbourg, par le Dr E. Pelbois. Une broch. in-8. — Strasbourg 1920, Leroux.

LE CACODYLATE DE SOUDE A HAUTES DOSES
EN THÉRAPEUTIQUE

Par le Dr H. ROZIÈS (d'Aups),
Ex-interne des hôpitaux de Montpellier.

Une méthode récente, digne d'être connue et divulguée, consiste à substituer aux injections de cacodylate de soude à petites doses l'introduction dans l'organisme par les voies hypodermique ou intraveineuse de quantités élevées de ce médicament. Les faibles doses sont celles de 5 cg. à 10 cg. par jour, habituellement utilisées. On entend par contre par quantités élevées de cacodylate des doses atteignant et dépassant même 50 cg. par 24 heures.

Mode d'action. — Le cacodylate de soude à doses massives est susceptible de réaliser au plus haut degré les 3 remarquables qualités des sels arsenicaux : 1° c'est un *tonique* et un *puissant reconstituant*; 2° c'est un *remarquable médicament antiparasitaire*; enfin 3° c'est un précieux *modificateur de la peau*.

1° *C'est* un médicament *tonique*. Sous son influence, on note une augmentation du nombre des globules rouges, une augmentation de la teneur du sang en hémoglobine, une stimulation de la nutrition générale avec réveil de l'appétit et accroissement de poids (Levrat, Maréchal).

2° *C'est un remarquable agent antiparasitaire* et cette précieuse qualité a pu être mise en œuvre dans la lutte contre le paludisme et bon nombre de maladies exotiques.

3° Enfin grâce à son élimination partielle par la peau, le cacodylate de soude est capable d'une influence favorable sur un grand nombre d'*affections cutanées*.

Technique. — Le cacodylate de soude à doses élevées peut être introduit dans l'organisme : 1° par la voie *hypodermique*; 2° par injection *intramusculaire*; 3° par injection *intraveineuse*. Levrat (de Lyon) utilise la voie hypodermique, Maréchal préconise la voie intraveineuse ; personnellement nous nous sommes adressés à l'injection intramusculaire plus pratique et moins douloureuse que l'injection sous-cutanée. L'instrumentation est celle habituellement en usage pour les injections, hypodermiques ou intraveineuses. La plus stricte asepsie est de rigueur. L'injection intraveineuse sera pratiquée au pli du coude au niveau de la veine médiane céphalique, l'injection intramusculaire dans le quadrant supéro-externe de la fesse, l'injection sous-cutanée à la face externe de la cuisse. Notons cependant que M. G. Thérasse, qui recommande la méthode dans la tuberculose pulmonaire et utilise la voie sous-cutanée, pratique les injections à la face antéro-externe du bras. On ne formulera plus la solution à 5 p. 100, correspondant à 0g05 de cacodylate de soude par centimètre cube, mais des solutions plus concentrées. Levrat emploie la solution à 15 p. 100 (0g15 par cmc.), Thérasse à 25 p. 100 (0g25 par cmc.), Patry à 30 p. 100 (0g30 par cmc.), enfin Maréchal, une solution pour injection intraveineuse à 50 p. 100 (0g50 par cmc.).

La formule employée par Levrat est la suivante :

Chlorhydrate de cocaïne	0g05
Chlorhydrate de morphine	0g10
Cacodylate de soude	15 g.
Alcool phéniqué à 5 p. 100	IV gout.
Eau distillée q. s. pour	100 cmc.

Cette solution a deux avantages : elle peut se conserver longtemps ; en deuxième lieu elle est indolore.

Thérasse s'est rallié à la formule suivante :

Cacodylate de soude chimiquement pur ...	2g50
Eau distillée stérilisée	10 g.

La solution est stérilisée par ébullition de 20 minutes au bain-marie et additionnée d'une goutte de gaïacol ou d'alcool phéniqué pour maintenir le milieu aseptique.

Patry qui reproche à la formule de Levrat d'avoir le désavantage de créer, chez certains sujets, un morphinisme chronique utilise la solution suivante :

Cacodylate de soude	30 g.
Alcool phéniqué à 5 p. 100	IV gout.
Eau distillée q. s. pour	100 cmc.

Le cacodylate de soude sera administré à *doses progressivement croissantes*. La dose initiale est de 0g15 pour Levrat et Thérasse, de 0g30 pour Patry, de 0g50 et même de 1 g. pour Maréchal. Chez l'enfant, il faut se contenter de 0g15. Mais chez l'adulte on peut débuter par des doses autrement élevées. Dans les cas urgents, Patry injecte, par voie hypodermique, 0g60 dès le premier jour et Maréchal 1 g. et 1g50. Si l'on utilise la voie sous-cutanée, on fera, à raison de 2 injections par semaine, des séries de 6 à 10 injections et l'on ménagera entre 2 séries un intervalle de 15 jours. La dose maximum par la voie hypodermique pourra être très haute. Lhermitte et Quesnel atteignent 2g50 et Prokhorow a injecté jusqu'à 7 g. Mais des doses de 0g50 à 0g60 restent largement suffisantes et Thérasse écrit qu'il n'y a aucun avantage à les dépasser. Par la voie intraveineuse, Maréchal qui débute par 0g50, 1 g. ou même 1g50 laisse entre chaque injection un intervalle de 4 à 5 jours et va jusqu'à injecter 6 g. de cacodylate.

Accidents. — En dehors de ceux, d'ailleurs rares, qui sont imputables à des fautes de technique ou d'asepsie, les accidents observés peuvent être : a. *locaux*, b. *généraux*.

a. *Locaux*. — Les injections hypodermiques et intramusculaires ne donnent lieu, en général, à aucune réaction locale. Prokhorow, injectant 7 g. de cacodylate, écrit que, malgré son degré de saturation, cette solution ne provoque au niveau des tissus aucune réaction et est absorbée rapidement par les tissus. L'élimination se fait, en général, au bout de 3 jours.

b. *Généraux*. — On peut observer : 1° de la fièvre, 2° des vomissements, 3° de la diarrhée, 4° des éruptions cutanées, 5° des hémoptysies, 6° de l'albuminurie, 7° de la névrite.

De tels accidents sont exceptionnels, même chez les tuberculeux pulmonaires (Levrat, Descombiers, Thérasse). Chez deux de nos malades, l'apparition d'une élévation thermique et d'une hémoptysie nous a obligé à suspendre la médication.

Contre-indications. — En résulte-t-il des contre-indications notables ? Chez les bacillaires, Thérasse en cite 3 : 1° les fortes températures ; 2° l'entérite ;

3° la néphrite. Levrat, Patry, tout en reconnaissant que la fièvre est une contre-indication à l'emploi de doses élevées de cacodylate, estiment que ni l'albuminurie, ni les hémoptysies ne doivent arrêter le praticien. Descombiers n'a jamais trouvé d'albumine chez ses malades, alors que quelques-uns en présentaient au début. Levrat traite même certaines albuminuries tuberculeuses et surtout prétuberculeuses, par le cacodylate à doses massives. Il est évident cependant qu'il faut renoncer à cette thérapeutique s'il existe des lésions rénales étendues (cylindrurie, rétention chlorurée, azotémie).

Pour Levrat et Patry, l'hémoptysie n'est pas une contre-indication. Le cacodylate ne l'arrête pas, mais il aide les malades à réparer les pertes sanguines, son rôle hématopoïétique passant alors au premier plan.

Quoi qu'il en soit, nous estimons qu'il est du devoir du praticien qui utilise cette méthode : 1° de prendre régulièrement, matin et soir, la température des malades; 2° de faire faire, après chaque injection, la recherche et, s'il y a lieu, le dosage de l'albuminurie; 3° de suspendre la médication s'il survenait, surtout chez un tuberculeux pulmonaire, de la fièvre, des hémoptysies ou de l'albuminurie.

Applications de la méthode. — Elles peuvent être : 1° *chirurgicales*; 2° *médicales*.

1° En chirurgie. — *a*. On s'adressera au cacodylate de soude à hautes doses pour traiter les *anémies posthémorragiques* chirurgicales. La méthode est appelée à rendre service, particulièrement aux porteurs de polypes naso-pharyngiens et aux fibromateuses. En gynécologie, associé au sérum physiologique, le cacodylate à doses massives pourra rendre bien des services pour aider au relèvement de l'état général après les hémorragies de la délivrance ou de l'avortement.

b. Les *tuberculoses ganglionnaires et osseuses* sont également justiciables de la méthode. Descombiers a pu rapporter l'observation d'un malade porteur d'une adénopathie cervicale énorme et qui simulait un goitre. Après une dizaine d'injections à 0g30 tout disparut comme par enchantement. D'autre part, Bayeux traite systématiquement les tuberculoses osseuses par le cacodylate associé à l'immobilisation et a toujours vu ses malades tirer un bénéfice important de cette médication.

2° En médecine. — Le cacodylate à doses massives pourra être utilisé ici : *a*. comme *tonique et reconstituant*; *b*. comme *antiparasitaire*; *c*. comme *modificateur de la peau*.

A. *Action tonique et reconstituante*. — En raison de son action excitante sur la nutrition, le cacodylate de soude à hautes doses mérite d'être utilisé :

1° Dans diverses *maladies du sang*, dans les anémies symptomatiques ou essentielles (anémie pernicieuse, anémies spléniques), dans les leucémies, dans la lymphadénie. A noter cependant que l'arsenic, même à doses élevées, est toujours inférieur au fer dans le traitement de la chlorose.

2° Dans certaines *affections des voies respiratoires*, dans l'adénopathie trachéo-bronchique, dans l'asthme et dans l'emphysème pulmonaire en dehors des crises, mais surtout dans la *tuberculose pulmonaire*. Levrat, Descombiers, Patry, Thérasse ont signalé les heureux résultats que peut donner le cacodylate de soude à doses massives chez les tuberculeux pulmonaires. De 1903 à 1912, Levrat a traité par cette méthode 1.070 tuberculeux, et les résultats qu'il a obtenus peuvent se résumer ainsi : lorsqu'il ne s'agissait pas de cavitaires infectés ou de formes rapidement extensives, il a presque toujours, c'est-à-dire au moins 9 fois sur 10, obtenu une augmentation marquée de l'appétit, un accroissement sensible du poids et surtout un relèvement général des forces très apprécié par le malade. Chez les tuberculeux présentant une affection à marche lente, fibreuse, le traitement fait merveille. « Les râles disparaissent, les sécrétions s'assèchent comme si un vent bienfaisant avait balayé la muqueuse » (Patry. Le cacodylate de soude à doses massives en thérapeutique, *Monde méd.*, 5 déc. 1912). Les réactions locales sont nulles; douleur insignifiante, pas d'induration. Les réactions générales sont exceptionnelles si l'on sait tenir compte des contre-indications (fièvre, entérite, néphrite). Chez certains malades, il peut se produire une élévation de 4/10 à 5/10 à la suite de l'injection; dans ce cas, l'arsenic par voie buccale est à préférer. Dans un travail récent (Le cacodylate de soude à doses massives dans la tuberculose pulmonaire, *Le Scalpel*, 28 déc. 1919), M. G. Thérasse, médecin d'un sanatorium belge, rapporte les résultats qu'il doit à cette médication. L'auteur, qui injecte pour débuter 0g15 puis 0g25 et finalement 0g50, écrit qu'il n'y a aucun avantage à dépasser cette dose. A la dose de 0g50 le malade exhale par l'haleine, rapidement après l'injection, une forte odeur alliacée qui persiste de 8 à 10 heures. Thérasse estime que la constatation de ce signe est capitale au point de vue pratique. Quand cette odeur n'apparaît pas, on peut renoncer au traitement; il ne donnerait aucun résultat. Par cette méthode, l'état général serait le premier influencé, l'appétit se relève, le poids augmente. Puis la toux diminue et les sécrétions se fluidifient. Les formes les plus sensibles sont pour lui, comme pour Levrat, les formes torpides et les formes de début. A la fin des poussées évolutives, le cacodylate à fortes doses peut encore donner de bons résultats, mais dans ce cas il y a lieu de procéder très prudemment en débutant par 0g05 pour augmenter progressivement de 0g05 en 0g05 tous les 4 jours. L'auteur n'a jamais observé d'accidents. Il recommande de tâter le terrain par une augmentation progressive des doses, surtout à la fin des périodes évolutives, chez les hémoptoïques et chez les malades dont le poids baisse régulièrement sans causes apparentes, signe d'accidents évolutifs en préparation.

3° Dans certaines *maladies générales*, par exemple dans le diabète avec dénutrition, amaigrissement et tuberculose pulmonaire et dans certaines formes de rhumatisme chronique où l'arsenic est capable d'agir sur l'état général, de stimuler l'appétit et de relever les forces.

4° Dans bon nombre d'*affections du système nerveux*, dans la chorée (où l'on débutera chez l'enfant par des doses de 0g05 à 0g15), dans la neurasthénie, dans le goitre exophtalmique. Lhermitte et Quesnel ont obtenu des résultats très favorables dans la paralysie agitante en employant par voie hypodermique des doses croissantes de cacodylate de 1 g. à 2g50 en commençant par 0g25 et 0g50. La voie intraveineuse paraît préférable à M. Maréchal (Maladie de Parkinson et cacodylate de soude, *Gaz. des hôpit.*, 24 janv. 1920) car on peut ainsi injecter d'emblée 1 g. ou 1g50. « Si l'on veut, écrit M. Maréchal, obtenir des résultats appréciables en pathologie nerveuse en fai-

sant appel aux méthylarsinates, il faut les employer à hautes doses. »

5° Enfin, le cacodylate de soude à doses élevées pourra être administré aux *convalescents* de grandes infections, en particulier dans l'asthénie postgrippale.

B. *Action antiparasitaire.* — Grâce à ses effets parasiticides, l'emploi de doses massives de cacodylate est appelé à rendre de précieux services : 1° dans le traitement du *paludisme*, et Maréchal a indiqué que, au même titre que le néoarsenobenzol, le cacodylate, en injections intraveineuses de 0g50 à 6 g., pouvait efficacement aider à la stérilisation de l'organisme impaludé; 2° dans la *syphilis* où l'on associera l'arsenic au mercure; dans ce cas, Patry signale que tous ses syphilitiques ont subi sans dépression, et mieux qu'aux périodes antérieures, le traitement hydrargyrique toujours un peu déprimant; Maréchal recommande également la méthode dans la syphilis : l'anémie syphilitique est puissamment influencée par la médication; 3° dans la *fièvre récurrente*, et, dans la *Presse médicale* du 22 octobre 1919 (Le cacodylate de soude dans la fièvre récurrente), M. Peyre relate que, démuni de néosalvarsan, en présence de cas nombreux de fièvre récurrente, il eut l'idée d'utiliser, à sa place, le cacodylate de soude en injections intraveineuses. Ainsi employé, même avec une seule injection de 0g15, le cacodylate écourta l'accès et supprima même les accès suivants. « Il est possible, conclut l'auteur, qu'il y ait là une méthode ne pouvant certainement pas remplacer le 914, d'action si sûre et si rapide, mais susceptible de rendre des services en l'absence de ce produit. » Dans l'angine de Vincent, dans la trypanosomiase, dans la lèpre, le cacodylate de soude sous-cutané, ou mieux intraveineux, peut être employé au même titre.

C. Comme *modificateur de la peau*, le cacodylate à fortes doses mérite d'entrer dans la thérapeutique de certaines dermatoses particulièrement tenaces. On l'utilisera donc : 1° dans les *eczémas rebelles*, en particulier chez les sujets anémiés; 2° dans le *psoriasis* des malades maigres et débilités; 3° dans le *lichen plan*; 4° enfin, dans certaines affections de la peau considérées comme d'origine tuberculeuse, telles que le *lupus*, l'*érythème noueux* et aussi l'*érythème induré de Bazin*. Cette dernière affection, jusqu'ici mal connue et à l'étude de laquelle M. Guibert a consacré sa thèse (Revue générale sur l'érythème induré de Bazin, *Th. de Paris*, 1914) — dermatose se traduisant, soit par des nodules hypodermiques ayant tendance à la résorption spontanée ou non (forme nodulaire), soit par des nodules hypodermiques ayant tendance à l'ulcération (forme ulcéreuse), souvent accompagnée de manifestations tuberculeuses, cutanées ou viscérales — dont la thérapeutique consistait surtout dans le repos et des pansements, est susceptible d'être très heureusement modifiée par le néosalvarsan (Ravaut). Or, Maréchal a pu citer (*Bull. méd.*, 6 août 1919) des cas d'érythème induré chez des jeunes filles qui guérirent par les injections intraveineuses de cacodylate de soude à doses élevées.

Conclusions. — En résumé, la méthode des injections de cacodylate de soude à hautes doses a pu donner dans tous les domaines et entre toutes les mains d'appréciables résultats. En chirurgie, en pathologie exotique, en dermatologie, elle a pu donner des guérisons là où les doses habituellement prescrites de 0g05 étaient restées inopérantes. Un des auteurs qui la recommandent, Descombiers, a pu parler de cures « miraculeuses ». D'autre part, à condition de tenir compte des contre-indications d'ailleurs peu nombreuses, les réactions, soit locales, soit générales, sont nulles ou négligeables. Dans ces conditions, une telle thérapeutique qui a fait ses preuves et reste une technique simple, d'une innocuité absolue, d'une efficacité incontestable, mérite d'être connue du praticien qui l'utilisera pour le plus grand bien de ses malades.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 12 JUILLET 1920)

Possibilité de provoquer la crise hémoclasique par injection intraveineuse du sang portal recueilli pendant la période digestive. Action du foie sur les protéides de désintégration incomplète provenant de la digestion et charriés par la veine porte. — MM. F. Widal, P. Abrami et M. N. Jancovesco. Les recherches expérimentales dont les auteurs rapportent les résultats montrent que, à l'état normal, la digestion des matières albuminoïdes s'accompagne de l'absorption, par la muqueuse gastro-intestinale, non seulement d'acides aminés, comme on l'admet généralement à l'heure actuelle, mais de produits protéiques non encore désintégrés jusqu'à ces termes ultimes de la protéolyse ; ces produits se retrouvent dans la veine portale en quantite suffisante pour que l'injection de 40 cmc. de sang portal, ou la dérivation de ce sang dans la veine cave inférieure, déterminent une crise hémoclasique typique. Cette crise, témoin de l'insuffisante élaboration des substances azotées de la digestion, se produirait donc constamment au cours des repas, si le foie, interposé entre l'intestin et le reste de l'organisme ne protégeait celui-ci en arrêtant ces produits nocifs, soit en les fixant, soit en les transformant. Il s'agit donc là d'une fonction spéciale de la cellule hépatique, fonction « protéopexique » ou « protéophylaxique » comparable par certains côtés à celle qu'elle exerce à l'égard d'un grand nombre de poisons venus de l'intestin, et dont on peut mesurer l'importance à la gravité des troubles que provoque parfois la pénétration directe, dans la circulation générale, des albumines non désintégrées ou de leurs premiers produits d'élaboration.

Tout portait à penser, en présence de ces résultats, que le rôle protecteur du foie pouvait se montrer déficient au cours des altérations si diverses et si fréquentes que la maladie fait subir à cet organe et que le médecin trouverait dans l'étude systématique de cette insuffisance de fonction un nouveau moyen d'apprécier l'adultération hépatique. Les recherches que MM. Widal, Abrami et Jancovesco ont entreprises en ce sens sur de nombreux sujets, et qu'ils exposeront dans une prochaine note, établissent le bien-fondé de cette manière de voir.

Influence du rocking-chair américain sur la respiration. — M. de Chardonnet a remarqué que le rocking-chair permet de conserver, dans toutes les attitudes, les positions défectives de la nuque et de la colonne vertébrale, il pense, en se basant sur les dernières notes de M. d'Arsonval (1), que cette attitude favorise la respiration.

Le lait et la fièvre aphteuse. — M. Ch. Poscher.

Analogies et différences d'actions biologiques des diverses radiations du spectre solaire. — M. Miramon de Laroquette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 20 JUILLET 1920)

Des instituts médicaux. — M. Delorme rappelle que, bien avant la guerre, s'imposait la nécessité de l'extension des

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 61, p. 972.

centres de recherches biologiques. Elle s'impose plus que jamais à l'heure actuelle.

« C'est par miracle, dit-il, que des savants comme Claude Bernard, Villemin, Laveran, Davaine, Bouchard, Pasteur, pour ne citer que ceux-là, ont réalisé, avec des installations précaires, misérables, les belles découvertes qui ont illustré leur nom. La récolte eût été plus abondante si leurs moyens avaient été moins déficients. » Il faut aujourd'hui faire un meilleur usage des forces dont on dispose.

Il est du devoir de l'Académie de répondre aux appels qui lui ont été faits; et c'est pourquoi M. Delorme a tant insisté pour que fût discutée la question des instituts médicaux, et, en particulier, celle des centres de recherches biologiques.

Remontant dans le passé, M. Delorme rappelle les fameuses discussions entre les cliniciens, représentés par les plus hautes autorités professorales et les expérimentateurs, tels que Villemin, Claude Bernard, Davaine, Laborde et surtout Pasteur. On conçoit, dès lors, que l'expérimentation soit restée chez nous le but restreint de quelques biologistes qui avaient la foi ardente et qui, par ailleurs, n'avaient pas de gros soucis matériels. Il ne fallut rien moins que les démonstrations éclatantes de Pasteur, de ce génie qui de son laboratoire de chimiste fit subir aux sciences médicales la plus surprenante des révolutions pour changer l'orientation des esprits. Dès lors la voie était ouverte, et M. Delorme rend hommage aux savants biologistes qui, dans un centre autonome dû à l'initiative privée, poursuivaient une série de recherches nouvelles, dégagés de tout souci dissociant, de toute préoccupation de clientèle et de métier. Rappelant les succès obtenus contre la rage, contre la diphtérie, M. Delorme fait observer que le but poursuivi était ici des recherches biologiques ayant trait à la thérapeutique, d'où leur immense succès.

Pendant ce temps que devenaient les institutions médicales d'Etat? M. Delorme nous montre qu'elles ne suivaient pas le mouvement, sauf quelques efforts personnels qui méritent d'être loués.

Suit une allusion à l'insuffisance, comme organisation, du Collège de France et du Muséum.

Pour conclure, le rendement des institutions d'Etat n'a pas donné satisfaction, surtout si on le compare à celui des institutions dues à l'initiative privée et M. Delorme craint bien que l'effort pécuniaire qu'on se propose de faire reste bien insuffisant.

A la tête de ces instituts ou laboratoires, que faut-il? Un homme de science tout à son œuvre, séparé du praticien et de l'enseignant, affranchi des préoccupations de la vie matérielle. En effet, la liberté d'esprit, la constance de l'effort ne peuvent s'accommoder d'un budget de misère.

Nous ne pouvons suivre M. Delorme dans les développements qu'il donne à la description des instituts et laboratoires tels qu'il les entend. Il y a là tout un programme qui mérite l'étude et la discussion : recherches et perfectionnement des agents thérapeutiques, recherches sur le cancer et la tuberculose, recherches de chirurgie expérimentale. Tout est passé en revue.

Comme modèle du genre, M. Delorme nous décrit l'organisation des laboratoires, de l'*usine scientifique* d'Auguste Lumière. Quel bel exemple à suivre!

En terminant cette première partie de sa communication, car il doit y revenir, M. Delorme estime que, à l'heure présente, il faut « retenir au plus tôt, en vue de la poursuite du but social le plus utile qui soit, des activités inquiètes du lendemain, désireuses de rompre avec un traditionalisme étroit, parfois aggravé par un favoritisme écœurant, coincées par une organisation scientifique vicieuse quant à son principe, vicieuse parce qu'elle détourne et paralyse de belles initiatives au lieu de les activer ».

La vaccine précoce des nouveau-nés. — M. Camus fait une intéressante communication sur ce sujet. Il résulte de cette communication qu'il y aurait quelques inconvénients à vacciner les nouveau-nés, comme on a trop de tendance à le faire maintenant. Les succès de la vaccination sont loin d'être aussi constants chez le nouveau-né que chez l'enfant vacciné après 3 mois. La vaccination des nouveau-nés est d'ailleurs inutile puisque les enfants âgés de moins de 3 mois ne contractent jamais la variole.

La crise hémolytique de la maladie de Raynaud. — M. Souques, en son nom et au nom de M. Moreau, fait connaître les résultats de recherches sur les accidents vasculo-sanguins de la maladie de Raynaud.

Par l'immersion des mains dans l'eau froide, les auteurs ont déterminé chez trois sujets des accès d'asphyxie locale symétrique. Ils ont recherché l'état de la pression artérielle et de la formule sanguine; ils ont constaté, dans certains cas, une diminution des leucocytes et de la pression artérielle. Dans d'autres cas, il n'y a pas de phénomènes généraux.

Au point de vue humoral comme au point de vue clinique, il existe donc deux formes de la maladie de Raynaud, l'une avec choc hémolytique et phénomènes généraux, l'autre réduite à un simple accès d'asphyxie locale.

Les auteurs poursuivent leurs recherches et feront quelques essais d'autosérothérapie.

M. Marie appuie les conclusions de M. Souques et va même jusqu'à déclarer que pour lui la maladie de Raynaud n'existe pas et qu'on en viendra à la dissocier en plusieurs états différents. MM. Souques et Moreau ont déjà commencé.

Un nouveau cas de virilisme cortico-surrénal. — M. Mauclaire rapporte l'observation d'une malade, âgée de 38 ans, qui a vu se développer il y a 6 ans une tumeur abdominale un peu à droite de la ligne médiane; en même temps ses règles furent supprimées. Dès lors son facies s'altéra, la figure, le cou et le thorax se couvrirent de nombreux poils très longs. La figure prit une forme allongée, le teint devint mat, masculin, les seins s'atrophièrent, le corps perdit ses formes arrondies, il devint apparemment très musclé. Cette femme n'a jamais eu d'enfants.

« J'ai opéré cette malade, dit M. Mauclaire, en avril dernier croyant avoir affaire à un kyste de l'ovaire. Je trouvai une tumeur rétropéritonéale, liquide dans sa partie interne, solide dans sa partie externe, allant s'insérer près du hile du rein et de coloration jaunâtre.

L'examen histologique de la tumeur, fait par M. Chesnau, montra qu'il s'agissait d'une tumeur épithéliale surrénale d'origine corticale. M. le prof. Letulle confirma ce diagnostic histologique d'épinéphrone.

Je pensai alors à examiner plus complètement ma malade au point de vue de son habitus masculin. Le vagin et l'utérus ne présentaient aucune malformation, mais le clitoris était très allongé et hypertrophié. La vulve était très pigmentée. Les appétits sexuels étaient normaux et satisfaisants. La voix est un peu forte. L'état psychique de la malade est resté celui d'une femme. Après l'opération j'ai soumis ma malade au traitement par l'ovarine. Or, fin juin ses règles reparurent, je verrai plus tard si son facies a changé. Donc ses ovaires ne sont pas atrophiés.

M. Appert, en 1910, a colligé une trentaine de cas d'hypertrophie ou de tumeurs des capsules surrénales ayant provoqué chez la femme l'apparition de l'habitus masculin.

Dans sa thèse sur le syndrome génito-surrénal, Galais (1911) a rapporté une observation semblable de Launois.

M. Auvray (1911) a publié un cas d'angiolipome de la surrénale chez une femme opérée pour fibrome utérin et ayant l'aspect masculin avec une forte barbe.

En 1914, M. Tuffier, et M. Guenes en 1917 ont publié des cas semblables qu'ils intitulèrent « virilisme surrénal ».

Le prof. R. Blanchard, en 1916, étudia longuement la pathogénie de ce virilisme surrénal, et pour lui la cause est plutôt dans l'altération de la glande interstitielle de l'ovaire, opinion que M. Pierre Marie a aussi développée. Certes, au moment de l'hypoovarie de la ménopause des symptômes de virilisme peuvent survenir, mais ils ne sont pas aussi marqués que dans le virilisme surrénal.

Au point de vue expérimental, la greffe des testicules produit chez des animaux femelles l'apparition de certains caractères sexuels secondaires (Steinach, Pezard, Sand). Il y a donc plusieurs formes de virilisme et les causes en sont multiples. Chez la femme il faut invoquer les altérations de la glande interstitielle de l'ovaire, les tumeurs cortico-surrénales et les simples hypertrophies des surrénales principales et des surrénales accessoires.

Nous connaissions beaucoup de portraits de femmes à barbe, mais nous ne connaissions pas assez l'état de leurs glandes endocrines et surtout de leurs glandes surrénales

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Circuit automobile : Nîmes, Mont-Aigoual, Gorges du Tarn, Nîmes. — La Compagnie P.-L.-M., qui avait organisé en 1914, dans la région du Mont-Aigoual et les Gorges du Tarn, un Service d'autocars, reprendra ce Service du 1er juillet au 15 septembre prochains au départ de Nîmes.

Le circuit comportera 3 journées d'excursion :

1re journée : Nîmes, Mont-Aigoual par le Sigal, Valleraugue et le Col de la Serreyrède;

2e journée : Mont-Aigoual-le-Rozier-Peyreleau par Meyrueis, Ste-Enimie, Château de la Caze et les Gorges du Tarn. Parcours facultatif, en barque, de la Malène au Pas de Soucy;

3e journée : Le Rozier-Peyreleau-Nîmes par Meyrueis, Mont-Aigoual, le Vigan.

Prix du circuit : 150 fr.

Pour plus amples renseignements, demander le prospectus-horaire à l'Agence P.-L.-M., 88, rue St-Lazare, à Paris, aux bureaux de ville, bureaux de renseignements du réseau et aux agences de voyages.

Service automobile entre Montélimar et Vals-les-Bains. — Les baigneurs désireux de se rendre à Vals-les-Bains apprendront avec plaisir que, pour faciliter leur voyage et leur éviter plusieurs transbordements en cours de route, la Compagnie P.-L.-M. organisera, du 1er juillet au 15 septembre prochains entre Montélimar et Vals, un service automobile en correspondance directe avec les trains de et pour Paris, Lyon et Marseille, arrivant à Montélimar dans la matinée.

Les gares de Paris, Lyon-Perrache et Marseille St-Charles délivreront des billets directs (Chemin de fer et Service automobile) aux voyageurs avec enregistrement direct des bagages par chemin de fer de bout en bout.

Pour plus amples renseignements, demander le prospectus-horaire à l'Agence P.-L.-M., 88, rue St-Lazare, à Paris, aux bureaux de ville, bureaux de renseignements du réseau et aux agences de voyages.

principales ou accessoires qui, en s'altérant, acquièrent les fonctions testiculaires qui déterminent les caractères sexuels secondaires. »

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 16 JUILLET 1920)

Des rapports du frottement ausculté et de la sonorité thoracique. — MM. CROUZON et BÉHAGUE étudient de nouveau le frottement ausculté et discutent les résultats obtenus par M. Et. May par l'emploi de leur méthode. Ils admettent l'exagération de ce signe dans l'emphysème pulmonaire, mais alors que M. Et. May le considère comme lié à la sclérose pulmonaire, les auteurs pensent qu'il est dû à l'exagération de la sonorité thoracique ainsi qu'ils l'ont rencontré dans d'autres états morbides.

Chancres syphilitiques multiples et réinfection après un traitement par le 606. — M. P. VALLERY-RADOT montre un malade qui a présenté, en 1913, 2 chancres syphilitiques de la verge (constatés par l'examen des frottis des chancres et la réaction de Wassermann) traités par 4 injections de 606, et chez lequel il a observé, en 1918, un chancre induré typique siégeant en un point différent des deux premiers avec adénopathie classique. La présence de tréponèmes dans les frottis, le Wassermann positif et les données de l'examen clinique permettent d'affirmer la réinfection syphilitique et d'éliminer l'hypothèse d'accident chancriforme ou de chancre redux.

Particularités radioscopiques de l'aorte descendante. — MM. Ch. LAUBRY et L. MALLET rapportent une série d'orthodiagrammes destinés à préciser quelques particularités radioscopiques de l'aorte descendante et à compléter sur ce point les données classiques bien mises en lumière par Vaquez et Bordet. Conformément aux données anatomiques montrant l'aorte longeant le flanc gauche de la colonne vertébrale et ne rejoignant la ligne médiane qu'au niveau de la Xe dorsale, il leur a paru possible d'objectiver l'ombre du vaisseau. On le voit se profiler au-dessous de l'arc aortique supérieur sous forme d'une bande de teinte assez discrète et de dimensions assez minces comblant le sinus formé par l'arc supérieur et l'arc moyen. Cette ombre rubanée vue d'ordinaire en position frontale n'est jamais perçue en position oblique antérieure gauche. Il n'en est pas de même à l'état pathologique et en particulier chez les vieillards, les malades atteints d'aortites spécifiques et les angineux. Les auteurs décrivent à ce sujet différents aspects de l'aorte descendante qui s'étale plus ou moins régulièrement et largement dans le champ pulmonaire allant rejoindre plus ou moins bas le bord gauche du cœur. Dans ces conditions l'examen en position oblique antérieure gauche montre que l'ombre ainsi perçue appartient bien à l'aorte descendante. Ces considérations apparaissent importantes aux auteurs : 1° pour le diagnostic des aortites simples et des anévrismes, pour l'interprétation de l'ombre ainsi perçue qui peut être due, soit à l'élargissement en masse de l'aorte, soit à son déplacement consécutif à la périaortite voisine; 2° pour l'interprétation de certaines douleurs angineuses à irradiations postérieures.

Chorée de Sydenham bénigne et apyrétique consécutive à une encéphalite léthargique chez un enfant. — MM. SOUQUES et LACOMME présentent un enfant de 6 ans qui offre tous les symptômes de la chorée de Sydenham classique. Les mouvements involontaires et incoordonnés qui ont débuté d'une manière insidieuse et évolué lentement durent depuis six semaines. Ils ont apparu quelques jours après la terminaison d'une encéphalite léthargique. Il serait irrationnel d'invoquer ici une pure coïncidence, la relation de causalité s'impose. Cette observation montre que dans quelques cas la chorée de Sydenham et apyrétique peut être déterminée par l'encéphalite léthargique.

Lésions du locus niger dans 3 cas de paralysie agitante. — MM. SOUQUES et TRÉTIAKOFF.

Encéphalite léthargique suivie d'hémiatrophie linguale gauche et de mouvements choréo-athétosiques droits. — MM. SICARD et CLÉRI.

Dilatation idiopathique de l'œsophage et mégaœsophage. — MM. ŒTTINGER et CABALLERO.

Myoclomes et formes myocloniques suraiguës dans l'encéphalite léthargique. — M. BOSC (de Montpellier).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES COURS DE VACANCES

M. Lafagette demande au ministre de l'Instruction publique : 1° pourquoi les enseignements de vacances, organisés en été 1919 dans les facultés de médecine et de pharmacie, ont été rétribués dans certaines facultés (comme celle de Bordeaux) et pas dans d'autres (comme celle de Toulouse); 2° quelles mesures avaient été prises pour assurer une juste répartition des « crédits disponibles » destinés à assurer cette rétribution. (*Question du 8 juillet 1920.*)

Réponse. — Toutes les facultés de médecine ont été invitées en temps opportun à faire leurs propositions pour la rémunération des cours de vacances de 1919. Toutes les propositions faites ont été accueillies au prorata des crédits disponibles. (*J. O.*, 18 juillet 1920.)

LA DURÉE DE L'ENGAGEMENT DES MÉDECINS DE LA MARINE

M. Gourin, député, demande à M. le ministre de la Marine si pour les élèves médecins de la marine, reçus après l'armistice, à l'Ecole de santé navale et ayant le P. C. N. avant l'incorporation, qui ont fait campagne comme médecins auxiliaires, les années passées à la guerre ne pourraient être imputées sur les 8 années que ces élèves s'engagent à remplir à dater de leur entrée à l'école. (*Question du 18 mai 1920.*)

2e *réponse.* — La situation des jeunes gens visés dans la question ci-dessus a fait l'objet d'un projet de loi qui, déposé sous le n° 60, sur le bureau de la Chambre des députés, a été adopté par cette Assemblée dans sa séance du 11 mars 1920, et transporté au Sénat, qui l'a transmis devant sa commission de l'armée, le 29 mars dernier. L'article unique dudit projet de loi stipule que le temps effectivement passé sous les drapeaux depuis la mobilisation, par les candidats admis à l'Ecole spéciale militaire, aux Ecoles du Service de santé militaire et de la marine, à l'Ecole polytechnique, à l'Ecole normale supérieure et à l'Ecole forestière, sera compté dans les 8 années qu'ils ont pris ou prendront l'engagement d'accomplir au service de l'Etat, conformément aux dispositions de l'article 13 de la loi du 7 août 1913. (*J. O.*, 8 juin 1920.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE, 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HOPITAUX. — *Médecine opératoire.* — Séance du 22 juillet. — Question donnée : « Ligature de l'artère linguale à son origine. — Désarticulation du pouce avec son métacarpien. »

MM. Deniker, 27; Brocq, 25; Houdard, 28; Guimbellot, 29; Girode, 27; Gouverneur, 20 ; Métivet, 25.

Epreuve orale. — Séance du 23 juillet. — Question donnée : « Kystes poplités. »

MM. Houdard et Deniker, 17; Guimbellot, 16.

HOPITAUX DE PROVINCE. — ANGERS. — Le concours de l'externat s'est terminé par la nomination de MM. Fauvel, Gigon, Boquel, Sourice, Jean Thibault, Sorton, Frappereau.

— MARSEILLE. — Le concours pour 2 places de chirurgiens adjoints des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. les Drs Pierre Moiroud et Alphonse Michel.

— Le deuxième concours de l'internat en médecine s'est terminé par la nomination de MM. Piéri (J.-B.), Chaix (A.), Trabuc (Fern.), Santelli (R.), Michotey (J.), Caillol (Ant.), Castelli (E.), internes titulaires; et Bec (H.), Crémieux (A.), Parrocel (J.), Louge (Henri), Gauthier (Et.) et Fajon (Em.), internes provisoires.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur à l'occasion des expositions de Lyon, San Francisco, San Diégo et Casablanca.

Au grade de commandeur. — M. Louis Lumière, chimiste à Lyon.

Au grade d'officier. — M. Couturieux, chimiste à Paris.

Au grade de chevalier. — MM. les Drs Degrais (de Paris), Nogier (de Lyon), Rochaix (de Lyon), M. Denis Le Sève, chirurgien-dentiste à Paris.

MM. Midy, fabricant de produits pharmaceutiques à Paris; Sestier, directeur des laboratoires Lumière; Sisley, chimiste à Lyon; Vial, pharmacien à Lyon; Dursent, secrétaire de la Faculté de pharmacie.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Le *Journal officiel* du 22 juillet publie un arrêté fixant le tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail prévu par l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 modifié par la loi du 31 mars 1905.

Cet arrêté remplissant trois pages de l'*Officiel* nous ne pouvons le publier in extenso et nous nous bornons à indiquer les principaux points :

Le prix de la visite à domicile est fixé à 10 fr. et à 8 fr. suivant la commune ; la consultation au cabinet est fixée à 8 fr. et à 7 fr. L'indemnité kilométrique est fixée à 1 fr. en plaine, 1 fr. 50 en montagne et dans les régions libérées. Le prix de la visite à une heure fixe ou les jours fériés est augmenté de 50 p. 100. La consultation est fixée à 3 fois le prix de la visite tant pour le médecin traitant que pour le consultant. Le tarif des interventions ne comprend que l'acte opératoire et non les soins ultérieurs. Suit le tarif des interventions et des soins médicaux.

Le prix du certificat initial est fixé à 5 fr., celui des certificats descriptifs ultérieurs est fixé à 10 fr.

MINISTÈRE DE LA GUERRE. — Il est créé une inspection générale permanente du matériel et des établissements du Service de santé militaire, cette inspection est confiée à l'un des médecins inspecteurs généraux ou médecins inspecteurs du cadre. Le pharmacien inspecteur lui sera adjoint pour l'inspection du matériel pharmaceutique.

M. le médecin inspecteur Pouy, directeur du Service de santé du gouvernement militaire de Strasbourg, a été nommé inspecteur général permanent du matériel et des établissements du Service de santé militaire.

Les mutations ci-après ont été prononcées :

M. le médecin inspecteur Sudre, directeur du Service de santé du 12e corps d'armée, nommé directeur du Service de santé du gouvernement militaire de Strasbourg, en remplacement de M. le médecin inspecteur Pouy.

M. le médecin inspecteur Gary, directeur du Service de santé du 17e corps d'armée, nouvellement promu, maintenu dans ses fonctions actuelles.

M. le médecin inspecteur Meyer, médecin chef du Service de santé de la place de Paris, nouvellement promu, nommé directeur du Service de santé du 12e corps d'armée, en remplacement de M. le médecin inspecteur Sudre.

LA PRESCRIPTION MÉDICALE DE L'ALCOOL AUX ÉTATS-UNIS. — Le *Weekly Bulletin of the Department of Health City of New-York* indique quelles sont les formalités à remplir pour prescrire de l'alcool.

« Suivant les derniers règlements des autorités fédérales,

les médecins doivent ordonner l'alcool pour l'usage externe et les diverses liqueurs pour l'usage interne sous les conditions suivantes :

Ils doivent *écrire les ordonnances en double*, signer et envoyer les 2 copies au pharmacien.

Ils ne doivent pas ordonner plus d'une pinte (0l5679) en 10 jours pour un seul malade, et ce dernier doit être sous une constante surveillance.

Ils doivent écrire sur chaque ordonnance : le nom et l'adresse de chaque client, la date de la prescription, la nature de la maladie pour laquelle la prescription est faite; le nom du pharmacien qui exécutera l'ordonnance.

Les ordonnances ne doivent pas être renouvelées. Les médecins doivent *tenir un registre* ayant une page séparée pour chaque malade et mentionnant : le nom et l'adresse du malade; la date de l'ordonnance; la quantité et le degré de la liqueur prescrite; le nom et l'adresse du pharmacien spécifié sur l'ordonnance.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. les Drs J.-S. Dauriac, ancien interne des hôpitaux de Paris; Druon, à Auchy-les-Orchies; médecin principal Jacquin (de Grenoble), Legrand (de Versailles), Moret (de Dormans), Queyssac (de Bretenoux), Léopol Turrier (de Thoard) et Edmond Vidal, directeur des *Archives de thérapeutique*.

CHRONIQUE

INAUGURATION DU MONUMENT ÉLEVÉ A LA MÉMOIRE DE LANNELONGUE

Le 25 juillet a eu lieu à Castera-Verduzan, dans le Gers, l'inauguration du monument élevé à la mémoire de Lannelongue.

M. Honnorat, ministre de l'Instruction publique, présidait, assisté de M. Noulens, ancien ministre, sénateur du Gers.

L'Académie des sciences était représentée par M. Bergonié, et M. le prof. Achard représentait la Faculté de médecine.

Notre confrère Mauclaire, qui a été l'élève de Lannelongue, a prononcé, à cette occasion, au nom de la Société de chirurgie un discours dans lequel il retraça, en forts bons termes, la vie si bien employée de son ancien maître. Nous regrettons de ne pouvoir donner qu'un court résumé de ce beau discours.

Né dans ce riant pays, fils d'un officier de santé très apprécié et très populaire, Lannelongue fit ses études au lycée d'Auch. Ayant marqué une vocation très arrêtée pour la médecine, il vint à Paris. Reçu le dernier à l'internat, il en sortit le premier avec la médaille d'or. Ses maîtres furent Jarjavay, Denonvilliers, Gosselin et Cusco. Grand travailleur, il franchissait rapidement toutes les étapes des concours. A 29 ans, il était chirurgien des hôpitaux et agrégé. De cette époque date son amitié avec Gambetta qu'il assista dans ses derniers moments.

Lannelongne s'adonna surtout à la chirurgie infantile. C'est à l'hôpital Trousseau qu'il passa la plus grande partie de sa carrière et qu'il fit ses belles recherches sur la pathologie osseuse, les ostéomyélites, la syphilis, la tuberculose, recherches qu'il a consignées dans un livre resté classique. C'est là qu'il décrivit le tibia de la syphilis héréditaire, tibia Lannelongue. Son étude se porta plus particulièrement sur les tuberculoses osseuses et articulaires.

Ces travaux originaux lui ouvrirent les portes de la Faculté en 1884 et celles de l'Académie de médecine en 1889. Puis vint l'étude des malformations congénitales, en collaboration avec Achard.

Continuant toujours à travailler, Lannelongue chercha le sérum curateur de la tuberculose, imagina la méthode sclérogène, toujours en usage. Tour à tour président de la Société de chirurgie, des Congrès de médecine et de chirurgie, du Congrès de la tuberculose, de l'Académie de médecine, Lannelongue apporta à toutes ces fonctions la même activité, le même entrain, la même passion de la science. Sa parole était vive, animée, toujours accompagnée de gestes la rendant plus persuasive. Professeur de pathologie externe à la Faculté, ce fut surtout à l'hôpital qu'il forma des élèves.

M. Mauclaire cite aussi ses travaux sur la craniectomie, la greffe du corps thyroïde contre le myxœdème.

Il fut député et sénateur.

D'une générosité inlassable, Lannelongue fonda des musées, des prix à la Société de chirurgie, à l'Académie, à l'Institut. Il succomba en quelques jours à une pneumonie en 1911.

« Telle fut, dit M. Mauclaire, la vie de Lannelongue, maître admirable, qui dans le champ de la chirurgie a tracé un sillon ineffaçable. L'hérédité, les belles qualités naturelles, le milieu, le moment expliquent bien cette belle carrière.

Fils de médecin, l'hérédité permet de comprendre son ardeur précoce pour les études médicales. Doué d'une vive intelligence, il s'assimilait très vite les théories nouvelles et toutes les idées de progrès. Vivant au moment des grandes recherches pastoriennes qui révolutionnèrent la médecine et la chirurgie, il les appliqua à la pathogénie des infections osseuses et articulaires. Aimant beaucoup les milieux scientifiques dont il réunissait souvent les plus illustres représentants, soit dans son hôtel à Paris, soit à Valmont dans sa belle propriété, il faisait preuve dans ses travaux originaux d'un très grand esprit scientifique.

Aussi la statue de la Science que l'artiste a placée au bas de son monument rappelle bien son grand amour pour elle. »

SOMMAIRE DES ANALYSES

NUMÉROS D'ANALYSES DÉJA PARUS

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

SYPHILIGRAPHIE

Par le Dr P. GASTINEL

CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Syphilome ano-rectal. — Contribution à l'étude de la pathogénie du soi-disant syphilome ano-rectal (Fournier). (O. JERSILD, médecin chef de l'hôpital Rudolph Berg, Copenhague. *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1920, t. I, n° 2, p. 62-98.) — Ce travail, très richement documenté, a amené l'auteur aux conclusions suivantes :

L'affection, décrite en 1875 par Fournier sous le nom de syphilome ano-rectal, *n'est pas une lésion de nature syphilitique*. Les commémoratifs, les caractères cliniques et sérologiques se réunissent pour démontrer que des sujets porteurs de lésions absolument caractéristiques de cette affection sont devenus syphilitiques.

La localisation fixe de l'infiltration rectale (et du rétrécissement provenant de cette infiltration même) indique qu'il s'agit d'une affection *anatomiquement déterminée*.

La coexistence assez fréquente de l'éléphantiasis vulvaire avec l'affection ano-rectale fait supposer qu'il s'agit du même processus pathologique, tant au niveau de la région ano-rectale qu'au niveau des organes génitaux. L'examen histologique, dans un cas rapporté par l'auteur, confirme cette supposition.

Le mécanisme pathogénique est le suivant :

a. Lésions quelconques (chancre syphilitique, chancre mou, plaie, etc.) de la région périnéo-anale avec adéno-lymphangite inguinale. Arrêt de la circulation lymphatique dans les ganglions inguinaux ou dans les vaisseaux lymphatiques afférents de ces ganglions.

b. Déversement de la lymphe de la région ano-génitale par les lymphatiques rectaux (anastomoses lymphatiques ano-rectales) vers les ganglions du mésorectum.

c. Adénite ano-rectale (ganglions rectaux proprement dits décrits par Gérota sous le nom de ganglions ano-rectaux). Oblitération postérieure.

d. Stase lymphatique entre les deux oblitérations, d'où infiltration rectale (portion ampullaire) et infiltration péri-anale si l'oblitération antérieure siège au périnée ; infiltration recto-ano-génitale si l'oblitération antérieure occupe les ganglions inguinaux mêmes ou les troncs lymphatiques collecteurs qui se dirigent vers l'aine.

L'hypothèse émise ici, en s'appuyant sur les recherches de Gérota, explique facilement diverses particularités de l'affection (localisation rectale, anatomiquement déterminée, siège fixe de la sténose rectale, caractères spéciaux des fistules, prédominance du sexe féminin).

On doit donc, au lieu de la dénomination de syphilome ano-rectal, désigner l'affection sous le nom d'*éléphantiasis ano-rectal* ou mieux d'*éléphantiasis génito-ano-rectal*.

Aortite syphilitique. — L'aortite syphilitique. (HOOVER. *Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, janv. 1920, p. 226.) — L'auteur s'élève contre la tendance actuelle à ne faire le diagnostic d'aortite syphilitique qu'en se basant sur les signes subjectifs, les examens radiologiques et la réaction de Wassermann. Rappelant les travaux de Huchard et de Fournier, il insiste sur la possibilité de faire un diagnostic précoce, avant l'apparition des signes subjectifs, par l'examen physique (palpation, percussion et auscultation) qui permet de déceler de bonne heure l'élongation et la dilatation de la crosse aortique. Il distingue : un élargissement de la portion ascendante à son union avec la portion transverse et se caractérisant par une aire de matité à droite du sternum, une impulsion systolique, un choc diastolique, l'accentuation du 2e bruit aortique, mais sans clangor, l'absence de souffle systolique, et la sclérose de l'aorte ascendante avec sclérose de l'origine de l'aorte, mais valvules sigmoïdes encore suffisantes et se caractérisant par un souffle systolique et un 2e bruit clangoreux.

L'atteinte syphilitique de la paroi aortique s'accompagnerait, en outre, fréquemment de médiastinite syphilitique.

L'examen physique fait de façon convenable donnera des résultats égaux et parfois supérieurs à l'examen radioscopique. Il permettra le diagnostic dans les premiers stades de l'affection et par suite une thérapeutique efficace.

A. BOUTELIER.

Chancre syphilitique. — Urgence du diagnostic précoce du chancre induré. (R. SABOURAUD. *Presse méd.*, 17 avril 1920, n° 23, p. 221.) — L'auteur insiste, à propos d'une observation, sur toute l'importance de diagnostic hâtif de la nature syphilitique d'un chancre. Ce diagnostic doit être porté par l'examen clinique et l'examen ultramicroscopique avant toute infection générale. On peut instituer aussitôt un traitement par l'arseno-benzol, et ce traitement précoce a des chances d'être complètement abortif.

Système nerveux. — De l'inégalité pupillaire précoce dans la syphilis. (S. NICOLAU. *Ann. de dermat. et de syphil.*, 8 sept. 1919, n° 7, 5e série, t. VII, p. 283-298.) — L'auteur consacre son intéressant travail à l'étude de l'inégalité pupillaire, généralement assez discrète, que l'on observe fréquemment à l'examen systématique des syphilitiques récents ; les sujets ne présentant d'ailleurs aucun autre signe clinique témoignant d'une atteinte du système nerveux. Cette inégalité peut être très précoce. L'auteur l'a vue apparaître au 22e, 24e, 29e jour après le début de chancre infectant. Sur 75 malades atteints de syphilis primaire, l'auteur a noté 22 fois l'existence de l'inégalité. Faisant la même enquête à la période secondaire, il l'a constatée 153 fois sur 409 malades.

L'inégalité précoce coexiste souvent avec la lymphocytose céphalo-rachidienne que l'on découvre, non seulement à la période secondaire, mais à la période primaire, ainsi que l'auteur l'a montré dans un article précédemment analysé ici. Tandis que la lymphocytose précoce finit par disparaître (sauf exception) sous l'influence du traitement, l'inégalité, une fois développée, constitue souvent un stigmate indélébile. Elle constitue donc, chez le syphilitique, un signe très important, elle témoigne d'une atteinte précoce du système nerveux, aussi les malades qui en sont porteurs doivent-ils être soumis à une surveillance très vigilante et très prolongée.

Paralysie générale et la guerre. (Pierre KAHN. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 mars 1919, article n° 26.004, 5e cahier.) — L'auteur arrive aux conclusions suivantes :

1° La guerre a été sans influence sur la fréquence des cas de paralysie générale ;

2° Leur date d'apparition, par rapport à celle de l'infection syphilitique, a peut-être été avancée ;

3° La guerre, dans un nombre important d'observations, a accéléré l'évolution de la paralysie générale.

Les troubles mentaux des syphilitiques. (A. BARBÉ. *Presse méd.*, n° 46, 7 juillet 1920, p. 454.) — Le rôle joué par la syphilis dans l'étiologie des troubles mentaux n'est plus contesté. La psychose syphilitique ne se traduit pas par un syndrome caractéristique ; les troubles mentaux peuvent affecter la forme d'un grand nombre de psychoses. Barbé envisage tout d'abord les troubles épisodiques, idées fixes,


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
εστ
επαθαντ
RENÉ VINCENT
C. RAEGER

obsessions. Plus intéressante est l'étude des psychoses de la période secondaire ; ce sont les vraies psychoses toxi-infectieuses de la syphilis ; elles ne relèvent pas de lésions cérébrales, mais d'une atteinte méningée à caractère aigu. Elles débutent, en général, au 40e jour de l'accident primitif, brusquement comme dans les lésions toxiques : céphalée atroce, exagérée à heure fixe, asthénie intense, préoccupation exclusive de leur maladie, tels sont les symptômes présentés par les malades. Ils accusent aussi des douleurs dorso-lombaires, des paresthésies passagères, des bourdonnements d'oreille ; on peut constater une abolition des réflexes rotuliens ainsi qu'une paresse des réflexes oculaires.

A leur période d'état, les psychoses présentent à la fois les signes de la confusion mentale et ceux des psychoses d'intoxication. On observe de la torpeur, de la somnolence, du gâtisme, de l'obtusion mentale avec hébétude et désorientation, de l'anxiété mélancolique, et du délire onirique hallucinatoire avec idées de persécution, d'empoisonnement, de violence, de viol.

A ces symptômes peut se joindre une amnésie rétro-antérograde ou progressive.

A la période tertiaire, les psychoses correspondent à des processus anatomo-pathologiques variés, tels que méningo-encéphalite, artérite, endartérite oblitérante. Le type clinique fondamental de l'état psychique est la confusion mentale. Des troubles physiques accompagnent l'état psychique ; ils se traduisent par des symptômes moteurs (hémiplégie, aphasie, accidents apoplectiques) et par des accidents convulsifs.

Les troubles psychiques de la période tertiaire peuvent offrir des modalités qui se ramènent à trois formes cliniques principales : forme pseudo-démentielle ou confusionnelle, formes périodiques avec excitation et dépression, forme paranoïde avec délire plus ou moins systématisé.

Ces psychoses ont une évolution subordonnée à celle des lésions cérébrales spécifiques. Elles guérissent le plus souvent, mais laissent une profonde déchéance psychique.

La syphilis héréditaire détermine des états psychopathiques divers. On sait le rôle étiologique de la syphilis dans l'hérédité des débiles mentaux, *des enfants arriérés*, dont l'état intellectuel peut se dégrader jusqu'au terme ultime de l'idiotie.

Nature de la méningite latente des syphilitiques. (A. Sézary. *Paris méd.*, 4 oct. 1919, n° 40, p. 268.) — L'auteur se refuse à accorder à la méningite des tabétiques et des paralytiques généraux les caractères d'une méningite spécifique primitive. Pour Sézary, les méningites latentes des syphilitiques ne dépendent pas de l'action du tréponème sur les méninges. Le tréponème se localise primitivement, non dans les méninges, mais dans les centres nerveux où il est amené par la circulation générale. La méningite apparaît alors comme la réaction banale de la séreuse au voisinage des foyers microbiens et au voisinage des tissus sclérosés ou dégénérés. Elle est comparable aux réactions méningées que l'on observe au contact des lésions primitives des centres nerveux : lésions aseptiques telles que ramollissement cérébral, tumeurs, ou lésions microbiennes telles que les abcès du cerveau.

Pour Sézary, la méningite révélée par la ponction lombaire est le témoin et non la cause des lésions parenchymateuses, qu'elle accompagne. Cette méningite doit conserver toute l'importance qu'on lui accorde pour le diagnostic précoce des affections nerveuses et pour la direction thérapeutique. Mais elle ne doit pas être considérée comme l'ancêtre commun d'où dérivent les affections nerveuses syphilitiques, particulièrement le tabes et la paralysie générale.

Les méthodes de traitement qui ont tenté d'agir sur la méningite directement par voie intrarachidienne ne sont, dès lors, pas fondées.

Cf. — Thérapeutique intrarachidienne dans la neuro-syphilis. (J. A. Fordyce. *The amer. Journ. of syphil.*, juillet 1919.)

Traitement de la syphilis nerveuse par les injections novarsenicales à petites doses répétées et prolongées. (J.-A. Sicard. *Presse méd.*, 8 mai 1920, n° 29, p. 281.)

La syphilis nerveuse et son traitement devant la Société de neurologie. (F. Lévy. *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 65.)

Les allures cliniques de la syphilis et les formes de paralysie générale consécutive. (Sanguineti. *Th. de Paris*, 1920, 291 pages, Jouve, édit.)

Atrophies musculaires. — Contribution à l'étude des atrophies musculaires chroniques liées à la syphilis. (Babonneix et David. *Gaz. des hôpit.*, 23-25 sept. 1919, n° 55, p. 861.) — Résumé de 8 observations d'atrophie musculaire chronique observée chez des syphilitiques avérés ou probables. Ces faits ne sont rapportés que comme contribution à l'étude des rapports de la syphilis nerveuse et des atrophies musculaires.

Hérédo-syphilis. — Hérédo-syphilis des glandes endocrines. Lésions et syndromes. Origine endocrinienne de certains stigmates dystrophiques. (R. Barthélemy. *Th. de Paris*, 1919.) — Si l'hérédo-syphilis détermine un grand nombre d'états dystrophiques, il faut en attribuer l'origine aux perturbations endocriniennes créées par l'infection. Telle est la thèse soutenue avec force par l'auteur et appuyée de nombreuses observations.

Les examens histo-bactériologiques montrent que l'hérédo-syphilis atteint précocement les glandes à sécrétion interne. Cette atteinte chez les sujets qui ne succombent pas peut se traduire par les symptômes variés d'insuffisance glandulaire ou pluriglandulaire. Ainsi note-t-on l'infantilisme, les dystrophies partielles ou générales du squelette, du crâne, des dents, les troubles de la croissance et de la nutrition, etc.

La perturbation humorale acquise du fait des troubles des glandes endocrines peut se fixer comme une caractéristique de l'individu et se transmettra avec toutes ses conséquences dystrophiantes.

Ainsi l'auteur met en évidence la notion du pouvoir « dystrophigène » des glandes endocrines lésées intervenant pour expliquer la pathogénie des stigmates dystrophiques de l'hérédo-syphilis.

Les réveils de la syphilis héréditaire sous l'influence des infections aiguës banales ou spécifiques. (V. Hutinel et Nadal. *Paris méd.*, n° 49, 6 déc. 1919, p. 412.) — L'hérédo-syphilis peut présenter des reviviscences dans la plupart des organes, soit spontanément, soit sous l'influence d'une maladie accidentelle, infectieuse ou toxique.

Parfois il s'agit d'une manifestation où on découvre les caractères des altérations spécifiques ; bien souvent l'infection accidentelle pneumonique, pleurale, péritonéale, encéphalique, rénale paraît d'abord seule en cause. Mais l'évolution est anormale, lente, traînante et on voit les lésions aboutir à des scléroses, ce qui fait tout spécialement songer à la syphilis.

Tous les intermédiaires peuvent s'observer entre une manifestation banale et une reviviscence typique de syphilis.

En présence d'une sclérose viscérale chez un sujet jeune, il faut toujours penser à la syphilis ; il en est ainsi pour les scléroses pulmonaires avec dilatation des bronches, les médiastinites avec symphyses péricardiques, les scléroses péritonéales, hépatiques, rénales, etc.

Les réveils de l'hérédo-syphilis peuvent guérir dans certains cas sous l'influence du traitement spécifique, mais dans d'autres cas, par suite de sclérose progressive, ils deviennent à peu près incurables.

Syphilis héréditaire et méiopragies. (V. Hutinel. *Arch. de méd. des enf.*, juillet 1919, p. 337.) — La syphilis héréditaire est une des causes les plus fréquentes des méiopragies. Hutinel étudie les méiopragies dans différents appareils et

envisage les rapports de l'hérédo-syphylis avec les différentes dystrophies et le rachitisme.

Le « quatrième symptôme » de la triade d'Hutchinson. (A. CANTONNET. *Paris méd.*, 6 sept. 1919, n° 36, p. 182.) — Aux trois signes : kératite interstitielle, malformations dentaires spéciales, surdité, Cantonnet ajoute un quatrième élément : l'hydarthrose chronique. Cette manifestation atteint surtout le genou. Elle est indolente. Elle cède facilement au traitement mercuriel.

Les nouvelles lois de l'hérédo-syphilis. (CARLE. *Presse méd.*, n° 25, 24 avril 1920, p. 244.) — L'auteur a, depuis de longues années déjà, entrepris le procès des lois de l'hérédo-syphilis, telles qu'elles sont classiquement formulées.

D'après la loi de Colles, un enfant procréé syphilitique par un père syphilitique n'infecte pas précocement sa mère et peut être allaité sans danger par celle-ci. Pour Carle, la mère est toujours syphilitique, quelles que soient ses apparences de santé lorsqu'elle donne naissance à un enfant chez qui apparaissent bientôt des accidents secondaires. Elle peut donc l'allaiter en toute sécurité, mais elle doit être immédiatement traitée de façon continue et régulière.

D'après la loi de Profeta, l'enfant reconnu sain, né d'une mère syphilitique, ne peut contracter d'elle la syphilis. Carle pense que, le plus souvent, l'enfant né d'une mère syphilitique est syphilitique lui-même, malgré toutes les apparences d'intégrité à la naissance. C'est pourquoi il a toutes les chances pour ne pas être contaminé pendant l'allaitement. L'auteur pense aussi « que les manifestations dites de syphilis héréditaire tardive ne sont que l'expression tertiaire de syphilis héréditaire ordinaire dont les symptômes secondaires normalement survenus au cours des premières années ont passé inaperçus ou ont été autrement qualifiés. Il n'y a pas de syphilis héréditaire tardive, il y a des symptômes tardifs d'une syphilis héréditaire méconnue ».

Enfin d'après la loi de la syphilis conceptionnelle, un fœtus syphilitique in utero peut contaminer sa mère chez laquelle apparaissent, au cours de sa grossesse des accidents secondaires sans qu'on ait jamais constaté d'accidents primitifs.

Carle montre combien sont fragiles les bases de ce principe. Il est vraisemblable que la femme enceinte syphilitique a contracté la syphilis par les procédés ordinaires, mais le chancre a simplement passé inaperçu.

Aussi Carle propose-t-il de rayer des ouvrages classiques le chapitre de la syphilis conceptionnelle qui rentre, purement et simplement, dans le droit commun.

Cf. — Réaction de Bordet chez les hérédo-syphilitiques simplement atrophiques et sans manifestation apparente de syphilis. Classification des atrophies. (H. BARBIER. *Arch. de méd. des enf.*, avril 1919, p. 169.)

Néphrites interstitielles de l'hérédo-syphilis. L'évolution des néphrites aiguës chez les hérédo-syphilitiques. (Mlle J. QUESLIER. *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 64.)

Syphilis et traumatismes. — Syphilis post-traumatique. (GOUGEROT et CLAVA. *Journ. méd. franç.*, t. VII *bis*, n° 5, déc. 1918, p. 216.) — La syphilis post-traumatique peut survenir après tous les traumas : petits traumas répétés ou plaie unique, trauma léger ou violent, plaie par contusion. Plusieurs points sont à souligner :

Les lésions peuvent être post-opératoires succédant à un trauma opératoire et non accidentel.

Généralement les lésions syphilitiques surviennent dans les jours qui suivent le choc. Mais elles peuvent apparaître dans certains cas, longtemps après.

Il faut penser à la syphilis devant les plaies interminables et récidivantes. Il faut tenter le traitement d'épreuve. Il s'agit le plus souvent de syphilis acquise ou de manifestation d'hérédo-syphilis.

Influence du traumatisme sur les localisations de la syphilis. (LACAPÈRE et LAURENT. *Paris méd.*, 2 fév. 1918, p. 94.) — Les auteurs rapportent la fréquence des gommes du front chez les indigènes marocains et ils l'expliquent par le fait que plusieurs fois par jour le front frappe, pendant la prière, la natte des mosquées, y demeurant appuyé pendant 10 à 20 minutes chaque fois.

Cf. — Syphilis dans ses rapports avec la chirurgie traumatique. (M. DOWELL. *The Intern. Journ. of surg.*, oct. 1919.)

Tuberculose et syphilis. (V. ADELUNG. *Journ. of the med. Assoc.*, 27 avril 1918, p. 1211.)

Immunité et allergie. — La question de l'immunité dans la syphilis. (Clément SIMON. *Bull. méd.*, 27 sept. 1919, n° 41, p. 544.) — Mise au point de quelques opinions récentes sur ce sujet. L'auteur pense que l'état de l'organisme au cours de l'infection syphilitique se rapproche de l'état allergique tel qu'il a été décrit par von Pirquet dans la tuberculose.

La réaction allergique appliquée aux affections parasyphilitiques du système nerveux. (L. BABONNEIX. *Gaz. des hôpit.*, n° 51, 6 sept. 1919, p. 802.) — L'auteur expose la théorie récemment développée par M. Bloch (de Zurich) et les conceptions différentes d'auteurs anglais Head, Mac Intosh, qui ne peuvent être analysées ici.

Examen du liquide céphalo-rachidien. — Quand doit-on analyser le liquide céphalo-rachidien d'un syphilitique? (Paul RAVAUT. *Presse méd.*, n° 57, 8 oct. 1919.) — On connaît l'importance des travaux, aujourd'hui classiques, de Ravaut sur l'examen du liquide céphalo-rachidien des syphilitiques. Dans son article l'auteur cherche à déterminer, grâce à la richesse des documents qu'il a accumulés, le moment le plus favorable chez un syphilitique pour obtenir de l'analyse du liquide céphalo-rachidien le maximum de renseignements. Pendant les premières années de la syphilis on observe fréquemment des réactions cytologiques du liquide céphalo-rachidien, sans aucun signe clinique. Ce sont des réactions latentes. A partir de la 4e année elles diminuent de fréquence progressivement jusqu'à la 10e année. En revanche, les réactions cytologiques qui s'accompagnent des signes nerveux cliniques augmentent selon une marche naturellement inverse. L'énorme intérêt de la ponction lombaire étant de révéler une lésion nerveuse avant toute extériorisation clinique, il convient donc de la pratiquer vers la 4e année de la syphilis. A ce moment sont éteintes les réactions cellulaires d'origine septicémique qui sont si fréquentes pendant les trois premières années de la maladie : passé ce temps, les réactions latentes qui persistent, témoignent d'une localisation nerveuse pouvant évoluer pour son propre compte. C'est donc vers la 4e année que l'on aura le plus de chance de dépister la phase latente de la méningo-vascularite et de devancer ainsi l'éclosion des symptômes cliniques.

Technique de la réaction de Bordet-Wassermann. — Méthode d'appréciation numérique de la réaction de Wassermann. (RONCHÈSE. *C. R. des séances de la Soc. de biol.* Séance du 26 oct. 1918, p. 922.) — Ronchèse insiste sur la différence qui existe entre deux réactions également positives au point de vue de la teneur en anticorps. L'action neutralisante des sérums négatifs sur des sérums positifs permet de mesurer quantitativement l'intensité d'une réaction. Le potentiel spécifique d'un sérum positif peut être caractérisé par le nombre maximum des volumes de sérum négatif qu'il est susceptible de rendre fortement positif : le résultat peut être exprimé en « unités fortes syphilitiques ».

Index antihémolytique des réactions de Wassermann. Essai de mesure. La partie infravisible de la réaction de fixation. (P. GASTINEL. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris.* Séance du 29 nov. 1918, p. 1081.) — La mé-

thode colorimétrique identifie des réactions qui sont, en réalité, très différentes. Les milieux antihémolytiques réalisés par des réactions de même aspect n'ont pas la même valeur. On peut l'établir en cherchant la quantité d'alexine déviée dans chacun des milieux de la réaction. Le pouvoir complémentaire doit être rigoureusement titré en présence d'antigène et la solution alexique doit être suffisamment diluée pour permettre l'emploi d'un volume fractionnable, mesuré en gouttes de compte-gouttes normal. L'index antihémolytique d'un milieu est donné par le nombre de gouttes de la solution alexique titrée qu'il faut ajouter pour obtenir l'hémolyse totale après que la réaction de fixation est achevée.

La méthode proposée permet : 1° de noter les résultats des réactions de Wassermann par l'index antihémolytique des milieux réalisés ; 2° d'établir les différences qui existent entre des réactions qui, sous le même aspect de positivité, ont des valeurs antihémolytiques jusqu'à dix fois plus fortes.

Méthodes sérochimiques de diagnostic de la syphilis. Nature de la réaction de Wassermann. (M. Rubinstein. *Paris méd.*, n° 14, 5 avril 1919.) — La réaction de Wassermann aussi bien que les réactions sérochimiques démontrent les modifications physicochimiques des sérums syphilitiques. L'action réciproque entre les colloïdes labiles des sérums et les constituants de l'antigène est suivie de l'inactivation de l'alexine sur la nature de laquelle nous sommes peu renseignés mais qui se laisse facilement démontrer par le phénomène de l'hémolyse.

Sérodiagnostic de la syphilis. Saturation du pouvoir hémolytique des sérums. (Rubinstein et Radossarlievitch. *C. R. de la Soc. de biol.*, 5 avril 1919, n° 10, p. 361.) — Les auteurs montrent que la technique de la séroréaction, basée sur l'épuisement de pouvoir hémolytique des sérums par additions fractionnées des hématies, fournit un nombre très élevé de réactions non spécifiques.

Cf. — La réaction de Bordet-Wassermann selon la technique de Calmette et Massol. (C. Mathis et P. Labougle. *Presse méd.*, 27 janv. 1919, n° 5.)

Etude critique sur la technique de la séroréaction et la syphilis. (Eschbach et Duhot. *Paris méd.*, n° 14, 5 avril 1919, p. 40.)

Réaction de Bordet-Wassermann. Variabilité de pouvoir hémolytique naturel des sérums. Sensibilité comparée des divers types de technique. (A.-D. Ronchèse. *C. R. de la Soc. de biol.*, 6 juillet 1918, p. 722.)

Technique de la réaction de Bordet-Wassermann. (A. D. Ronchèse. *C. R. de la Soc. de biol.*, 8 juillet 1918, p. 726.)

Sur le mécanisme de la réaction de Bordet-Wassermann. Action perturbatrice des sérums étrangers. Condition nécessaire pour une réaction spécifique. (A.-D. Ronchèse. *C. R. de la Soc. de biol.*, 27 juillet 1918, p. 794.)

La réaction de Bordet-Wassermann par le sérodiagnostic de la syphilis. (A.-D. Ronchèse. Paris, 1919, 211 p. Masson, édit.)

Sérodiagnostic de la syphilis, méthode de précipitation. Nature de la réaction de Wassermann. (M. Rubinstein et A. Radossarlievitch. *C. R. de la Soc. de biol.* Séance du 7 déc. 1918.)

Les retards d'hémolyse dans la réaction de Bordet-Wassermann. (P. Comte. *Paris méd.*, n° 14, 5 avril 1919, p. 279.)

Qu'est la séroréaction et la syphilis? (A. Vernes. *Presse méd.*, 19 juin 1919, n° 34, p. 333.)

Contribution à l'étude de la réaction de Wassermann. Spécificité comme réactif d'un lipoïde cardiaque associé au chlorure de cadmium. (A. Scaltritti. *Anales de la Facultad de Medicina.* Montevideo, fév. 1919.)

Technique modifiée de la réaction de Wassermann. (Teissonnière. *Marseille méd.*, 1er mars 1920, n° 5, p. 251.)

Interprétation de la réaction de Bordet-Wassermann. — Les méfaits de la réaction de Wassermann. (G. Thibierge. *Presse méd.*, 28 nov. 1918, p. 609.) — Thibierge signale avec force les méfaits des biologistes qui font mal la réaction et ceux des médecins qui l'interprètent mal. La réaction de Wassermann ne peut servir de guide unique pour diriger le traitement. Pour fixer sa valeur il faut la considérer comme un signe séméiologique qui doit être comparé aux autres signes observés. La réaction de Wassermann n'a pas modifié les règles anciennes et classiques appliquées dans la délicate question du mariage des syphilitiques.

Que peut-on demander à la réaction de Wassermann? (P. Ravaut. *Journ. méd. Français*, déc. 1918, t. VII *bis*, n° 5.) — Il faut réagir contre la croyance dans la valeur absolue de la réaction de Wassermann, aussi bien chez les syphilitiques que chez les non-syphilitiques. La modification sérique décelée par la réaction de Wassermann n'est pas l'apanage des seuls syphilitiques. Ravaut rapporte des observations où la réaction de Wassermann a été positive, en dehors de toute syphilis, dans des cas de tuberculides populo-nécrotiques, lupus érythémateux, psoriasis : l'injection de néosalvarsan chez des sujets non syphilitiques peut faire apparaître la réaction d'une façon transitoire.

Chez un syphilitique ancien la réaction de Wassermann confirme le diagnostic, mais elle peut être négative alors que le malade présente des accidents cutanés ou viscéraux en pleine activité. Elle ne permet donc pas d'éliminer les syphilis quand elle est négative. Elle ne peut jouer un rôle trop grand dans la direction thérapeutique car elle peut rester toujours positive chez de vieux syphilitiques et que, d'autre part, une réaction négative ne doit pas faire considérer le malade comme guéri.

Chez un malade qui ne présente ni antécédent, ni signe de syphilis, une réaction de Wassermann positive, constamment positive, indique de rechercher la syphilis. En dehors de la syphilis, la réaction peut être positive et, n'ayant pas de valeur absolue, n'autorise pas à elle seule le diagnostic de syphilis.

Recherches sérologiques au cours de la période primaire de la syphilis. (Clément Simon et Pierre Gastinel. *Ann. de dermat. et de syphil.*, mars 1919, 5e série, t. VII, n° 3, p. 97.) — Ce travail porte sur 90 observations de chancres. Avant tout traitement les réactions étaient effectuées, puis hebdomadairement au cours des 5 à 6 semaines du séjour des malades dans un centre d'armée. Chaque malade recevait par semaine 0,90 de novarsenobenzol et 0,15 à 0,18 de cyanure de Hg. Les auteurs ont suivi la technique de la réaction de Bordet-Wassermann et ont pratiqué comparativement la réaction de Hecht complétée par la recherche de l'index hémolytique du sérum. La réaction de Hecht a été positive dans 100 p. 100 des cas, la réaction de Wassermann dans 93 p. 100. La réaction de Hecht apparaît plus tôt que la réaction de Wassermann; elle disparaît également plus tard. Mais cette réaction comporte de grandes causes d'erreur sur lesquelles les auteurs insistent longuement.

Schématisant l'évolution comparée des deux types et réactions pendant le traitement du chancre, ils montrent la fréquence d'oscillations faisant passer les réactions du positif au négatif, puis au positif, etc., de semaine en semaine.

Les signes sérologiques observés avant tout traitement sont les facteurs qui semblent le plus influencer l'évolution ultérieure des réactions. Ainsi, par exemple, quand les deux réactions sont initialement négatives, on note après traitement la disparition du Wassermann dans 100 p. 100 des cas, du Hecht dans 54 p. 100. Si, au contraire, elles sont toutes les deux positives au début, la disparition n'est plus que de 68 p. 100 pour la réaction de Wassermann et 28 p. 100 pour la réaction de Hecht.

L'action thérapeutique sur la chute des réactions est d'au-

tant plus accusée que les réactions du début étaient moins marquées.

Les auteurs concluent que les réactions humorales ne permettent pas de fixer la thérapeutique du chancre, car elles peuvent offrir des modifications inattendues rendant difficile et même dangereuse toute systématisation trop exclusive.

La réaction de Wassermann du sang. Sa valeur théorique, sa valeur pratique. Ses méfaits. (J. NICOLAS et J. GATÉ. *Ann. de dermat. et de syphil.*, 6e série, t. I, n° 3, p. 119-144.) — Les auteurs font une critique de la réaction de Wassermann qui, spécifique ni dans son essence ni dans ses résultats, peut entraîner de grossières erreurs lorsqu'elle est acceptée comme décisive. Ils concluent :

1° Une réaction négative ne peut, en aucun cas, permettre d'éliminer la syphilis.

2° Une réaction positive, paraissant en contradiction avec la clinique, doit toujours être pratiquée à nouveau quelques jours après.

3° Le traitement de la syphilis restera, quelle que soit l'évolution de la réaction de Wassermann, ainsi que l'a enseigné Fournier, systématique et prolongé. « Seul le traitement chronique, intermittent de Fournier, peut restreindre à leur minimum les conséquences désastreuses du péril syphilitique au point de vue individuel, familial et social. »

4° Il y aurait imprudence à faire rentrer en ligne de compte la réaction de Wassermann dans les expertises médico-légales. La même réserve s'impose en ce qui concerne le mariage, la procréation, les assurances sur la vie.

Les résultats de la réaction de Wassermann ne doivent être acceptés que sous bénéfice d'inventaire : la clinique doit conserver tous ses droits en face d'un procédé complexe de laboratoire, très intéressant mais sujet à caution.

Cf. — L'interprétation clinique de la réaction de Wassermann. (Marcel FERRAND. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 mars 1919, t. XC, 5e cahier, p. 172.)

La réaction de Bordet-Wassermann. Interprétation actuelle des résultats. (JEANSELME et M. BLOCH. *Bull. méd.*, 27 sept. 1919.)

La valeur de la réaction de Wassermann. (LAUMONIER. *Gaz. des hôpit.*, 22 mai 1919, n° 31.)

La séro-réaction de Bordet-Wassermann dans la syphilis primaire. (LÉVY-BING, GERBAZ et HAAG. *Ann. des mal. vénér.*, mars 1918, n° 3, p. 140-165.)

La réaction de Bordet-Wassermann dans les urines. — Recherches comparatives sur la réaction de Bordet-Wassermann dans le sang et dans l'urine. (Clément SIMON. *Soc. de dermat. et de syphil.*, 8 janv. 1920; *Acad. de méd.*, 20 janv. 1920.) — On savait que la réaction de Wassermann peut être trouvée dans l'urine des syphilitiques. Mais l'auteur a précisé, par l'étude de plus de 200 cas, dans quelle proportion les résultats de cette réaction sont concordants ou discordants avec ceux que l'on trouve dans le sang. Dans plus de la moitié des cas on note une réaction identique dans l'urine et dans le sang; dans les autres cas, il y a discordance le plus souvent en faveur du sang; mais, dans 1/5 des cas de discordance, celle-ci est en faveur de l'urine. Il peut donc y avoir la même discordance ici que celle qui existe entre le sang et le liquide céphalo-rachidien. Le Wassermann des urines est habituellement négatif à la période primaire, assez souvent positif à la période secondaire, mais il atteint son maximum de fréquence au cours de la syphilis tertiaire et surtout de la syphilis héréditaire. Les conséquences de ces constatations sont fort importantes si l'on accorde, comme le font beaucoup d'auteurs, une grande valeur aux réactions de fixation au double point de vue du diagnostic et du traitement de la syphilis; en cas de réaction négative dans le sang, surtout dans les périodes tardives, il faudrait compléter l'examen par une réaction pratiquée dans l'urine.

Procédés divers. — Cf. — Procédés de laboratoire pour le diagnostic de la syphilis distincts de la réaction de Wassermann. (Morates CARDENES. *El Siglo med.*, 22 nov. 1919.)

Arsenobenzols. Ictères et érythèmes postarsenobenzoliques. — Etat actuel de la question des arsenobenzols. (G. MILIAN. *Paris méd.*, 5 avril 1919, n° 14, p. 261-270.) — Dans cette revue d'ensemble, l'auteur fait le bilan actuel du médicament. Il en montre tous les avantages et en décrit les inconvénients, crises nitritoïdes, apoplexie séreuse. L'auteur envisage ensuite l'intéressante question de la réaction d'Herxheimer et des syphilo-récidives, terminant son article par l'étude détaillée des précautions thérapeutiques dont le médecin doit entourer toute injection d'arsenobenzol.

Les ictères au cours de la syphilis. (*Journ. méd. franç.*, fév. 1920, n° 2 [numéro spécial]). — Le numéro de ce journal est consacré à cette importante question, toute d'actualité. Le débat demeure ouvert sur la nature des ictères survenant au cours du traitement par l'arsenobenzol. Pour beaucoup d'auteurs cet ictère est dû à l'action du médicament sur le foie; au contraire, pour Milian, il s'agirait « d'hépato-rechutes » commandant la continuation active du traitement arsenical.

Ictères consécutifs au traitement par le salvarsan et le néosalvarsan. (P. NICAUD. *Presse méd.*, 22 mai 1920, n° 33, p. 322.) — L'auteur précise d'abord les éléments étiologiques et cliniques des cas qu'il a observés, immédiats ou tardifs, par rapport au traitement arsenical. Pour Nicaud la vraie cause de ces ictères est l'arsenic. Dans l'interprétation des cas tardifs on peut faire intervenir les phénomènes d'accumulation et une insuffisance rénale.

L'élimination rénale de l'arsenic paraît capitale à surveiller. Quand la rétention du sel arsenical est totale, il doit y avoir fixation de ce sel sur le foie. Quand l'élimination est seulement ralentie et irrégulière, il faut surveiller le traitement de très près et même le suspendre.

Taches érythémato-pigmentées à répétition « in situ » à la suite d'injections de novarsenobenzol. (G. THIBIERGE et MERCIER. *Soc. franç. de dermat. et de syphiligr.*, séance du 10 avril 1919.) — L'observation des auteurs est le premier exemple d'éruption érythémato-pigmentée dont les récidives surviennent dans les premières heures qui suivent les injections de novarsenobenzol. Cette éruption est, par sa forme, par sa coloration, par les modifications que subit sa coloration, par ses récidives *in situ*, par la multiplication de ses éléments à chaque nouvelle injection, absolument semblable à celle que M. Brocq a fait connaître à la suite de l'ingestion d'antipyrine.

Les accidents cutanés des arsenobenzènes. (A. BOUTELIER. *Th. de Paris*, 1920.) — Comme tout médicament, les arsenobenzènes peuvent donner lieu à toutes sortes de manifestations cutanées. De ces éruptions, il faut surtout retenir deux classes d'intérêt pratique capital, les érythèmes passagers et les érythrodermies.

La pathogénie de ces éruptions est encore obscure. Jusqu'à plus ample informé, il semble préférable de penser à une intolérance du sujet, intolérance résultant de tares humorales ou viscérales variables, passagères ou permanentes et que peut favoriser, dans certains cas, une toxicité spéciale de cause variable du produit injecté.

On peut éviter parfois l'apparition d'une érythrodermie, lorsque l'on procède avec prudence et que l'on arrête la médication au moindre symptôme inquiétant. En présence d'un érythème passager, il faut se conduire avec circonspection, et, surtout lorsque ces phénomènes arrivent en fin d'un traitement intensif, si malgré toutes les précautions une pro-

L'Anesthésie locale en ophtalmologie, par le Dr DUVERGER, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de Strasbourg. Un vol. de 96 pages avec 19 figures. — Prix : 6 fr. 50 net. — Paris, Masson et Cie.

longation du traitement reproduit, sans qu'ils aient nettement tendance à diminuer, les phénomènes déjà observés.

Les érythrodermies et les purpuras commandent l'abstention définitive de tout traitement par un arsenobenzène quel qu'il soit.

Recherches sur les causes des réactions consécutives aux injections intraveineuses d'arsphénamine et de néoarsphénamine. (SCHAMBERG et AL. *Arch. of dermat. and syphil.*, mars 1920, p. 235.) — Ces recherches montrent que l'explication donnée par Danysz, des accidents consécutifs aux arsenobenzènes par la formation de précipités, ne pourrait s'appliquer qu'aux solutions acides d'arsenobenzol et peut-être aussi aux solutions concentrées d'arsenobenzol monosodique, mais non à l'arsenobenzol disodique ni au novarsenobenzol. Ceux-ci ne sont précipités ni par les sels ou gaz du sang, ni par le sérum sanguin. Les auteurs réitèrent l'hypothèse que les accidents et en particulier les réactions nitritoïdes doivent être attribués à une impureté non identifiée du médicament et qu'ils désignent du nom de substance X.

A. BOUTELIER.

Cf. — Accidents des arsenobenzènes et anaphylaxie. (EVEN et MORIA. *Paris méd.*, 24 janv. 1920, no 4, p. 80.)

Contribution à l'étude de la médication arsenicale dans la syphilis. (Lucien PERRIN. *Th. de Paris*, 1918, 96 pages; Vigot, édit.)

Les ictères de la syphilis secondaire. (GIROUX. *Bull. méd.*, déc. 1919, no 6.)

L'ictère post-arsenobenzolique des syphilitiques. (P. CHEVALLIER et H. PAILLARD. *Journ. méd. français*, fév. 1920, no 2.)

L'ictère des arsenobenzols. (E. CHARROL et A. KHOURY. *Paris méd.*, 13 déc. 1919, t. IX, no 50.)

Ictères observés au cours du traitement par les novarsenicaux organiques. (J. HAGUENEAU et Ch. KUDELSKI. *Gaz. des hôpit.*, Revue générale, 14 fév. 1920, no 16.)

Les ictères au cours de la syphilis. (H. PERRIN. *Marseille méd.*, 1er avril 1920, no 7, p. 329-354.)

Traitement de la syphilis. — Quelques réflexions sur le traitement actuel de la syphilis. (Clément SIMON. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, t. XC, 10 mars 1919, 5e cahier.) — Cet article est une mise au point complète, quoique résumée, de la question de la thérapeutique de la syphilis, en envisageant les renseignements que sont susceptibles de fournir la réaction de Wassermann et la ponction lombaire, dans les directives générales du traitement.

Cf. — Traitement de la syphilis par le mercure associé au novarsenobenzol. Traitement conjugué. Avantages de la méthode. (P. VIGNE. *Th. de Lyon*, 1919, 104 pages.)

Abortion de la syphilis par les arsenobenzols employés dès la période d'incubation. (Louis FOURNIER et L. GUÉNOT. *Presse méd.*, 1er oct. 1919, no 55, p. 554.)

Le traitement préventif du chancre syphilitique. (LACAPÈRE et LAURENT. *Bull. méd.*, 27 sept. 1919, no 41, p. 539.)

Quelques idées générales sur le traitement de la syphilis. (H. JAMIN. *Tunis méd.*, mai 1920, no 3, p. 81-101.)

Syphilis et mariage. — La question du mariage des syphilitiques. (G. THIBIERGE. *Journ. des prat.*, no 47, 22 nov. 1919, p. 737-740.) — Thibierge rappelle d'abord les règles établies par Fournier, n'autorisant le mariage des syphilitiques que 4 ou 5 ans après le début de la maladie, à condition que le dernier accident apparent remonte au moins à 2 ans et à condition encore que le traitement ait été suffisant dans sa durée et son intensité. Mais il est à se demander si les préceptes de Fournier ne sont pas sujets à revision depuis que les procédés de l'observation ont permis de suivre l'évolution de la syphilis et depuis que la médication arsenicale a été introduite dans la thérapeutique antisyphilitique. Thibierge passe au crible d'une critique serrée les renseignements que peut fournir la réaction de Bordet-Wassermann dans cette question et il montre que les cures, même intenses, d'arsenobenzol ne mettent pas à l'abri d'accidents secondaires et tertiaires si le malade n'a pas subi un traitement d'entretien.

Aussi, l'auteur conclut que les progrès récents n'ont pas modifié les règles à suivre pour permettre le mariage aux syphilitiques.

Cf. — La question du mariage des syphilitiques. (L. BROCQ. *Bull. méd.*, 21 et 25 fév. 1914, p. 183 et 195.)

La syphilophobie danger social. (W. DUBREUILH. *Journ. de méd. de Bordeaux*, oct. 1917.)

Les syphilitiques candidats au mariage. (H. MONTLAUR *Th. de Paris*, 1919.)

Médecine légale. — La responsabilité du médecin en cas de contamination d'une nourrice par un nourrisson syphilitique. (G. THIBIERGE. *Bull. méd.*, 27 sept. 1919, no 41, p. 537.) — Fréquentes sont les réclamations en responsabilité dans les cas de contamination d'une nourrice par un nourrisson syphilitique.

L'auteur en rapporte quelques cas et il rappelle les règles dont le médecin ne doit pas se départir : 1o ne jamais confier à une nourrice l'enfant né de parents syphilitiques ou sérieusement suspects de syphilis ; 2o retirer immédiatement du sein, à moins que la nourrice ne soit déjà contaminée, tout enfant atteint de manifestation syphilitique ou de manifestation sérieusement suspecte de syphilis et, dans ce dernier cas, recourir de suite à tous les moyens susceptibles de trancher rapidement le diagnostic.

La prophylaxie antisyphilitique. — Comment lutter contre les maladies vénériennes. Rapport présenté à la Commission médicale pour l'étude des questions sexuelles et pour la lutte contre les maladies vénériennes à Lausanne. (A. LASSUEUR. Un vol. de 96 pages; Lausanne 1918, Payot, édit.) — L'auteur se prononce en faveur de l'abolitionnisme à condition de remplacer les règlements de police par une organisation sanitaire. Pour remplir ce but il faut recourir aux dispensaires municipaux, aux consultations du soir avec hospitalisation large. Le médecin ne doit se prêter à aucune espèce d'enquête sur la source d'infection.

Cet ouvrage résume les différentes mesures prises dans les pays d'Europe où fonctionne l'abolitionnisme. Les statistiques publiées jusqu'à présent seraient en faveur de la législation abolitionniste, mais une conclusion est très délicate en une telle matière.

Cf. — Organisation prophylactique de la syphilis pendant et après la guerre. Un centre dermato-vénéréologique de guerre. (GOUGEROT. *Journ. méd. franç.*, t. VII *bis*, no 5, déc. 1918.)

La lutte antivénérienne en milieu civil, ce qu'elle doit être. (GOUGEROT. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, t. XC, 10 mars 1919, 5e cahier, p. 182-196.)

Prophylaxie personnelle des maladies vénériennes. (VILLAPADIERNA. *El Siglo medico*, 6 déc. 1919, 19 déc. 1919.)

Endémie vénérienne en Belgique. Ce que doit être sa prophylaxie. (BAYET. *C. R. Acad. roy. de Belgique*, 27 déc. 1919.)

Une campagne contre les maladies vénériennes dans l'armée d'occupation. (DAVIS. *The Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, janv. 1920, p. 223.)

Les maladies vénériennes comme nous les voyons aujourd'hui. (Mc DONAGH. *The Practicioner*, janv. 1920.)

Prévention des maladies vénériennes. (ARBUTHNOT LANE. *Med. Presse and circular*, 4 fév. 1920.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE , 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HOPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 26 juillet. — MM. Deniker et Houdard, 14 ; Guimbellot, 18.
Epreuve supplémentaire. — Séance du 27 juillet. — MM. Deniker et Houdard, 19.
Sont nommés : MM. Guimbellot et Deniker.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ANGERS. — Les concours pour les emplois de chef des travaux de physiologie et de chef des travaux d'histologie se sont terminés par la nomination de M le Dr Brac, comme chef des travaux de physiologie, et de M. le Dr Gaugain, comme chef des travaux d'histologie.

— ORLÉANS. — Un concours pour 4 places d'interne titulaire s'ouvrira le mardi 14 décembre 1920, à 14 h. 30, à l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

Les internes sont nommés pour 2 ans. Ils sont payés et jouissent de nombreux avantages matériels, ont de très grandes ressources au point de vue de leurs études.

S'adresser pour l'inscription et les renseignements au directeur des hospices d'Orléans.

— TOURS. — Le concours pour une place de suppléant des chaires de pathologie et cliniques chirurgicale et obstétricale s'est terminé par la nomination de M. le Dr Faix.

Concours du clinicat. — Sont nommés : chef de clinique médicale, M. le Dr Malet; chef de clinique chirurgicale, M. le Dr Roy ; chef de clinique obstétricale, M. le Dr Boivin.

MÉDAILLES DE LA RECONNAISSANCE FRANÇAISE. — *Médaille d'argent.* — M. le Dr Oberlin (d'Avranches).

Médailles de bronze. — MM. les Drs Bizouard (de Nice), Brochin (de Paris), Chiron (de Chambéry), Giret (de Limoux), Gourrier (de Marseille), Jacquemin (de Larressore), Long (de Toulon), Molinéry (de Barèges), Ribard (de Paris), Séjournet (de Fumay), Vauthey (de Lyon), Verdenal (de Pau).

[Nous sommes particulièrement heureux de relever dans cette liste le nom du cher doyen de notre rédaction, le Dr Brochin, chirurgien en chef de l'hôpital Péan, qui, malgré son âge, sans ménager ses forces, s'est consacré pendant la durée de la guerre aux blessés de l'hôpital 65 et de l'hôpital 81 à Paris.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de la joie et des très affectueuses félicitations de la rédaction.]

MARINE. — La médaille d'honneur des épidémies en argent est décernée à MM. les Drs Darleguy, médecin de 1re classe du *Gueydon*, et Piriou, ex-médecin auxiliaire du *Guichen*.

Des témoignages officiels de satisfaction sont décernés à MM. le Dr Barthe, médecin principal, et Mathieu, médecin de 1re classe du *Bien-Hoa*, et à M. le Dr Dore, médecin de 1re classe du *Duguay-Trouin*.

CONGRÈS JUBILAIRE DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MENTALE DE BELGIQUE. — Ce Congrès, correspondant au 50e anniversaire de la fondation de la Société, se tiendra à Gand-Bruxelles les 25 et 26 septembre, sous la présidence d'honneur de MM. Destrée, ministre des Sciences et des Arts; Jaspar, ministre de l'Intérieur ; Vandervelde, ministre de la Justice, et la vice-présidence d'honneur de M. H. Dom, directeur général au ministère de la Justice, et de M. le Dr Glorieux, inspecteur général des asiles et colonies d'aliénés du royaume.

1° *Rapports : a.* Les psychoses traumatiques, par M. le Dr Hoven, médecin à la colonie de Lierneux.

b. Séméiologie psychologique de l'affectivité, par MM. les Drs Decroly, professeur à l'Université de Bruxelles, et Vermeylen, médecin à la colonie de Gheel ;

2° Eloge de Guislain, par M. le Dr P. Masoin, médecin en chef de l'asile de Dave, membre de l'Académie de médecine;

3° Communications originales sur des sujets de neuro-psychiatrie. Démonstration de pièces anatomiques ou de préparations microscopiques.

Prière d'envoyer les adhésions au Dr Hoven, secrétaire général, médecin adjoint de la colonie d'aliénés de Lierneux.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les Drs Cavasse, médecin de l'hôpital Saint-Joseph, à Paris; médecin principal Léonce-Louis Faure, décédé à Constantinople, et Frontgous (de Marseille).

CONGRÈS

AUTOUR DU Ve CONGRÈS INTERNATIONAL DE CHIRURGIE

Séances opératoires et cinématographiques. — Pendant la durée du Congrès, les matinées ont été consacrées aux séances opératoires dans les hôpitaux. Elles furent particulièrement suivies.

Signalons à ce propos l'heureuse initiative du professeur J.-L. Faure qui a donné, dans son service de Broca, une séance de cinéma chirurgical des plus réussies.

Il a présenté plusieurs films, merveilleux de netteté, d'opérations gynécologiques parmi lesquelles : 1° une hystérectomie abdominale subtotale, depuis l'incision de la peau jusqu'au pansement inclusivement; 2° une hystérectomie, avec attaque de l'utérus par la face postérieure; 3° hystérectomie subtotale avec la section médiane du corps utérin; toujours même technique : pincement des ligaments larges, pincement des utérines, ligature, péritonisation, fermeture sans drainage de la paroi en trois plans, suture de la peau avec des agrafes de Michel. Pansement sec à plat.

La mise en scène est si parfaite qu'on se rend très bien compte des divers temps de l'opération, menée avec la précision, la sûreté et la rapidité que M. Faure apporte toujours dans l'acte opératoire.

Il y a là un moyen d'enseignement qu'on ne saurait trop encourager.

Démonstrations. — Dans l'après-midi du jeudi, une suspension de séance après l'exposé des rapports sur les rayons X a permis aux congressistes d'assister à une démonstration très intéressante de nouveaux appareils de Coolidge.

Exposition d'instruments et d'appareils de fractures. — Dans des galeries de la Faculté était installée une exposition d'instruments et d'appareils des plus intéressantes, où nous avons remarqué une importante participation étrangère.

La place nous manque pour tout signaler, notons seulement l'instrumentation osseuse de M. Ch. Mayo (de Rochester) dont il a fait hommage à M. de Martel, notons encore la table d'opérations de M. de Quervain (de Berne). Du côté des fabricants français qui avaient de très belles expositions dignes de leur tradition, on a beaucoup remarqué l'appareil d'éclairage de Glaser qui supprime toute ombre portée sur le champ opératoire.

Parmi les appareils de fractures nous devons signaler l'appareil d'Antoine et Masmonteil pour les fractures de cuisse, appareil dérivé des appareils américains à suspension et à extension continue. Il est caractérisé : 1° par son berceau pelvien ; 2° par ses articulations au niveau du cadre tuteur ; 3° par son levier réducteur. Entre autres avantages, notons que le berceau pelvien sert à la contention du bassin, maintient le membre en abduction et permet la suspension du blessé qui peut s'asseoir. Les articulations du cadre tuteur permettent d'obtenir tous les degrés d'abduction et de flexion et facilitent la réduction de la fracture et la mobilisation précoce du genou. Le tracteur donne une réduction puissante et efficace.

M. Masmonteil a encore exposé un appareil pour le traitement des fractures de la clavicule. Dissimulé sous les vêtements cet appareil permet au blessé de vaquer à ses occupations et de se servir en toute liberté de ses deux bras. Il réalise le traitement ambulatoire parfait des fractures de la clavicule, qu'il s'agisse de fracture d'un seul côté ou de fractures des 2 clavicules.

Enfin, il faut faire une place à part à la très belle et curieuse *exposition d'appareils de fractures du Val-de-Grâce.* Elle réunissait près de 250 pièces remarquablement classées par M. le médecin-major Monéry, le distingué conservateur du musée du Val-de-Grâce. Pour la première fois sans doute on a ainsi pu voir groupés la presque totalité des appareils de transport et d'immobilisation imaginés ou perfectionnés par les chirurgiens alliés, depuis la gouttière de Raoult-Deslongchamps et celle de Delorme jusqu'aux appareils à suspension de Blake et de miss Gassette.

Visite au musée du Val-de-Grâce. — Grâce à l'aimable obligeance de M. le médecin-major Monéry, conservateur de ce musée, unique au monde, les congressistes ont pu en admirer les richesses.

Toute l'histoire chirurgicale et médicale de la grande guerre y est représentée par des pièces anatomiques, des moules, des radiographies, des photographies, des gravures accompagnées des observations complètes des blessés ou malades.

Le musée comprend 3 sections : une section anatomo-clinique renfermant plus de 4.000 pièces anatomiques; dans cette section une salle spéciale est réservée à l'œuvre de Morestin, œuvre admirable, où les réparations autoplastiques de toutes sortes sont figurées par des moules et des photographies, où l'on voit les destructions les plus étendues patiemment réparées par des séries d'interventions plus heureuses les unes que les autres.

Les archives innombrables qui accompagnent ces pièces constituent une documentation des plus précieuses pour l'étude.

Une 2e section est consacrée au matériel médico-chirurgical. Une 3e section, dite historique, comprend des souvenirs, peintures, sculptures, etc., ayant trait au Service de santé.

Il y a là une accumulation d'objets de science et d'art de toutes sortes qui ne sont pas assez connus et qui méritent de l'être.

Nous ne saurions trop en recommander la visite.

Réceptions. — Un programme très complet de réceptions et d'excursions avait été préparé pour les congressistes et leurs familles. Il a été réalisé de point en point, nous ne pouvons que signaler ici la fastueuse réception offerte par le président Keen dans le merveilleux hôtel de Mme la comtesse René de Béarn. Elle laissera aux congressistes un inoubliable souvenir.

Armand GAUTIER

Nous apprenons une nouvelle perte que vient de faire la science française.

Après avoir prononcé l'éloge de Guyon, M. Laveran a donné connaissance à l'Académie d'un télégramme de Mme Armand Gautier, lui annonçant la mort de son mari, survenue à Cannes, à l'âge de 83 ans. Armand Gautier, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine et de l'Académie des sciences, ancien président de l'Académie de médecine et de l'Académie des sciences, laisse une œuvre considérable dans le domaine de la chimie, de la physiologie, de l'hygiène et de la thérapeutique.

Nous citerons deux volumes de *Chimie appliquée à la physiologie, à la pathologie et à l'hygiène ;* son *Traité de Chimie minérale et organique*, en trois volumes; un volume de *Leçons de chimie biologique normale et pathologique ;* un volume intitulé : *La Chimie de la cellule vivante;* un volume contenant *Cent vingt exercices de chimie pratique*, enfin un volumineux ouvrage sur *L'Alimentation et les régimes chez l'homme sain et chez les malades.*

N'oublions pas non plus de rappeler les travaux de Gautier sur les arsenics, l'acide cacodylique et ses dérivés, sur la médication par l'arsenic latent. De ces travaux est sortie toute une médication qui est restée et restera dans la thérapeutique journalière ; nous voulons parler des injections de cacodylate de soude, applicables aux traitements de la tuberculose, du paludisme et de la syphilis.

Armand Gautier ne fut pas seulement un chimiste éminent, un professeur écouté, ce fut aussi un chercheur et un novateur qui a grandement honoré la science française.

A. BROCHIN.

Ve CONGRÈS

DE LA

SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE

Séance d'inauguration.

L'inauguration du Congrès a eu lieu le 19 juillet, sous la présidence d'honneur de M. Honnorat, ministre de l'Instruction publique, assisté du prof. W. W. Keen, président du Congrès, et entouré des ambassadeurs de Belgique, des Etats-Unis et d'Italie, de M. Jusserand, ambassadeur de France à Washington, du Doyen de la Faculté, de MM. les prof. Hartmann (de Paris), Depage (de Bruxelles), Willems (de Liége), MM. Mayer (de Bruxelles), Auvray (de Paris).

Après les discours du ministre, de MM. Hartmann, Willems et Mayer, M. le professeur Keen, revêtu de la belle robe de soie orange de l'Université de Saint-Andrews, a prononcé le beau discours que nous avons été heureux de publier in extenso (1), puis commencèrent aussitôt les travaux scientifiques du Congrès.

Première séance (19 juillet).

RENSEIGNEMENTS FOURNIS PAR L'EXAMEN DU SANG DANS L'ANÉMIE POSTHÉMORRAGIQUE

MM. A. Depage et Goovaerts (de Bruxelles), rapporteurs.

I. Les facteurs essentiels qui permettent d'apprécier l'*importance d'une hémorragie* sont : 1° la mesure de la pression artérielle; 2° l'évaluation de la masse du sang; 3° l'allure de l'anémie posthémorragique qui traduit la dilution du sang.

II. La numération des globules rouges dans le sang veineux permet de reconnaître, quelques heures après une blessure des membres, la gravité d'une hémorragie et de poser les *indications de la transfusion immédiate*. Nous considérons comme d'un pronostic très défavorable, chez des individus bien portants avant le traumatisme : moins de 4.500.000 globules rouges dans les 3 premières heures, moins de 4.000.000 dans les 6 à 8 premières heures, moins de 3.500.000 dans les 12 premières heures.

III. La numération des hématies permet de constater que l'*injection intraveineuse de solutions salines* est efficace après des hémorragies modérées, mais inopérante si la perte de sang a été trop considérable.

IV. *L'anémie posthémorragique* résulte de la dilution du sang par les liquides des tissus. Chez l'homme ce phénomène est lent et n'est complet qu'après trois jours. L'anémie peut être exagérée par l'infection. Elle peut être masquée par l'asphyxie, les réactions péritonéales, les états qui entraînent l'acidose. Elle peut être réduite, dans certains cas expérimentaux, par la résorption de sang épanché dans les séreuses.

V. Chez l'homme, le premier *signe hématologique d'une hémorragie* est non pas la diminution du nombre des globules rouges, mais l'augmentation du nombre des globules blancs. Ce signe peut servir au diagnostic des hémorragies internes.

VI. Si les *globules injectés* ont été choisis de manière à éviter l'agglutination, ils persistent dans la circulation au moins pendant dix jours.

QUELQUES ASPECTS CHIRURGICAUX DE L'ASPHYXIE

M. Evarts A. Graham (de Washington), rapporteur.

L'asphyxie peut se produire dans les conditions suivantes : 1° entrave à l'entrée de l'air; 2° trouble dans le pouvoir du sang de se charger d'oxygène et de rejeter l'anhydride carbonique; 3° obstacle à la circulation du sang; 4° troubles dans le pouvoir d'utilisation de l'oxygène par les tissus.

L'entrave à l'entrée de l'air est fréquemment causée par une altération intrapulmonaire, telle que des exsudats inflammatoires, et par une pression intrathoracique anormale qui limite l'expansion normale des poumons. Les principaux agents de cette compression pulmonaire sont l'air et les liquides. Un nouveau travail expérimental sur le pneumothorax montre que dans le thorax normal, lorsqu'un changement de pression survient dans une cavité pleurale, pratiquement le même changement se produit dans l'autre cavité pleurale. Les deux poumons sont par conséquent presque également comprimés et l'opinion, communément acceptée, de « collapsus » d'un poumon avec respiration normale de l'autre poumon doit être rejetée. La présence d'adhérences peut toutefois provoquer une différence de pression entre les deux cavités pleurales. On a pu calculer approximativement la plus large ouverture de la cage thoracique compatible avec la vie : l'homme normal moyen pourrait supporter pendant un petit temps une ouverture de 65 cmq; en cas de capacité vitale amoindrie, cette ouverture maximum diminue et si la capacité vitale est très réduite, le sujet ne pourra supporter aucune ouverture. L'importance de ce fait en corrélation avec le traitement de l'empyème aigu, spécialement de l'empyème à streptocoques, est à noter.

Les autres causes de l'asphyxie sont discutées par rapport aux différentes affections chirurgicales. Les effets des troubles respiratoires des tissus sont à la fois anatomiques et physiologiques. Les premiers consistent, en général, dans les syndromes d'œdème, d'infiltration de graisse, d'hémorragie et de nécrose. Les troubles physiologiques comprennent l'acidose, les troubles de la respiration, la glycosurie, etc. L'importance d'une diminution de la fonction rénale comme facteur d'acidose est étudiée avec grand soin.

Communications diverses et discussion.

M. Peugniez (Cannes). **Hématologie chirurgicale.** — La cytologie sanguine semble devenir pour le chirurgien moins intéressante que l'étude du sérum. La leucocytose n'a plus, au point de vue des indications opératoires, la valeur qu'on lui attribuait; l'auteur a pratiqué avec succès la splénectomie chez des malades atteints de cirrhose hépatique qui avaient 20.000 et 30.000 globules blancs. De même l'éosinophilie qui accompagne un gros foie ne doit pas être considérée comme un signe sûr de kyste hydatique. Plus précieux sont les services rendus par le laboratoire quand il s'agit de réactions biologiques comme celle de Bordet-Wassermann ou d'analyses donnant le taux de l'urée sanguine. Quant aux bacillémies, elles méritent toujours d'être recherchées par l'hémoculture qui amènera sans doute de nouvelles découvertes fécondes pour le diagnostic et le traitement des grandes infections.

M. Gibson (New-York). **Interprétation de la leucocytose dans les affections inflammatoires aiguës.** — L'hyperleucocytose n'a pas grand intérêt comme moyen de diagnostic des affections inflammatoires, car celles-ci, comportent parfois une diminution du nombre des globules blancs. L'accroissement des polynucléaires a une tout autre portée. C'est M. Sondern (de New-York) qui a montré l'importance du rapport entre le nombre global des leucocytes et le pourcentage des polynucléaires. Un tableau a été publié dans les *Annals of Surgery* en 1906 qui, donnant d'un côté le nombre des leucocytes et de l'autre le pourcentage des polynucléaires, permet d'établir une courbe de la résistance organique en différents cas. Chez un sujet en bonne santé pour 10.000 leucocytes on compte 75 p. 100 de polynucléaires et le plus souvent à une augmentation des leucocytes correspond une augmentation plus forte du pourcentage des polynucléaires. Ces données appliquées à l'étude de 705 cas d'appendicite aiguë ont fourni les résultats suivants : dans 675 cas guéris on eut en moyenne 18.000 leucocytes et 84 p. 100 de polynucléaires, soit une disproportion de + 1 (c'est-à-dire que la courbe monte d'un degré de la colonne des leucocytes à celle des polynucléaires, dans le tableau précité). Et dans 30 cas mortels le nombre des leucocytes fut 18.000, celui des polynucléaires 86 p. 100 et la disproportion + 3.

M. De Quervain (Berne). **De la leucocytose dans les hémorragies péritonéales.** — La leucocytose est en général plus prompte et plus intense dans les grandes hémorragies que dans les affections inflammatoires de l'abdomen. La séreuse joue peut-être un rôle à ce point de vue, car des expériences sur le lapin montrent qu'une hémorragie intrapéritonéale amène une réaction leucocytaire plus forte qu'une hémorragie externe.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 64, p. 1013.

M. Reynès (Marseille). **Danger des rétentions uréiques chez les blessés et opérés.** — Après un traumatisme ou une opération, dans les éléments du pronostic il faut faire une large place aux rétentions azotées. Le foyer traumatique ou opératoire est en effet un centre uréogène par désintégration tissulaire, par résorption des liquides dégénératifs, des exsudats sanguins. L'évolution de l'urée est progressive et peut aboutir à une véritable urémie. Par l'analyse quotidienne des urines on peut établir l'uréo-pronostic. Quand le taux de l'urée dépasse le pouvoir d'élimination du rein, l'analyse de l'urée sanguine précisera la situation. L'auteur a indiqué, dans une communication à l'Académie de médecine (8 octobre 1918), les moyens propres à éviter l'accumulation de l'urée dans le sang et à en faire baisser le taux dans l'urine.

Deuxième séance (20 juillet).

LA CHIRURGIE DU CŒUR

M. Tuffier (de Paris), rapporteur.

Les deux chapitres principaux de la chirurgie du cœur concernent les *plaies récentes* et les *corps étrangers*.

Les *plaies récentes* sont souvent très difficiles à reconnaître. Les modalités de l'hémorragie et la constatation d'un hémopéricarde avec ou sans hémothorax en sont les meilleurs signes. La radioscopie peut fournir des renseignements plus positifs encore : immobilité de l'ombre péricardique ou image d'un corps étranger qui suit les mouvements du cœur. Toute plaie récente nécessite une intervention. En principe, il faut opérer le plus tôt possible et avec une rigoureuse asepsie, car les accidents postopératoires sont presque toujours dus à l'infection. Quand l'urgence n'est pas absolue, c'est la marche de l'hémorragie, c'est l'aggravation des accidents généraux qui commanderont le moment de l'intervention.

Les *corps étrangers* sont extirpés pendant l'opération primitive s'il se peut, secondairement s'ils causent des troubles et peuvent être respectés s'ils restent silencieux.

Les *lésions médicales du cœur* n'ont guère été l'objet que d'études expérimentales ; le rétrécissement aortique est celle qui semble devoir être attaquée avec le plus de chances. Parmi les *tumeurs primitives du cœur*, les variétés bénignes bénéficieraient de l'intervention si le diagnostic pouvait être précisé.

L'*abord chirurgical du cœur* quand l'opération est faite à chaud, c'est-à-dire pour une plaie récente, consiste à suivre le trajet de la plaie et à réséquer côtes ou sternum, selon des nécessités variables ; quand l'opération est faite à froid, il peut être réalisé par trois voies : le volet thoracique à pédicule externe ; l'incision intercostale du 4e espace avec écartement forcé et résection éventuelle d'un cartilage ; la thoraco-laparotomie médiane.

La *cardiorraphie* est effectuée sur le cœur, saisi d'abord par le ventricule droit puis empaumé, à l'aide d'une aiguille courbe et ronde, en points séparés, au fil de lin ou de soie. En cas de perte de substance du cœur, on peut tenter l'autoplastie musculaire ou fibreuse. Les tractions sur le cœur doivent être relâchées si les battements faiblissent. Pour arrêter une hémorragie incoercible, on prendra entre deux doigts le pédicule veineux du cœur. Péricarde, plèvres et thorax sont fermés sans drainage.

La *cardiotomie*, nécessaire pour l'extraction d'un corps étranger, doit s'éloigner des zones dangereuses qui sont la région du faisceau de His, la cloison interauriculaire et l'artère coronaire de sa naissance à sa bifurcation. La région à inciser sera, le plus possible, rapprochée de la pointe du cœur et isolée entre deux doigts, des fils d'attente ayant été placés avant l'incision.

La *cardiolyse* appliquée au traitement des adhérences pleuro-péricardiques avec asystolie comprend 3 méthodes : cardiolyses endopéricardique, péricardo-médiastinale et cardio-costale, la dernière étant celle qui est le plus souvent indiquée et a donné le plus de succès.

La *réanimation du cœur* pratiquée en cas de syncope anesthésique ou asphyxique peut être obtenue par diverses méthodes dont la plus importante est le massage du cœur qui donne les meilleurs résultats quand il est fait par la voie abdomino-sous-diaphragmatique et dans les 10 premières minutes après l'arrêt du cœur. On a encore employé isolément, ou avec le massage, les injections salines ou adrénalinées dans les artères ou dans les veines, vers le cerveau ou vers le cœur et les injections d'adrénaline dans le myocarde ou dans la cavité ventriculaire.

LA CHIRURGIE DES GROS VAISSEAUX

M. L. Sencert (de Strasbourg), rapporteur.

Les innombrables blessures des gros vaisseaux pendant la guerre ont considérablement augmenté nos connaissances sur la chirurgie des vaisseaux, précisé notre technique et amélioré nos résultats. Le fait dominant qui ressort de cette immense expérience, c'est que toute plaie vasculaire fraîche doit être immédiatement opérée, qu'elle saigne à l'extérieur, qu'elle soit l'origine d'un hématome diffus, ou qu'elle ne saigne pas du tout. L'opération primitive doit s'efforcer de réaliser la réparation anatomique et fonctionnelle de l'artère blessée. On ne recourra à la ligature, immédiatement ou tardivement dangereuse, que devant l'impossibilité *réelle* de faire la suture latérale ou circulaire. La chirurgie des suites éloignées des blessures artérielles doit être encore réparatrice, qu'il s'agisse d'accidents dus à l'oblitération, d'anévrisme artériel ou artério-veineux. Depuis 1914, bien des chirurgiens de grande valeur, déçus par la chirurgie vasculaire réparatrice qui les avait théoriquement séduits, lui ont préféré des méthodes dites par Forgue plus radicales et plus sûres. Déception injustifiée ; on n'a pas toujours fait les efforts nécessaires à la réussite. Ceux qui se sont une fois bien convaincus de ce qu'il est possible de faire en matière de réparation des gros vaisseaux ne quitteront plus cette voie et seront vite récompensés de leurs efforts.

CHIRURGIE DU CŒUR ET DES VAISSEAUX — THROMBOSE ET EMBOLIE — TRANSFUSION DU SANG

M. Charles Goodman (de New-York), rapporteur.

Les chirurgiens les plus conservateurs de nos armées au front ont préféré la ligature à la suture, dans la chirurgie des vaisseaux sanguins, comme étant plus expéditive. Cependant, il est établi que la suture est plus sûre et entraîne moins de troubles secondaires que la ligature. Dans les anévrismes artério-veineux (460 cas) la suture, comparée à la ligature, a donné un pourcentage plus élevé (de 10 p. 100) de guérisons et moins élevé (de 10 p, 100) d'accidents gangréneux. L'intubation artérielle de Tuffier et la théorie de Leriche sur la « stupeur artérielle » sont les plus notables innovations en chirurgie vasculaire pendant cette guerre, tandis que la solution de Carrel-Dakin a rendu la suture possible dans beaucoup de cas qui, sans elle, eussent été inopérables.

Bien que la première transfusion sur l'homme ait été pratiquée en 1667 par Jean-Baptiste Denis, ce n'est qu'en 1906 qu'un autre Français, Alexis Carrel, a rappelé l'attention sur la transfusion par ses remarquables études sur les vaisseaux sanguins.

La méthode indirecte s'est maintenant substituée à la méthode directe et l'épreuve macroscopique de Moss-Vincent sur les sangs du récepteur et du donneur utilisée conjointement avec la solution de citrate de soude a été trouvée pratique et satisfaisante par l'armée américaine en campagne.

La méthode de conservation des cellules sanguines de Robertson mérite de nouveaux essais.

Pendant cette guerre, le fait le plus remarquable en chirurgie cardiaque a été l'étonnante preuve fournie par la radiologie, de la tolérance presque parfaite du cœur pour les projectiles.

Le processus de la thrombose demeure un problème non résolu.

Les hémorragies secondaires, souvent observées pendant cette guerre, sont, sans doute, souvent dues à l'invasion d'un trombus latéral par le streptocoque hémolytique. Le contact du trombus infecté avec la paroi du vaisseau amène la nécrose et l'hémorragie.

CHIRURGIE DU CŒUR ET DES GROS VAISSEAUX

M. Roberto Alessandri (de Rome), rapporteur.

Ce rapport est avant tout l'exposé des travaux italiens sur la chirurgie du cœur et des gros vaisseaux.

Le premier cas de suture d'une plaie péricardique avec

guérison appartient à Tassi (de Rome, 1891). Quant aux opérations portant sur le cœur, elles ont été précédées d'études expérimentales en grande partie italiennes et quand elles furent pratiquées sur l'homme les initiateurs furent presque toujours des chirurgiens italiens : première suture d'une plaie du cœur par Baliva (1895) ; première suture du ventricule droit par Farina (1896) ; du ventricule gauche avec succès par Parozzani (1897) ; de l'oreillette droite et de la gauche par Giordano (1898) et par Ninni (1901).

D'autre part, d'intéressantes recherches expérimentales et cliniques ont été faites sur la blessure des vaisseaux coronaires par Dominici et par Martelli.

Suit la statistique des plaies et des projectiles cardiaques opérés ou observés en Italie.

Quant à la chirurgie vasculaire, elle doit à Spezzani les premières ligatures sus-anévrismales, à Scarpa et à Porta des études importantes, à Durante les premières sutures artérielles heureuses.

L'auteur termine son rapport par une étude sur la transfusion du sang et aussi sur la réinfusion du sang extravasé dans l'abdomen dont il relate une observation personnelle.

SUR LA TRANSFUSION DU SANG

M. Jeanbrau (de Montpellier), rapporteur.

Les *indications* de la transfusion du sang sont actuellement établies d'une façon rigoureuse en ce qui concerne l'anémie posthémorragique. Les recherches hématologiques de Depage et Goovaerts ont établi que tout blessé qui, 6 heures après sa blessure, avait moins de 4 millions de globules rouges par millimètre cube, succombait fatalement, sauf le cas où on lui pratiquait la transfusion du sang. D'autre part, les recherches expérimentales de Charles Richet, Brodin et Saint-Girons ont montré, en 1918, que des chiens saignés de plus de la moitié de leur sang globulaire total mouraient dans la proportion de 80 p. 100, si on se bornait à leur injecter des sérums à minéralisation complexe, gommés ou sucrés, et qu'ils survivaient tous si on les transfusait. Les transfusions faites par l'auteur et ses collaborateurs aux armées leur ont donné chez des blessés shockés 67 p. 100 de survies dépassant 24 heures et 40 p. 100 de guérisons définitives.

En ce qui concerne la *technique*, la transfusion de sang veineux stabilisé par le citrate de soude constitue, de l'avis de tous ceux qui l'ont appliquée, le moyen le plus simple de faire la transfusion en temps de guerre. Les Américains qui ont été les premiers à l'utiliser, parce que c'est Lewisohn qui a imaginé cette méthode aux États-Unis, en 1915, l'emploient actuellement en pratique civile.

Quant à la question du *choix des donneurs*, afin d'éviter l'agglutination et l'hémolyse il faut pratiquer l'épreuve de Moss-Vincent. Malheureusement, cette épreuve nécessite la possession de sérums des groupes II et III dont il est difficile de se procurer des échantillons. Afin de remédier à cette difficulté, Jeanbrau a recherché une technique très simple d'agglutination ne nécessitant ni sérums humains des groupes II et III, ni microscope, ni centrifugeurs. Cette technique consiste en ceci : on prélève 2 ou 3 cmc. de sang au malade à transfuser et on laisse coaguler ce sang dans une cuiller, ou un tube à catgut. On prélève, dès que la coagulation est faite, une goutte de sérum qu'on dépose sur une lame ou, à défaut, sur un verre renversé bien sec. On pique le lobule de l'oreille de la personne disposée à servir de donneur, on prélève une goutte de sang avec une épingle et on mélange cette goutte de sang au sérum du futur récepteur. Si les globules du sang du donneur sont agglutinés par le sérum des récepteurs, il se forme, au bout de 40 ou 60 secondes, des petits amas rouge brique, très nets, flottant dans le sérum. Il y a agglutination, il ne faut pas accepter l'offre du donneur. Si, au contraire, le mélange de sang et de sérum reste clair, homogène, c'est qu'il n'y a pas agglutination, on peut faire la transfusion.

Cette technique ne nécessite aucun outillage et peut être faite partout, par n'importe qui. Elle nécessite au plus une demi-heure. Sans permettre, comme l'épreuve de Moss-Vincent, de reconnaître à quels groupes appartiennent donneur et récepteur, elle suffit pour prévoir s'il y aura agglutination et, par suite, hémolyse entre le patient et la personne qui accepte de donner son sang.

Communications diverses et discussion.

M. Delagenière (Le Mans). **Sur quelques considérations relatives à la chirurgie des plaies vasculaires et des anévrismes traumatiques.** — 1° Pour les veines, la ligature double dans la plaie est toujours préférable à la suture. Celle-ci expose à la thrombose, mais elle reste une ressource précieuse pour les petites plaies des grosses veines.

2° Pour les artères, la ligature classique à distance doit être proscrite et remplacée par un fil d'attente au lieu d'élection, ce fil temporaire tenant lieu de bande élastique pendant la recherche de la plaie vasculaire. La méthode la plus sûre est de lier les deux bouts de l'artère dans la plaie et de solidariser les moignons. La suture doit être préférée à la ligature pour la terminaison de la fémorale et les grosses artères du cou.

3° Pour les anévrismes les règles précédentes sont applicables. Le sac ouvert est vidé de ses caillots, les vaisseaux seront liés au plus près de la lésion. Bien entendu on opérera le plus tard possible, pour laisser à la circulation collatérale le temps de s'établir.

M. R. Proust rapporte un cas de **plaie du ventricule gauche** par balle de revolver, qu'il a opéré en 1910.

En 1914, le blessé, guéri, avait encore des crises d'essoufflement; quand la classe 1917, à laquelle il appartenait, a été mobilisée, il a pu partir et faire la campagne.

La lésion a été étudiée à différents moments par l'électrocardiographie, qui a montré, au début, des troubles de la contraction ventriculaire qui ont disparu depuis.

M. Sorel (Nice). **Sur la question de l'avenir des opérés du cœur.** — Il est intéressant d'envisager les troubles fonctionnels que peut causer la cicatrice myocardique. L'auteur cite le cas d'un de ses blessés chez lequel, 12 ans après l'intervention, l'électrocardiogramme montrait un retard notable de la contraction du ventricule gauche sur celle du ventricule droit.

M. Soubbotitch (Belgrade) communique une statistique des **ligatures et sutures des gros vaisseaux** qu'il a eu à pratiquer dans les diverses guerres balkaniques. Ses préférences vont à la suture sous la réserve que l'opération puisse être tout à fait aseptique.

M. Van Tienhoven (Rotterdam) préconise la suture qui lui a donné 75 p. 100 de succès alors qu'il n'en a obtenu que 45 p. 100 avec la ligature. Les anévrismes doivent être opérés sans retard parce qu'ils grossissent souvent très vite et s'entourent d'une coque scléreuse qui complique l'intervention.

Chaque service de chirurgie devrait avoir le matériel nécessaire aux **sutures des vaisseaux**. En ce qui regarde la technique, il faut employer des aiguilles courbes très fines conservées dans la vaseline, de la soie 000 parafinée et pendant la suture arroser la plaie avec une solution de citrate de soude à 10 p. 100.

M. Picqué (Bordeaux). **A propos de la transfusion.** — Le shock hémorragique et certains cas de shock opératoire représentent les deux indications principales de la transfusion. En particulier, trop de blessés s'éteignent après des interventions importantes faute de l'appoint sauveur de la transfusion. C'est l'observation incessante de la tension artérielle à l'aide du Pachon qui devra guider le chirurgien.

M. Caplesco (Bucarest) rapporte 5 cas de **plaies vasculaires** opératoires, suturées et une plaie pénétrante du ventricule gauche traitée avec succès par la cardiographie d'urgence.

M. Lenormant (Paris) cite, d'une part, 4 cas d'interventions pour **plaie du cœur** dont 3 personnels et 1 de son assistant M. Moure; d'autre part, d'assez nombreuses observations d'anévrismes faux, vrais ou artério-veineux qu'il a opérés avec des résultats encourageants.

M. Hallopeau (Paris). **Deux cas de double suture de la jugulaire interne.** — Il s'agit de deux blessés, opérés en 1918, qui présentaient l'un et l'autre une plaie du cou avec double perforation de la jugulaire interne, les plaies du vaisseau ayant, dans chaque cas, environ 1 cm. de longeur. Après hémostase provisoire par pinces de Kocher caoutchoutées, la suture longitudinale fut faite en surjet avec des aiguilles

courbes montées à la soie floche. Dans le premier cas, la veine se trouva rétrécie de près de moitié ; dans le second, la suture, passant à 1 mm. des bords de la perforation, ne diminua qu'à peine le calibre du vaisseau. La guérison se fit sans incident, c'est-à-dire sans infection ni thrombose. Cependant, bien qu'il s'agît d'éclats d'obus, les bords des plaies vasculaires n'avaient pas été réséqués. La suture constitue donc, même en chirurgie de guerre, une méthode à appliquer sans hésitation, en cas de plaie d'un gros vaisseau.

M. Donati (Modène). **Effets de la sympathectomie périartérielle dans un cas d'angiotrophonévrose acroparesthésique.** — Chez une femme, une blessure d'un doigt détermine secondairement des troubles circulatoires de la main et de l'avant-bras et des troubles nerveux moteurs, sensitifs : en particulier, de l'anesthésie douloureuse et trophique : chute des ongles. La tension était Mx 8 Mn 6. La sympathectomie pratiquée au niveau de l'artère radiale amena la guérison.

M. Auvray (Paris), quoique très préparé par ses travaux antérieurs à la suture vasculaire, n'a jamais eu, pendant la guerre, l'occasion de la pratiquer. Il estime qu'on aurait tort de médire de la ligature à laquelle tant de blessés doivent la vie. Pour sa part, il a fait de nombreuses ligatures avec un seul insuccès.

M. Sencert (Strasbourg) ne méconnaît pas les services qu'a rendus la ligature, mais croit fermement à la supériorité de la suture dont les indications apparaissent de plus en plus fréquentes aux chirurgiens qui se sont imposés de la pratiquer.

M. Koch (Gröningue) a observé un cas d'anévrisme artério-veineux qui s'est amélioré spontanément et demande si l'expectative n'est pas de mise quelquefois.

Troisième séance (21 juillet).

FRACTURES DE LA CUISSE

M. Sinclair (de Netley), rapporteur.

1. Les principes d'Hilton concernant « le repos et la douleur » doivent être appliqués à la fois aux blessures et aux fractures.
2. Les fractures compliquées infectées doivent être traitées par l'extension, l'immobilisation et le drainage.
3. En cas de blessures, les meilleurs résultats sont obtenus par les méthodes aseptiques, l'immobilisation, le drainage declive et les pansements secs.
4. On ne doit extraire que les os entièrement détachés.
5. Toutes les fractures du membre inférieur peuvent être traitées efficacement par deux systèmes d'attelles : *a.* le cadre en filet de Sinclair ; *b.* l'attelle de A. Thomas.
6. Environ 10 p. 100 des fractures ne sont pas entièrement réduites mécaniquement. Celles-ci sont réduites par l'opération sanglante, la suture métallique et *les attelles*.
7. L'attelle doit être enlevée pour le pansement. Elle ne doit pas gêner le malade : plus celui-ci se sent à l'aise, plus l'immobilisation sera bonne.
8. La meilleure méthode d'extension se pratique au moyen d'une brochette (temporaire), du sparadrap ou des vis placées dans le tibia avec la traction au-dessous du genou.
9. Des mouvements articulaires peuvent être commencés de bonne heure, dès que l'asepsie est obtenue et que la fracture commence à se consolider.
10. Les rayons X sont « l'ophtalmoscope » du chirurgien des fractures.

(L'exposé du rapport de M. Sinclair fut illustré de nombreuses projections fort intéressantes et démonstratives.)

TRAITEMENT DES FRACTURES SIMPLES DU FÉMUR CHEZ L'ADULTE

M. Maurice Patel (de Lyon), rapporteur.

1° Le traitement des fractures de cuisse doit s'inspirer avant tout de l'étude du trait de fracture et du déplacement des fragments par les muscles ; le diagnostic radiologique est donc une nécessité.

2° Le traitement sanglant est nettement indiqué :

a. dans les fractures intracervicales du col fémoral (*enchevillement* par vis métallique).

b. dans les fractures trochantériennes, uni et diacondyliennes, avec déplacement (*vissage* ou *cerclage*).

Pour les fractures du corps du fémur, l'*ostéosynthèse*, par plaque ou *fixateur*, intervention difficile et non sans dangers, ne doit vivre que des contre-indications des méthodes non sanglantes, et les perfectionnements apportés à ces dernières, ont encore réduit son champ d'action ; elle ne sera utilisée que chez des sujets très bien portants pour lesquels un résultat fonctionnel satisfaisant ne peut être obtenu avec les méthodes habituelles. En demeurent justiciables, les fractures ouvertes ou avec lésions vasculo-nerveuses et, avec les réserves faites ci-dessus, certaines fractures sous-trochantériennes et sus-condyliennes et quelques fractures diaphysaires à grand déplacement.

3° Le traitement non sanglant s'applique à la grande majorité des fractures du fémur.

L'*extension continue* en est la base ; elle s'exercera de préférence la jambe en demi-flexion, la cuisse en abduction, parfois en flexion ou abduction bilatérale suivant la position des fragments. Elle peut s'effectuer soit dans des appareils confectionnés à l'avance, soit plus simplement sur le plan du lit ou dans un appareil à suspension ; ce dernier procédé présente d'incontestables avantages. La traction sera faite à la partie inférieure de la cuisse avec des bandes collées ou mieux avec une broche condylienne qui permet une action plus directe et plus énergique sur le fragment inférieur du fémur ; c'est surtout dans les fractures sous-trochantériennes et sus-condyliennes que sera utilisé ce mode de traction, capable de réduire des fractures considérées jusqu'ici comme irréductibles.

L'appareil de Delbet, qui permet la marche et fixe l'extension, convient aux sous-trochantériennes et spécialement aux fractures diaphysaires, surtout chez les jeunes sujets.

L'immobilisation sera prolongée jusqu'à consolidation complète. Le traitement mécanothérapique sera toujours institué de façon précoce.

4° Pendant toute la durée du traitement, mais surtout au début, la réduction sera vérifiée radiologiquement. Il devrait exister dans les hôpitaux, soit des services spécialisés, soit des installations radiologiques mobiles permettant de vérifier la direction et l'état des fragments au lit du malade.

FRACTURES DE LA CUISSE

M. Kellog Speed (de Chicago), rapporteur.

Il n'existe en Amérique aucun traitement type des fractures de cuisse. On n'a pas réussi à réunir de grandes séries de cas traités. Le mode de traitement le plus courant consiste en un appereil plâtré appliqué, pendant l'extension, sur la table à fracture. L'extension au sparadrap est aussi d'un emploi fréquent. La position de Whitman en abduction complète est réservée aux fractures du col. On n'utilise que rarement l'attelle de Thomas et Hodgen avec suspension et traction sur un cadre. Le traitement sanglant est pratiqué dans 10 p. 100 des cas environ, l'ostéosynthèse étant réalisée à l'aide de chevilles osseuses, de plaques et de vis.

L'auteur passe en revue 520 cas de fractures du fémur observées au Cook County Hospital de Chicago et signale l'intérêt qu'il y aurait à traiter toutes les fractures de cuisse dans un hôpital afin de réunir de nombreux documents radiologiques et thérapeutiques qui permettraient de trouver le meilleur traitement.

Communications diverses et discussion.

M. Arnd (Berne) expose un **procédé de réduction des fractures ouvertes** de cuisse applicable même en cas de grand déplacement. Une tige métallique, un grand clou est enfoncé entre les extrémités des deux fragments passant contre la surface de fracture du fragment supérieur et pénétrant par sa pointe dans le canal médullaire du fragment inférieur. Puis une poussée sur la partie libre du levier et dirigée dans le sens approprié ramène les segments osseux dans le même axe. On enfonce le clou et la réduction obtenue est maintenue par un plâtre.

M. Putti (Bologne). Un raccourcissement qui dépasse 5 cm. ne peut être suffisamment corrigé par une chaussure orthopédique et entraîne de fâcheux déplacements du bassin. L'allongement doit être obtenu graduellement, lentement, par une extension et une contre-extension prenant point d'appui

directement sur le squelette. Pour réaliser ce principe, l'auteur a imaginé un **appareil** formé de plaques qui se fixent aux fragments à l'aide de vis sans perforateur spécial et d'un ressort d'écartement dont la tension est réglée par un dynamomètre. Cet appareil donne des allongements qui vont jusqu'à 6 et 8 cm.

M. Putti réclame la priorité au sujet des lames dites de Parham.

M. Willems (Liége). Les **méthodes sanglantes** n'ont que de rares indications. Le traitement de choix est l'extension bien faite, c'est-à-dire prenant point d'appui sur le segment inférieur, laissant le genou libre, permettant la correction des angulations. Les appareils à vis ne mettent pas à l'abri des angulations qui sont beaucoup plus fâcheuses que le raccourcissement.

M. Dominici (Rome) s'est surtout occupé des **fractures de cuisse par armes à feu** et s'est bien trouvé de l'extension pratiquée avec l'appareil de Thomas.

Il attire l'attention sur la présence dans les foyers de fracture de gaz décelable par la radiographie et qui pourrait à tort faire croire à de la gangrène gazeuse; il s'agit sans doute d'air entraîné par le projectile.

M. Hallopeau (Paris). Le **traitement des fractures fermées** de la diaphyse fémorale sera de plus en plus opératoire. C'est en effet dans ces fractures que l'on rencontre le plus souvent les interpositions musculaires, le chevauchement, l'angulation, la rotation des fragments. D'autre part, le siège trop profond de la fracture rend insuffisantes les manœuvres externes. Aussi, lorsque la radiographie aura montré que la réduction reste imparfaite au bout de 8 à 10 jours, on interviendra. L'incision longitudinale externe qui permet de dissocier le vaste externe au niveau de la fracture est la meilleure. En s'aidant de crochets et de rugines on réduit les fragments débarrassés des caillots fibrineux; on laisse naturellement les esquilles.

La contention est obtenue avec la plus grande facilité au moyen des lames de Parham auxquelles on peut ajouter, si la fracture est absolument transversale, une plaque latérale. Après suture par plans, il est bon de mettre un appareil plâtré pendant 30 à 40 jours.

Sur 35 fractures soignées depuis 6 mois, 14 ont été opérées ainsi; 3 fois il y avait de grosses interpositions musculaires; 1 seule fois une plaque latérale a été appliquée maintenue par 3 lames; dans 3 cas une seule lame a suffi; dans 9 cas il en a été placé 2; dans un cas de fracture à grandes esquilles il a fallu 3 lames. L'évolution s'est toujours faite sans incident.

M. Leonté (Bucarest) présente un **appareil** de synthèse osseuse d'application aisée ne nécessitant pas l'anesthésie générale. L'appareil est également très facile à enlever après guérison, grâce à un dispositif spécial qui solidarise pinces et agrafes.

M. Lambotte (Anvers) parle des difficultés de la **chirurgie osseuse** et expose sa statistique qui comprend 751 cas.

M. Frœlich (Nancy) est tout à fait d'accord avec M. Patel au sujet du **traitement des fractures de cuisse**, mais il lui semble plus logique d'immobiliser le membre en rotation interne et non externe.

M. Alglave (Paris). **Au sujet du traitement sanglant des fractures fermées du fémur.** — Les méthodes de réduction à vue et de contention par les agents métalliques ne doivent plus être des méthodes d'exception réservées aux seuls cas graves, mais des moyens de choix et de pratique courante. Les facteurs du succès sont ici : 1° l'asepsie rigoureuse des mains du chirurgien que donnent les gants de fil superposés aux gants de caoutchouc; 2° l'asepsie et l'innocuité du métal qui sert à l'ostéosynthèse; 3° l'asepsie rigoureuse du foyer de fracture et des téguments voisins.

L'auteur n'a jamais pratiqué l'ostéosynthèse dans les fractures de guerre qui sont à l'origine *ouvertes et infectées*. Il redoute de même l'infection qui peut atteindre l'os embroché par des tiges, vis ou étriers à travers les téguments.

A l'appui du traitement sanglant, il cite deux observations remarquables : l'une concerne une fracture diaphysoépiphysaire et diacondylienne opérée par la voie transrotulienne et guérie de telle sorte qu'au bout de 6 semaines le malade avait retrouvé l'usage intégral de son membre; dans l'autre la fracture de la diaphyse fémorale maintenue par une plaque à 8 vis n'a pas empêché le blessé de faire toute la guerre dans le service actif.

M. Corachan (Barcelone) : 1° dans les **fractures** diaphysaires il faut employer l'extension continue et plâtrer après correction; si le déplacement est trop grand, la méthode sanglante avec mise en place d'un greffon ou d'une plaque de Parham, est indiquée; 2° la fracture sous-trochantérienne est justiciable ainsi de la méthode sanglante; 3° en cas de fracture du col, c'est la méthode de Delbet avec greffon et non avec vis qui convient.

M. Santos (Lisbonne) appelle la **fracture de cuisse** une *maladie fonctionnelle*; on voit trop la lésion osseuse et on ne songe qu'à guérir cette lésion. Le meilleur traitement est celui qui *laissera le genou mobile* tout en facilitant la consolidation.

M. de Quervain (Berne) montre un **appareil**, modification heureuse de l'atelle de Thomas, qui laisse le genou libre et dans lequel la traction sur broche transcondylienne est graduée en kilogrammes par un dynamomètre. Cet appareil à la fois suspenseur et extenseur est fait pour les fractures diaphysaires.

Les fractures du col, les sous-trochantériennes et les sus-condyliennes ainsi que les fractures articulaires doivent toujours être opérées.

M. Bloch (Copenhague) emploie de préférence un **appareil** qui rappelle le Tillaux et a l'avantage de pouvoir être appliqué partout. Les méthodes sanglantes ne peuvent être employées que par de véritables chirurgiens.

M. Heitz-Boyer (Paris) traite quelques points de **technique instrumentale opératoire**. Il rappelle d'abord les excellents résultats que lui a donnés pendant la guerre l'*accrochage* du prof. Depage dans les fractures ouvertes. Il s'est servi de ce moyen non seulement pour relever le fragment inférieur mais pour maintenir le fragment supérieur; dans deux cas un triple accrochage lui a donné une réduction parfaite.

Il a pu aussi traiter de façon très heureuse des fractures anciennes vicieusement consolidées à grand chevauchement à l'aide de son instrumentation personnelle créée pendant la guerre et perfectionnée depuis. Ses daviers universels et son réducteur fixateur lui ont permis d'obtenir des rallongements difficiles atteignant jusqu'à 5 et 6 cm. L'ensemble de cette instrumentation donne au chirurgien une puissance qui n'est limitée que par l'état anatomique et la résistance des extrémités osseuses.

Quatrième séance (22 juillet).

LE TRAITEMENT DES TUMEURS PAR LES RAYONS DE RŒNTGEN ET LE RADIUM

M. Giuseppe Mioni (de Rome), rapporteur.

L'auteur, après quelques généralités sur la radio et la radiumthérapie, passe en revue ses observations personnelles et celles qu'il a pu rassembler dans divers services hospitaliers de Rome. Il tire de ces observations les conclusions suivantes :

L'irradiation par les rayons X ou les substances radio-actives est toujours une méthode locale, c'est-à-dire qu'elle n'exerce aucune action à distance hors des territoires traversés par les rayons mêmes. Il est vrai que le perfectionnement des dispositifs permet, aujourd'hui, des irradiations plus complètes.

Comparée aux méthodes opératoires, la thérapeutique par les irradiations aurait l'avantage de donner une mortalité immédiate moins élevée. Mais les cas opérables appartiennent encore à la chirurgie qui peut donner un pourcentage déterminé de probabilités de guérison. Dans ces cas, cependant, on obtiendra d'excellents résultats par l'irradiation postopératoire afin de détruire les éléments néoplasiques qui seraient éventuellement restés.

Les irradiations doivent être réservées aux cas opérables mais qui ne peuvent être opérés par suite de l'état général, aux récidives qui ne sont plus susceptibles de traitement chirurgical et aux cas qui se montrent inopérables dès le principe. Ces derniers cas, sous l'action des irradiations, peuvent régresser jusqu'à l'opérabilité. Dans les cas très avancés,

l'irradiation sera employée avec prudence car elle peut provoquer des incidents fâcheux ou même des complications graves.

LE TRAITEMENT DES TUMEURS PAR LES RAYONS X ET LE RADIUM

M. Robert B. Greenough (de Boston), rapporteur.

1. On observe quatre espèces de réactions des tissus vivants exposés à la radiation : *a*. destruction massive; *b*. arrêt d'accroissement de la tumeur; *c*. accélération d'accroissement de la tumeur; *d*. modification dans l'accroissement de la tumeur.

2. Il semble exister une sensibilité spécifique à la radiation, car certaines cellules sont plus altérées que d'autres par les rayons.

3. Il y a des motifs de croire que les cellules en voie de division sont spécialement sensibles.

4. Dans certains tissus, la radio-sensibilité paraît diminuer par des expositions répétées.

5. La dose de rayons nécessaire pour détruire en masse les tissus et leurs cellules d'espèces variées est plus forte que la dose au moyen de laquelle on peut obtenir les autres effets de l'irradiation : arrêt d'accroissement, etc., pour une espèce cellulaire donnée.

6. La destruction massive ne se produit qu'à une distance assez courte de la source de radiation, tandis que l'arrêt d'accroissement, l'accélération ou la modification peuvent être obtenus à une plus grande distance par l'irradiation profonde sans destruction des tissus superficiels.

7. Dans le traitement des affections bénignes et pour le traitement palliatif (et non curatif) des tumeurs malignes, les effets inhibitifs, accélérants ou modifiants sont efficaces; mais pour la cure du cancer il faut employer la destruction massive.

8. Pour juger les résultats du traitement du cancer par les rayons il faut une période de 3 à 5 ans sans récidive, comme pour les opérations.

FONDEMENTS RATIONNELS. INDICATIONS TECHNIQUES ET RÉSULTATS GÉNÉRAUX DE LA RADIOTHÉRAPIE DES CANCERS.

M. Cl. Regaud, rapporteur.

Fondements rationnels. — Les radiations utilisées pour le traitement local du cancer sont en Röntgenthérapie, les rayons X durs, pénétrants, de courte longueur d'onde, et en Curiethérapie principalement les rayons γ. La filtration joue dans les deux cas, pour la sélection des rayons émis par le foyer, un rôle prépondérant.

La radiothérapie est basée sur l'inégale radiosensibilité des cellules. Et la radiosensibilité étant une propriété du noyau qui se manifeste principalement au moment de la division cellulaire, il en résulte que la sensibilité des cancers aux radiations est due à la reproduction indéfinie des cellules cancéreuses. Cette sensibilité comporte d'ailleurs des degrés très différents selon les variétés de néoplasmes.

Indications thérapeutiques. — Certains cancers opérables ne doivent plus être opérés. Ce sont les épithéliomas non épidermoïdes de la peau et des muqueuses ainsi que les cancers très radiosensibles des tissus conjonctifs et lymphoïdes.

Par contre, certains cancers opérables ne doivent pas être traités par les rayons, soit parce que leur siège les rend difficilement abordables à la radiothérapie, soit parce que ce sont des tumeurs spécialement radiorésistantes comme les épidermoïdes.

Enfin, il y a des cancers pour lesquels le choix est encore incertain, comme celui de l'utérus et les cancers glandulaires.

Dans le cas de cancers inopérables, les contre-indications de la radiothérapie sont : un mauvais état général, les formes aiguës du cancer, les tumeurs spécialement radiorésistantes, une infection locale grave, le risque de perforation d'un organe cavitaire cancéreux, une nécrose osseuse, des symptômes de métastase viscérale. Mais dans les cancers incurables on peut attendre de la radiothérapie les bénéfices suivants : cicatrisation des lésions ulcéreuses, régression des tumeurs, atténuation ou suppression des phénomènes douloureux.

Quand il y a lieu de combiner la chirurgie et la radiothérapie, celle-ci doit être de préférence préopératoire.

Principes généraux de la technique. — L'efficacité et l'innocuité de la radiothérapie exigent que toutes les parties d'une tumeur reçoivent des quantités égales et suffisantes de rayonnement autant que possible simultanément et dans un temps relativement court. L'emploi des rayons étant constamment soumis à la loi du carré des distances, on pallie autant que possible les effets de cette loi en Röntgenthérapie par l'accroissement de la distance focale, en Curiethérapie par l'introduction des foyers à l'intérieur des tissus et leur multiplication.

La Röntgenthérapie et la Curiethérapie ont leurs indications spéciales basées principalement sur la grande étendue superficielle de l'action des rayons X, et, d'autre part, sur la possibilité de placer profondément en foyers multiples les éléments radioactifs. Il y a souvent intérêt à combiner les deux méthodes.

De toutes façons, il est nécessaire de protéger les tissus normaux et notamment les téguments. Le champ d'irradiations doit comprendre toutes les parties contaminées. Quant aux doses à employer, on se conformera à la règle suivante : donner dans chaque cas la dose maxima compatible avec l'intégrité ou la réparation rapide des tissus normaux en se plaçant dans les meilleures conditions de protection réalisables pour ceux-ci.

Conclusions. — La radiothérapie n'est encore qu'une méthode locale, donc provisoire, mais qui peut dans certaines conditions atteindre les cellules cancéreuses au delà des bornes que l'anatomie et la physiologie imposent au chirurgien.

LE TRAITEMENT DES TUMEURS PAR LE RADIUM ET LES RAYONS X

M. Neville S. Finzi (de Londres), rapporteur.

Tumeurs malignes. — Les radiations sont efficaces contre les tumeurs parce qu'elles attaquent les cellules néoplasiques plus fortement que les cellules saines. L'intensité de leur action varie avec les différents types de tumeur. Leur emploi a les indications suivantes : empêcher par l'irradiation préopératoire la greffe de cellules cancéreuses dans la plaie, détruire la tumeur ou sa récidive, traiter les douleurs, rendre opérables les tumeurs inopérables.

Il faut distinguer : 1° les tumeurs qui doivent être traitées de préférence par l'irradiation, comme le lympho-sarcome et l'ulcus rodens; 2° les tumeurs pour lesquelles l'irradiation et la chirurgie sont équivalentes, telles que les épithéliomas cutanés, utérins, etc.; 3° celles qui doivent être opérées et irradiées seulement à titre prophylactique, par exemple les cancers du pharynx, du rectum, du sein, de l'ovaire; 4° les tumeurs auxquelles les radiations ne conviennent pas : épithéliomas infiltrés de la langue, de la vulve.

Les rayons du radium à quantité égale paraissent plus efficaces que les rayons X, mais leur champ d'action est plus limité. Chacune de ces méthodes a ses indications particulières ; elles peuvent être combinées.

La radiothérapie est, comme la chirurgie, d'autant plus efficace qu'elle est employée d'une façon plus précoce. Elle peut être combinée à la chirurgie de façon variée mais est avantageusement appliquée une quinzaine de jours avant et pendant plusieurs mois après l'opération.

Tumeurs bénignes. — L'angiome, le lymphangiome, les chéloïdes doivent être traités par le radium (rayons β et γ). Pour le fibromyome utérin et le goitre exophtalmique on peut employer la radiothérapie sous ses deux formes.

Communications diverses et discussion.

M. Béclère (de Paris), invité par la Société internationale de chirurgie, vient apporter l'appui de sa haute expérience. Il est entièrement d'accord avec MM. Regaud et Finzi.

M. de Quervain (Berne) est d'accord avec M. Regaud sur bien des points, mais fait des réserves au sujet de la radiothérapie préopératoire dont les effets peuvent être fâcheux. Il cite, à l'appui de cette opinion, un cas de comédon géant qui avait été pris pour un cancer et traité par des applications

de radium ; quand il opéra cette tumeur, à trois reprises ses fils lâchèrent.

M. Regaud. Dans toute application de radium, il faut distinguer la quantité et la qualité des radiations employées. Dans le cas cité par M. de Quervain, quelle était la qualité du rayonnement? L'auteur cite le cas de chiens, sur les testicules desquels on avait fait agir expérimentalement des rayons mous ; il se produisit une chute des poils, puis, 6 mois plus tard, à la suite de la castration, une radiodermite cicatricielle qui n'a jamais guéri. D'autre part, dans le compte rendu d'une curiethérapie, il est nécessaire d'indiquer l'intensité du rayonnement utilisé, c'est-à-dire la quantité de rayons donnés dans l'unité de temps.

M. Rouffart (Bruxelles) relate un cas où la radiumthérapie appliquée avec toutes les précautions désirables a, cependant, causé un accident. Chez une malade ayant subi une application de radium aussitôt après une hystérectomie pour cancer du col utérin, il se produisit, 15 jours plus tard, une fistule vésico-vaginale évidemment imputable au radium. La malade a refusé une nouvelle intervention ; elle est encore vivante, après 4 ans.

Pour le traitement des fibromes, l'auteur emploie la méthode des *feux croisés* qui consiste à placer un tube dans le vagin et deux autres tubes dans chacune des régions ovariennes. Cette méthode qui lui a donné de très beaux succès agit, pour une part, en supprimant l'activité fonctionnelle des ovaires.

M. Hartmann (Paris) tient simplement à exposer les résultats qu'il a observés à la suite des radio et radiumthérapies pratiquées sur ses malades par M. Maingot et Mme Faure. Ces résultats ont été bons, en général, pour les tumeurs conjonctives, franchement mauvais pour les épithéliomas du rectum et de la langue.

La radiothérapie est efficace contre les récidives, après ablation de cancers du sein, en particulier contre les adénopathies sus-claviculaires auxquelles l'auteur ne touche plus opératoirement. Dans un cas de mastite carcinomateuse, forme habituellement inopérable et rapidement mortelle, l'irradiation poursuivie de juin 1919 à février 1920 fit disparaître l'infiltration, l'empâtement et la rougeur de la peau et amena un tel changement dans l'état local que l'exérèse chirurgicale devint possible.

En ce qui regarde le cancer de l'utérus, l'auteur a observé des effets si heureux du radium qu'il en était venu à se demander si l'opération était jamais utile, mais il a vu persister, dans des utérus traités par le radium et en apparence guéris, des petits foyers de cellules cancéreuses ; aussi, actuellement, croit-il plus prudent de compléter la radiumthérapie par l'hystérectomie ; il ne pratique plus d'ailleurs, en aucun cas, l'évidement pelvien. Enfin il croit bon de faire remarquer l'efficacité beaucoup plus grande du radium contre les formes végétantes de cancer du col que contre les formes ulcéreuses.

M. Abbe (New-York). **Utilité des rayons β isolés du radium.** — L'énergie émanée du radium contient, outre les rayons γ, analogues aux rayons X, les électrons négatifs β. Il est possible, à l'aide d'un électro-aimant, d'isoler ces rayons β et d'étudier leur mode d'action. A un faible degré, ils stimulent et, à un plus haut degré, ils dépriment l'activité vitale des cellules tant animales que végétales. Leur pouvoir curateur semble établi pour certaines maladies cellulaires. Le fait, qu'une masse d'électrons négatifs puisse ramener à la normale le développement anormal des cellules, est en faveur d'une théorie d'équilibre électrique en chaque cellule vivante ; on comprendrait ainsi que la perte de cet équilibre puisse être compensé par un judicieux emploi d'électrons négatifs et le problème du développement cellulaire semblerait moins obscur. Ceci n'est que pour servir d'introduction à l'étude d'un sujet jusqu'ici négligé.

M. Regaud. **Curiethérapie des cancers de la langue et du plancher de la bouche.** — L'auteur pose le principe suivant :

1° La dose globale doit être donnée dans un temps très long (8 jours).

2° S'il s'agit d'une langue, dans la moitié de cette langue on placera de 15 à 20 foyers séparés par quelques millimètres. Chaque foyer donnera une dose très faible et toutes les parties de la tumeur recevront la même dose.

3° Dépasser dans tous les sens la zone d'envahissement.

4° Pénétrer et dépasser la zone d'ensemencement.

5° Traiter simultanément tout le territoire néoplasique et les ganglions.

6° La 1re application donne le maximum d'effet, la 2e agit encore, la 3e très peu, la 4e ne donne rien du tout.

7° Donner le plus de détails possibles sur la structure histologique de la tumeur qui doit être traitée. Le diagnostic de l'anarchie cellulaire doit être poussé jusque dans les plus petits détails : il est insuffisant de dire sarcome, épithélioma malpighien, etc.

M. Frazier (Philadelphie). **Les effets de l'émanation du radium sur les tumeurs cérébrales.** — Il a été établi expérimentalement qu'avec une dose de 900 mmg.-heure, le pouvoir destructeur des rayons γ filtrés à travers 4 mm. de platine ne dépassait pas un rayon d'action de 5 mm. On peut admettre que de telles doses de radium introduites dans les tumeurs cérébrales n'altéreront pas les tissus normaux avoisinants. Mais si, comme cela semble prouvé, pour détruire les cellules cancéreuses à une distance de 2 cm. il faut faire agir 2.400 mmgr.-heure, pour une tumeur dépassant 4 cm. des doses plus fortes deviendront évidemment nécessaires. Les doses expérimentales précitées de 900 mmgr.-heure sont donc très insuffisantes et de nouvelles expériences doivent être entreprises. Une telle étude qui comprend, à la fois, les effets du radium sur le tissu cérébral sain et sur les cellules cancéreuses en général, permet du moins de poser les bases indispensables au calcul des doses qui devront être appliquées au traitement des tumeurs cérébrales.

M. Degrais (Paris). La **curiethérapie** voit chaque jour ses règles d'application se préciser, mais elle ne peut être enfermée dans des règles mathématiques. En matière de cancer, réduire l'utilité du radium aux seuls rayons γ est méconnaître l'importance quantitative et qualitative des β. L'emploi de ceux-ci rend la technique plus délicate, mais cette raison ne doit pas les faire rejeter.

La radiumpuncture qui, d'après M. Regaud, a déterminé récemment une véritable révolution en curiethérapie est une méthode employée depuis plus de 15 ans car elle permet l'irradiation homogène d'une tumeur. Il suffit pour la réaliser d'avoir de nombreux tubes de faible teneur en radium (25 mmg. $RaBr^2 2H^2O$). Quant à la radiumpuncture pratiquée au moyen d'aiguilles contenant de l'émanation, elle a ses indications spéciales mais ne doit pas se substituer d'une façon générale aux tubes radifères.

La curiethérapie, malgré les affections que la chirurgie doit lui abandonner, ne diminue pas le champ d'action de cette dernière, bien au contraire, puisqu'elle rend opérables certaines tumeurs qui ne l'étaient pas.

En outre, on connaît l'utilité des irradiations employées avant et après l'intervention comme moyen de stériliser le champ opératoire. S'il n'est plus à l'heure actuelle de voies inaccessibles au chirurgien, il devra encore s'ingénier à trouver des voies d'accès nouvelles en vue d'utiliser l'aide précieuse que lui apporte le radium.

M. Pauchet (Paris). **Cancer de l'utérus.** — Le radium ne doit pas être érigé en traitement de choix, mais il doit être employé dans tous les cas même opérables ; la chirurgie sera réservée aux cancers favorables ; le radium sera appliqué aux cas limites, aux cas inopérables et aux cas localement opérables mais s'accompagnant d'un mauvais état général.

Cancer du rectum. — Trois cas sont à envisager au point de vue opératoire :

1. Les bons cas, malades résistants, tumeur mobile : il faut faire l'extirpation abdomino-périnéale, sans radium.

2. Les cas médiocres, soit parce que la tumeur est adhérente, soit parce que l'état général est mauvais, soit parce que le malade est âgé : il faut exécuter le triple traitement suivant en deux séances : *a*. anus contre nature et radium ; *b*. extirpation périnéo-sacrée un mois plus tard.

Le radium désinfecte l'ulcération, réduit les chances d'infection opératoire, diminue les chances de récidive comme les rayons X diminuent les chances de récidive du cancer du sein.

3. Cas franchement inopérables : combiner l'anus contre nature avec le radium.

Cancer de l'estomac. — Les cas inopérables de cancer de

l'estomac peuvent être traités par l'émanation du radium dans des tubes capillaires perdus.

Ces tubes de verre contiennent 15 millicuries chacun et sont abandonnés dans la tumeur. On les introduit avec un petit trocart. La technique est très facile à préciser. Il faut éviter de les mettre au contact des vaisseaux.

M. Recasens (Madrid) appelle l'attention sur un point négligé : dans la **radiumthérapie du cancer** on ne s'occupe que de l'énergie du radium utilisé ; or, il faudrait tenir compte aussi de la radioactivité transmise aux tissus néoplasiques irradiés et dont on ignore tout jusqu'ici.

M. Heitz-Boyer (Paris) **associe la haute fréquence et le radium** dans les cas où l'exérèse est impossible, et cette thérapeutique lui a donné d'excellents résultats.

Cinquième séance (23 juillet).

LE TÉTANOS DANS L'ARMÉE ANGLAISE PENDANT LA GUERRE EUROPÉENNE (AOUT 1914-NOVEMBRE 1918)

M. le colonel S.-C. Cummins. M. D., rapporteur.

Les statistiques concernant les cas de tétanos chez les blessés de la dernière guerre montrent que la proportion de tétaniques a été beaucoup plus grande pendant les quatre premiers mois (quand les fournitures de sérum étaient insuffisantes) que plus tard. L'usage, universellement répandu depuis 1915, des inoculations d'antitoxines chez tous les blessés a eu pour effet non seulement de restreindre le nombre des cas de tétanos mais, quand la maladie s'est déclarée, d'en prolonger la période d'incubation et d'une manière générale d'en diminuer la gravité. Le tétanos, dans les cas où une injection prophylactique avait été faite, sembla avoir pris une nouvelle forme ; le « tétanos localisé », inconnu dans les guerres antérieures, devint un cas commun et souvent guérissable.

Les résultats obtenus ci-dessus sont dus tout d'abord au sérum puis à l'excision précoce des plaies qui diminue le danger de l'infection tétanique.

Quoique l'expérimentation sur les animaux ait prouvé l'effet curateur des injections rachidiennes d'antitoxine sur les animaux inoculés avec des doses mortelles de toxines tétaniques, les statistiques de la dernière guerre ne donnent aucune indication claire sur la valeur du sérum antitétanique dans le traitement de l'affection déclarée. Toutefois, eu égard aux rapports favorables de nombreux chirurgiens, il convient de donner à tous les malades la chance favorable fournie par la sérothérapie spécifique. Le sérum antitétanique employé comme moyen de traitement doit être injecté précocement et à fortes doses.

Aux injections rachidiennes, qui semblent être les plus avantageuses, on ajoutera de fortes doses administrées par les voies intramusculaire et sous-cutanée.

PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT DU TÉTANOS

M. le médecin inspecteur général Sieur, rapporteur.

C'est par suite d'une connaissance insuffisante des données expérimentales que la valeur de la sérothérapie préventive dans le tétanos a été si longtemps niée par certains chirurgiens.

L'expérience de la guerre a prouvé indiscutablement, dans toutes les armées et sur tous les fronts, l'efficacité de l'injection *prophylactique* du sérum antitétanique.

Quand cette injection n'a pas empêché le développement d'accidents tétaniques, parce que trop tardive, ou employée à dose insuffisante, ou non renouvelée, elle a imprimé, la plupart du temps, à la maladie une modalité nouvelle, inconnue jusqu'alors (tétanos postsériques) et abaissé la mortalité de 90 p. 100 à 19 p. 100.

L'expérience de la guerre a montré encore que certaines opérations secondaires, faites sur d'anciens blessés, doivent être précédées d'une injection préventive, si l'on veut éviter l'apparition du tétanos. Ce sont surtout les interventions portant sur d'anciens foyers de fractures et la recherche des corps étrangers qui exposent à cet accident.

Quant à la valeur *curative* du sérum antitétanique, il semble prématuré d'émettre à son sujet une conclusion définitive.

PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT DU TÉTANOS

M. le prof. Mario Donati (de Modène), rapporteur.

A. Prophylaxie du tétanos. — La prophylaxie du tétanos comprend le *traitement local de la blessure* et la *prophylaxie spécifique*.

1. *Traitement local de la blessure.* — Dans toute blessure suspecte, il faut : *a.* enlever toutes les parties nécrosées et contuses ; *b.* extraire les corps étrangers, c'est-à-dire exécuter un *traitement opératoire immédiat* ou, aussi précoce que possible ; la méthode de l'*excision*, suivie, s'il se peut, de *suture primitive* (immédiate ou retardée), sinon de *drainage*, a une importance fondamentale pour prévenir le développement du tétanos.

2. *Prophylaxie spécifique.* — L'injection préventive de sérum antitétanique doit être faite le plus tôt possible, après toute lésion suspecte. La séroprophylaxie a considérablement diminué, durant la guerre, le pourcentage des cas de tétanos et dans les services civils qui l'appliquent systématiquement, le tétanos a, pour ainsi dire, disparu.

La prophylaxie est *complète* quand elle empêche l'apparition de la maladie. Mais elle peut n'avoir que des *effets incomplets*, il se produit alors des *tétanos atypiques*, généralement atténués. Il est rare que la prophylaxie soit *nulle*. Les formes atypiques sont le *tétanos retardé* et le *tétanos tardif* qui est souvent *postopératoire*. La prophylaxie étant épuisée, on peut également observer des *récidives* de *tétanos*.

Les injections préventives, inutiles avant les opérations chirurgicales ordinaires aseptiques, sont nécessaires au contraire avant les opérations secondaires sur des blessés injectés depuis plus de dix jours.

Dans les lésions traumatiques, on doit toujours injecter *deux doses préventives* le plus tôt possible après la blessure et à court intervalle. Dans les lésions graves, on fera *une troisième injection* huit jours après les précédentes.

L'expérimentation de *vaccination antitétanique* faite sur l'homme par Vallée et Bazy mérite d'être répétée.

B. Thérapeutique du tétanos. — Nous ne possédons pas pour le tétanos de traitement spécifique sûr. *Il est donc nécessaire de combiner différentes méthodes*, qui sont :

1. Le *traitement chirurgical local*.
2. La *thérapeutique antitoxique* spécifique ou non.
3. La *thérapeutique sédative*.
4. Les *traitements symptomatiques*.

Pour agir aussi tôt que possible il faut chercher à faire le *diagnostic précoce* et même le *diagnostic bactériologique précoce*.

Le *traitement chirurgical* consiste dans la *revision opératoire des plaies* et dans la médication antiseptique, efficace surtout contre les infections concomitantes. L'*amputation*, pratiquée après le début clinique du tétanos, est *inutile*, sauf dans les cas très aigus avec blessures particulièrement graves.

La *sérothérapie* ne doit pas être négligée. Il faut injecter précocement de grandes quantités de sérum antitétanique de haute valeur immunisante. La voie d'introduction la plus indiquée est la voie intrarachidienne ; le danger d'anaphylaxie est surtout notable dans les injections intraveineuses.

Les *injections hypodermiques d'acide phénique* (Baccelli), en doses suffisamment élevées, ont une action antitoxique et calmante. Il est d'autant plus opportun de les associer aux injections de sérum antitoxique que *dans les cas de gravité moyenne* elles peuvent, à elles seules, donner d'excellents résultats. Il faut arriver rapidement à administrer au moins 1 gr. par jour d'acide phénique, dose qui a été souvent dépassée.

Parmi les autres substances antitoxiques, les plus recommandables semblent être le *persulfate de soude*, *l'iode* et peut-être la *cholestérine*.

Comme sédatifs, le *chloral*, le *bromure* et aussi la *morphine* sont les médicaments de choix.

Dans des circonstances graves, il peut être nécessaire de recourir à la *narcose*, seule ou associée aux *injections sous-cutanées de sulfate de magnésium*, quoique cette substance soit plutôt dangereuse et d'une efficacité encore discutable.

La *trachéotomie*, la *phrénicotomie bilatérale* ou l'*anesthésie des phréniques*, la *cystostomie suprapubienne*, la *gastrostomie* sont des interventions d'exception.

LE TÉTANOS

M. Astley Paston Cooper Ashhurst (de Philadelphie), rapporteur.

La pathogénie du tétanos étant complètement établie, il est possible d'instituer des méthodes rationnelles de prophylaxie et de traitement.

Les soins portant sur la plaie (débridement, excision, extraction des corps étrangers) sont le plus important facteur de la prophylaxie; l'injection préventive d'antitoxine n'arrive qu'en second lieu. Si ce dernier moyen seul est utilisable comme il arrive souvent en chirurgie militaire, son utilisation précoce peut cependant écarter ou tout au moins différer et rendre moins grave une attaque de tétanos. La fréquence inusitée pendant la guerre allemande de formes de tétanos rarement constatées dans la vie civile (tétanos tardif, chronique, local et récurrent) est imputable à l'emploi généralisé de la prophylaxie sérique.

Le traitement exige : *a.* l'élimination de la source de toxines (traitement de la plaie); *b.* la neutralisation de la toxine déjà formée; *c.* l'administration de médicaments qui diminuent l'excitabilité médullaire; *d.* les soins divers à donner au patient.

L'antitoxine doit être administrée en grande quantité le plus vite possible après que le diagnostic a été posé. L'administration intraveineuse est utile uniquement pour neutraliser la toxine qui est entrée dans la circulation; il faut toujours y ajouter l'injection intrarachidienne qui a fait ses preuves expérimentales et cliniques et qui est capable de neutraliser la toxine déjà absorbée par les racines nerveuses.

Avec un traitement précoce et convenable, la mortalité ne dépasse pas 20 p. 100.

L'auteur cite 17 cas personnels (chirurgie civile) ayant donné 7 décès (41,1 p. 100). Chez 12 malades qui reçurent un traitement précoce et intensif, il y eut seulement 2 décès (12,6 p. 100).

Discussion.

M. Potherat (Paris). La valeur thérapeutique du sérum n'est pas douteuse. Tout blessé doit recevoir au moins 10 cmc. à titre préventif. Mais il ne convient pas de s'arrêter là. L'antitoxine n'est pas un vaccin. D'autre part, les doses fortes peuvent amener des accidents d'anaphylaxie; il faut ouvrir la plaie, l'exciser, car la toxine s'élabore dans le foyer de la blessure, et on doit toujours craindre qu'à un certain moment il n'y ait dans l'organisme plus de toxine que d'antitoxine. Donc d'abord sérothérapie, puis débridement de la plaie. La sérothérapie même répétée peut conduire à des désastres s'il n'y a pas acte opératoire concomitant.

L'action curative du sérum est moins nette. Il faut en user, mais recourir aussi au chloral (jusqu'à 35 gr. par jour) et à l'excision du foyer de la blessure, voire même à l'amputation du membre. Cette triple méthode a donné des guérisons à l'auteur pendant cette guerre comme elle en avait données autrefois au prof. Berger.

M. Arnd (Berne) relate 3 cas de sa pratique personnelle, qui montrent bien quelle est l'importance d'un traitement opératoire minutieux de la plaie : un enfant blessé au pied est pris, malgré le sérum, de tétanos au 15e jour; l'exploration de la plaie fait découvrir un caillot infecté qu'on enlève; guérison. Dans un 2e cas il s'agissait encore d'une plaie du pied; le tétanos survint au bout de 24 heures et la mort le 3e jour; à l'autopsie on découvrit dans la gaine du tendon du jambier antérieur loin de la plaie un brin de laine provenant du bas du blessé et qui n'avait pas été extrait au moment de l'opération initiale. Le 3e cas concerne un enfant de 3 ans atteint de fracture compliquée du bras; là encore la lésion se complique d'un tétanos mortel et l'autopsie montra qu'il subsistait un caillot qui n'avait pas été enlevé dans le nettoyage de la plaie.

Assemblée générale (22 juillet).

RÉSOLUTIONS DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE

Le président de la Société, M. Willems (de Liége), prononce, devant l'Assemblée debout, l'éloge funèbre du professeur Guyon.

Après les comptes rendus du secrétaire général et du trésorier dont les gestions sont approuvées par d'unanimes applaudissements, l'Assemblée a pris les décisions suivantes :

La cotisation triennale est portée à 75 *fr.*; un article est ajouté aux statuts permettant l'exclusion de membres indignes; les langues officielles seront le français, l'anglais, l'italien et l'espagnol.

L'Assemblée ratifie *à l'unanimité* l'exclusion des chirurgiens allemands, autrichiens et turcs, et adopte, toujours à l'unanimité, la motion suivante :

« La Société internationale de chirurgie, basant ses travaux sur l'application des méthodes de la science pure, déplore que des hommes de savoir et d'enseignement aient pu plier leur conscience et signer notamment le manifeste du 4 octobre 1914 plein d'affirmations mensongères et erronées; que leur raison ne les ait pas préservés d'une aussi outrageuse vilenie; que leur cœur ne leur ait pas dicté la moindre rétractation alors que la fausseté de *leurs* accusations était devenue évidente et démontrée.

Cette renonciation déplorable aux méthodes de *discussion* et de contrôle scientifiques a conduit la Société internationale de chirurgie à rayer de la liste des membres de la Société les noms de tous les membres des puissances centrales et de tous les chirurgiens qui se sont solidarisés avec eux. »

Sur la proposition de M. Ryall (Londres) on décide, au milieu des applaudissements, que le prochain Congrès aura lieu en Angleterre en juillet 1923.

Sur la proposition de M. Gibson (New-York), sir William Mac Ewen, Knt. C. B. (Glascow), est désigné comme président du prochain Congrès.

M. Willems (Liége) est réélu président du Comité international; M. Mayer (Bruxelles), secrétaire général, et M. Lorthioir (Bruxelles), trésorier.

Questions mises à l'ordre du jour du prochain Congrès : 26 questions ont été soumises au bureau; la préférence est donnée aux suivantes :

a. Sérothérapie et vaccinothérapie des affections chirurgicales (tétanos excepté);

b. Arthroplasties;

c. Tumeurs malignes du gros intestin;

d. Fractures de la base du crâne.

M. Tuffier (Paris) propose que dans les congrès ultérieurs les rapporteurs se réunissent après chaque séance pour rédiger une mise au point de chaque question.

L'Assemblée, enfin, vote des remerciements au Comité français et au Comité des dames pour l'admirable organisation du Congrès.

En terminant ce bref compte rendu, nous devons constater le très vif et légitime succès remporté par le Congrès.

Grâce à l'excellente organisation de nos amis belges et aux dispositions prises par le Comité français, tout s'est passé dans un ordre parfait. Deux personnes doivent surtout en être félicitées, ce sont le Dr Mayer, secrétaire général du Comité international, et le Dr Auvray, secrétaire du Comité français. Nos deux confrères ont été l'âme du Congrès. Ils ont tout prévu, tout organisé de la façon la plus heureuse, c'est à eux que revient, en grande partie, le mérite du succès final.

A ces félicitations, qu'ils nous permettent de joindre l'expression de notre gratitude pour l'extrême amabilité avec laquelle ils ont facilité la tâche des journalistes.

P. CHASTENET DE GÉRY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 27 JUILLET 1920)

La séance a été levée en signe de deuil en raison de la mort de M. Félix Guyon.

Parmi les manuscrits déposés sur le bureau et non lus signalons une note de MM. Lejay et Lermoyez sur l'importance de la ponction lombaire dans **l'intoxication par l'oxyde de carbone**, celle-ci étant aggravée par les tares nerveuses antérieures.





CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Circuit automobile de l'Avallonnais. — Les touristes désireux d'excursionner dans l'Avallonnais apprendront avec plaisir que la Compagnie P.-L.-M. organise dans cette région, au départ d'Avallon, du 11 juillet au 26 septembre, un circuit automobile permettant de visiter, dans la même journée, le Monastère de la Pierre-qui-Vire et son curieux calvaire, Quarré-les-Tombes, Chastellux et son château, Pierre-Perthuis avec son admirable panorama sur la Vallée-de-la-Cure, Saint-Père, Vézelay et sa remarquable église de la Madeleine de pure style roman, Pontaubert, etc.

Pour plus amples renseignements, demander le prospectus spécial à l'Agence P.-L.-M. de renseignements, 88, rue Saint-Lazare, à Paris, aux bureaux de renseignements, bureaux de ville, agences de voyages, etc.

Circuit automobile : Nimes, Mont-Aigoual, Gorges du Tarn, Nimes. — La Compagnie P.-L.-M., qui avait organisé en 1914, dans la région du Mont-Aigoual et les Gorges du Tarn, un Service d'autocars, reprendra ce Service jusqu'au 15 septembre prochains au départ de Nimes.

Le circuit comportera 3 journées d'excursion :

1re journée : Nîmes, Mont-Aigoual par le Sigal, Valleraugue et le Col de la Serreyrède;

2e journée : Mont-Aigoual-le-Rozier-Peyreleau par Meyrueis, Ste-Enimie, Château de la Caze et les Gorges du Tarn. Parcours facultatif, en barque, de la Malène au Pas de Soucy;

3e journée : Le Rozier-Peyreleau-Nimes par Meyrueis, Mont-Aigoual, le Vigan.

Prix du circuit : 150 fr.

Service automobile entre Montélimar et Vals-les-Bains. — Les baigneurs désireux de se rendre à Vals-les-Bains apprendront avec plaisir que, pour faciliter leur voyage et leur éviter plusieurs transbordements en cours de route, la Compagnie P.-L.-M. organisera, du 1er juillet au 15 septembre prochains entre Montélimar et Vals, un service automobile en correspondance directe avec les trains de et pour Paris, Lyon et Marseille, arrivant à Montélimar dans la matinée.

Les gares de Paris, Lyon-Perrache et Marseille St-Charles délivreront des billets directs (Chemin de fer et Service automobile) aux voyageurs avec enregistrement direct des bagages par chemin de fer de bout en bout.

Pour plus amples renseignements, demander le prospectus-horaire à l'Agence P.-L.-M., 88, rue St-Lazare, à Paris, aux bureaux de ville, bureaux de renseignements du réseau et aux agences de voyages.

M. Lenoble (de Brest) a déposé une note sur la **diathèse bacillaire**. Il désigne, sous ce nom, l'imprégnation des appareils par le bacille de Koch, avec inoculabilité aux cobayes. Cette imprégnation peut intéresser tous les systèmes physiologiques de l'organisme.

NOTES POUR L'INTERNAT

PLAIES DE LA PLÈVRE ET DU POUMON

Les plaies de la plèvre et du poumon doivent leur allure clinique si particulière :

1° A l'existence de la cavité pleurale qui facilite la production des épanchements.

2° A la présence du poumon, organe gorgé de sang et d'air qui donnera, suivant les cas, des hémothorax, des pneumothorax ou des hémo-pneumothorax.

Toujours d'actualité, ces plaies ont un intérêt tout spécial après la guerre qui a provoqué sur cette question de nouvelles et vives discussions, soulignant l'importance de l'infection et le rôle si important des projectiles et permettant la classification de ces plaies au point de vue thérapeutique, en deux grands groupes : les plaies à thorax ouvert et les plaies à thorax fermé.

Toutefois l'entente complète n'a pu se faire entre les chirurgiens ; ils restent encore partagés en trois camps : les interventionnistes, les abstentionnistes et les opportunistes.

Étiologie. — Leur fréquence est très grande (un tiers des blessés sur le champ de bataille) ; 10 p. 100 seulement dans les ambulances (Gross) ; 3,5 p. 100 (Latarjet) ; 7 p. 100 (Schmid) ; 7,8 p. 100 (P. Duval).

L'agent vulnérant est soit un instrument piquant (baïonnette, fleuret, tranchant, couteau), soit un projectile d'arme à feu : balle, shrapnell, éclat d'obus, éclat de grenade ; et à cet égard il faut signaler dans cette guerre la prépondérance des blessures par projectiles d'artillerie.

Anatomie pathologique. — Nous étudierons seulement les plaies de la plèvre et du poumon proprement dit, éliminant les plaies avec lésions du cœur et du péricarde, des organes du médiastin, du diaphragme, de la colonne vertébrale ainsi que les plaies thoraco-abdominales.

1° Lésions de la paroi. — *A*. La plaie peut présenter un orifice petit, ou un cratère large ; on peut avoir des plaies uniques, des plaies multiples, des plaies borgnes et des sétons. On peut observer parfois, tout autour de la plaie cutanée, une petite zone d'emphysème sous-cutané.

B. Lésions osseuses. Elles sont très importantes (P. Duval, Grégoire), car souvent les esquilles sont entraînées ou projetées dans le poumon, augmentant encore les délabrements. Les côtes, les clavicules, le sternum, l'omoplate peuvent être touchés et il faut insister particulièrement sur les fractures esquilleuses de l'omoplate.

2° Lésions pleurales. — La plèvre pariétale seule peut être intéressée et l'expérience de cette guerre l'a de nouveau amplement démontré.

A. Ce sont des plaies pénétrantes qui laissent le poumon indemne, le projectile tombant dans la cavité pleurale.

B. Ce sont des sétons des culs-de-sac costo-diaphragmatiques à évolution généralement aseptique.

C. Ce sont des plaies larges à thorax ouvert avec perte de substance de la paroi, à évolution fatalement septique.

Evolution. — Au niveau de la lésion endothéliale, il se fait un exsudat fibrineux qui fait bouchon ; cet exsudat peut se résorber ou s'organiser par formation d'une trame conjonctivo-vasculaire (fausses membranes) qui va cloisonner la plèvre. Si la réaction séreuse est très accusée, on verra se constituer une symphyse pleuro-pulmonaire.

3° Lésions pulmonaires. — Macroscopiquement, il faut distinguer plusieurs types :

A. *Le séton pulmonaire* peut exister seul sans hémorragie intrapleurale, sans pneumothorax ; la cicatrisation en est rapide, mais un hémothorax et un pneumothorax l'accompagnent souvent ; le liquide se collecte dans la partie déclive de la cavité pleurale, refoulant et comprimant le poumon, aidé par l'épanchement gazeux. « Sur la surface grise et brillante du poumon, on voit une tache, large comme une pièce de 1 fr., violacée, ecchymotique. Au centre de cette zone, existe une tache plus petite, rouge d'aspect, c'est la plaie pulmonaire, dont les bords sont souvent au contact, quand ils ne saignent plus ; c'est au centre de la tache rouge que se trouve l'orifice de la balle. » (Baudet.) Si le trajet du projectile a été comprimé, ses bords sont accolés et tout autour existe une zone incompressible produite par l'hémorragie intratissulaire. Si le trajet n'a pas été comprimé, c'est l'aspect habituel avec la bouillie tissulaire au centre mêlée à des débris de vêtements et tout autour des hématomes très étendus.

B. *La plaie borgne*. — On trouve une loge pour le projectile, loge dans laquelle un mince exsudat fibrineux recouvre une bouillie constituée par du sang, des débris de vêtements, des esquilles et tout autour le tissu pulmonaire est creusé de minuscules dépressions limitées par la charpente conjonctivo-vasculaire.

Dans une deuxième zone, on trouve des hématomes durs comparables à des noyaux d'infarctus à distance, on peut observer des foyers hémorragiques, voire même du côté opposé (Latarjet).

C. *Eclatement pulmonaire et large section*. — Le poumon a l'aspect d'une sorte d'éponge déchiquetée dont seule la charpente conjonctivo-vasculaire a résisté.

Parfois un lobe peut être sectionné en deux parties, parfois on peut observer une tranchée à la surface de l'organe.

Microscopiquement. — Les lésions observées autour du trajet du projectile comprennent un *exsudat* fibrineux, infiltré de cellules rondes, une *zone hémorragique* disloquant les tissus, faisant éclater les alvéoles rapprochées, distendant les alvéoles éloignées, une *zone de réaction inflammatoire* avec un léger exsudat fibrineux et des cellules transsudées au niveau des alvéoles.

Autour des projectiles, l'hémorragie périphérique est plus diffuse ; les hématomes péricavitaires comprennent une série de foyers compacts à leur centre laissant entre eux des zones où l'infiltration est moins marquée.

En cas d'éclatement, l'hémorragie violente comprime le parenchyme dont on voit les fibres élastiques tassées.

Lésions pulmonaires associées. — Aux lésions directes causées par le projectile se surajoutent au niveau du poumon des lésions mécaniques et des lésions infectieuses.

Lésions mécaniques. — *a*. Collapsus pulmonaire : par suite de la compression, les alvéoles sont vides d'air, les vaisseaux pulmonaires vides de sang. Histologiquement, la cavité alvéolaire est réduite à une simple fente dont les contours élastiques sont colorés en noir, la plèvre est plicaturée.

b. Atélectasie : dans ces cas, les alvéoles sont aplaties et vides d'air, mais les capillaires sont gorgés de sang. Le poumon, à la coupe, est rouge violacé, flasque, mais de consistance rappelant la chair musculaire.

c. Lésions périhémorragiques : carnisation décrite par certains comme de la pneumonie traumatique, elles doivent en être distinguées. A première vue, on trouve un poumon congestionné, rouge foncé, ne crépitant pas, surnageant mal ; mais à la coupe, si on retrouve les capillaires distendus, les alvéoles gorgées de cellules endothéliales desquamées, de leucocytes et de globules rouges, il manque le réticulum fibrineux qui traduit le processus inflammatoire.

Complications mécaniques. — 1° *Hémothorax*. — En dehors de l'hémorragie extérieure, on observe généralement l'épanchement de sang dans la cavité pleurale.

Le sang provient, soit de la plaie pariétale par lésion des artères intercostales ou mammaires, soit plus souvent de la plaie viscérale par lésion habituellement des vaisseaux de deuxième et de troisième ordre.

L'hémorragie est immédiate ou retardée.

L'épanchement est en moyenne de 1.200 à 1.500 g.

(*A suivre*.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'Alimentation simple et économique d'après l'idée française, par le Dr Monteuuis (de Nice). In-8 de 190 pages. — Prix : 6 fr. — Paris, A. Maloine.

Les Maîtres de la pensée scientifique. Collection de mémoires publiés par les soins de M. Solovine : I. *Observations et expériences faites sur les animalcules des infusions*, par Lazare Spallanzani, 2 vol. in-16 brochés; — II. *Mémoires sur la respiration et la transpiration des animaux*, par Antoine-Laurent Lavoisier, 1 vol. in-16 broché. — Prix du volume : 3 fr. — Paris, Gauthier-Villars et Cie.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — L'ouverture du concours pour les prix à décerner aux élèves externes en médecine (année 1920-1921) et la nomination aux places d'élève interne en médecine vacantes le 15 février 1921 aura lieu le lundi 18 octobre 1920, à midi précis.

Les élèves sont admis à se faire inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du personnel médical, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 10 heures à 15 heures, depuis le mercredi 1er septembre jusqu'au jeudi 30 du même mois inclusivement.

Un avis ultérieur indiquera le lieu où les candidats devront se réunir pour la première épreuve. — Seront seuls admis dans la salle où aura lieu la composition écrite les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'administration et constatant leur inscription au concours. — Un numéro d'ordre qui leur sera remis à l'entrée déterminera la place qu'ils devront occuper pour rédiger leur composition.

Avis important. — Aux termes du règlement, les candidats à l'internat parvenus à l'expiration de leur 6e année d'externat ne peuvent être nommés internes provisoires et en exercer les fonctions; d'autre part, ceux qui vont terminer leurs 2 premières années d'externat ne pourront figurer sur la liste des internes provisoires que s'ils ont obtenu de faire une année supplémentaire d'exercice comme externe; il en est de même des externes de 3e, 4e et 5e années.

— Un concours pour la nomination à 2 places de pharmacien des hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert le lundi 15 novembre 1920, à 15 heures, dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale des hôpitaux, quai de la Tournelle, 47.

Les candidats devront se faire inscrire à l'administration, 3, avenue Victoria, bureau du personnel médical, de 11 à 15 heures, depuis le lundi 18 octobre jusqu'au mardi 2 novembre 1920.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — ALGER. — M. Wunschendorff, chef des travaux de chimie, est chargé, en outre, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1919-1920, d'un cours de toxicologie.

— M. Malosse, chargé des fonctions d'agrégé, est chargé, en outre, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1919-1920, d'un cours de chimie minérale et chimie organique.

FACULTÉS DE PHARMACIE. — MONTPELLIER. — M. Tarbouriech, docteur ès sciences, agrégé près la Faculté de pharmacie de l'Université de Montpellier, est nommé, à partir du 1er novembre 1920, professeur de pharmacie à ladite Faculté, en remplacement de M. Jadin, appelé à d'autres fonctions.

GUERRE. — Sont nommés au grade de médecin aide-major de 2e classe les élèves de l'école du Service de santé militaire dont les noms suivent reçus docteurs en médecine.

MM. les médecins aides-majors de 1re classe à t. t. Noël et Chaton; le sous-aide-major Palafer; les médecins aides-majors de 2e classe à t. t. Didier, Castillon, Susini, Vachet, Martène, Villeclère, Bourquard, Pommé, Escalier, Fellman, Desangles, Garnier, Grosjean, Guillaume, Migout; le sous-aide-major Debrie; les aides-majors de 2e classe à t. t. Pellotier, Pruvot; les sous-aides-majors Roumaingas, Fumeau Creton.

Par le même décret, ces médecins aides-majors de 2e classe, dont l'ancienneté remontera sans rappel de solde au 31 décembre 1916 par application des dispositions de la loi du 6 juillet 1912, sont promus au grade d'aide-major de 1re classe à compter du 31 décembre 1918.

MARINE. — Le *Journal officiel* du 24 juillet 1920 publie une circulaire relative à la durée de l'embarquement des médecins en campagne (18 mois). Sont considérés comme se trouvant en campagne lointaine les officiers affectés aux bâtiments ou services d'Extrême-Orient, Indo-Chine, Pacifique, Océan Indien, Afrique occidentale, Antilles, ainsi que ceux en service à terre aux bases d'Orient (Constantinople, Beyrouth, Syrie).

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur, au *grade de chevalier* (à titre posthume) :

M. Lefebvre (Henri), médecin chef : médecin chef d'un zèle inlassable et d'un très grand courage. A fait preuve d'un réel

mépris du danger en refusant d'évacuer son poste de secours violemment bombardé. Tombé glorieusement au champ d'honneur. A été cité. (*J. O.*, 17 juin 1920.)

M. Trelau (Jean), médecin aide-major : prodiguant des soins, pendant un violent bombardement, à des soldats blessés et invité à se retirer pour se mettre à l'abri, a refusé en disant qu'il ne faisait que son devoir. Blessé grièvement quelques instants après par un éclat d'obus. Est mort de ses blessures, le 17 juin 1915. A été cité. (*J. O.*, 17 juin 1920.)

LE CENTENAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — On sait que l'Académie célébrera son centenaire au mois de décembre prochain. A cette occasion une commission spéciale a élaboré un programme pour les fêtes qui dureront une semaine.

Un certain nombre de conférenciers retraceront l'œuvre de l'Académie de 1820 à 1920 ou rappelleront les bienfaiteurs de l'Académie.

Ce seront MM. Chauffard, Delorme, Pinard, Vaillard, Camus, Meillère et Hanriot.

M. Paul Richer, membre de l'Académie de médecine et de l'Académie des Beaux-Arts, a gravé une médaille commémorative de très belle allure.

UNE MANIFESTATION D'HYGIÈNE ALIMENTAIRE : LA GRANDE QUINZAINE DU POISSON. — Du 29 août au 12 septembre, une grande quinzaine du poisson aura lieu à Lorient. Il ne s'agit pas là d'une exposition ordinaire ou d'une simple manifestation commerciale. Au point de vue alimentaire, la quinzaine du poisson permettra de démontrer que la consommation des produits de la mer peut apporter un appoint important à l'alimentation nationale ; au point de vue hygiénique, elle démontrera que ces produits sont des éléments sains et nourrissants et elle fera connaître au public les perfectionnements dont ont été dotés les moyens de transport pour la marée. Au moment où s'ouvrira la quinzaine, depuis 2 mois environ, toute la marée de Bretagne sera transportée par wagons frigorifiques, et ce sera la première démonstration du caractère essentiellement pratique de cette manifestation, à laquelle s'intéresseront tous les médecins et les hygiénistes.

JURISPRUDENCE

FRAIS MÉDICAUX

TARIF DU 30 SEPTEMBRE 1905

L'article 10 de l'arrêté fixant le tarif des frais médicaux et pharmaceutiques, en matière d'accident du travail, et qui porte la date du 30 septembre 1905, dispose que les soins médicaux et opérations de petite chirurgie donnent droit en sus du prix de la consultation ou de la visite à des allocations spécifiées sous divers paragraphes. La jurisprudence décide que l'esprit général du tarif du 30 septembre 1905 est d'accorder l'honoraire de visite ou de consultation, en sus de l'allocation prévue aux divers paragraphes de l'article 10, seulement dans le cas de visite ou de consultation effective : toute opération de petite chirurgie, dit-elle, n'est pas nécessairement précédée chaque fois d'une consultation. Elle considère, dès lors, comme suffisante l'offre faite par le patron de payer au médecin, outre le prix des massages, les consultations qu'il a effectivement données, sans que celui-ci puisse prétendre à autant de consultations qu'il a fait de massages (voir Trib. civil, Lyon, 19 mars 1913 ; *Gaz. Trib.*, 29 oct. 1913).

C'est au juge du fait à examiner et à décider si les consultations ou visites ont été effectives.

La Cour de cassation, dans un arrêt du 1er août 1919 (*Journ. assurances*, 1920-31), a affirmé de nouveau cette doctrine. Elle dit :

« Attendu qu'appelé à donner des soins à F..., victime d'un accident de travail, le Dr G... a soumis son client à un traitement qui a consisté dans 63 séances complètes, soit de massages autres que ceux de la main et du pied, soit d'électrisation au moyen d'appareils portatifs ;

Que X... et Cie, patrons du blessé, ayant offert pour honoraires une somme de 277 fr., représentant le prix de 63 séances à 4 fr., montant de l'allocation spécifiée à la lettre B de l'article 10 de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905, 10 visites de consultations à 2 fr., un certificat à 5 fr., le Dr G... a refusé cette offre comme insuffisante et réclamé, pour chacune des 63 séances, outre l'allocation de 4 fr. fixée à l'alinéa B de l'article 10 précité, la somme supplémentaire de 2 fr. qu'il prétendait lui être due en vertu du paragraphe 1er de l'article 10, ce texte disposant que les allocations de la lettre B sont dues en sus du prix de la consultation ou de la visite ;

Attendu que le jugement attaqué a rejeté cette prétention et déclaré les offres satisfactoires par le motif qu'on ne peut soutenir que toute opération de petite chirurgie doit être précédée chaque fois d'une consultation, spécialement lorsqu'il s'agit de séances de massage ou d'électrisation, et que ces séances sont fréquentes ;

Attendu qu'en statuant ainsi le jugement attaqué a fait une exacte appréciation des textes visés au pourvoi ;

Qu'en effet les soins médicaux et opérations de petite chirurgie, qui sont tarifés par l'article 10 de l'arrêté ministériel précité, donnent droit, suivant les distinctions établies sous les lettres A à E, à des allocations fixes, en sus du prix de la visite ou de la consultation ; qu'il appartient au juge du fait d'apprécier s'il y a eu, au cours du traitement, plusieurs visites ou consultations et, en cas d'affirmative, d'en déterminer le nombre ;

Par ces motifs ;

Rejette... »

La Cour de cassation déclare donc que, pour l'application de l'article 10, il faut qu'il s'agisse de visites ou de consultations qui ont véritablement ce caractère. Une consultation peut avoir lieu pour prescrire des massages ; et alors un honoraire est dû spécialement pour cette consultation ; mais chaque massage ne saurait donner lieu à des honoraires de consultation, car chacun est la suite de la consultation donnée au début, à moins de circonstances particulières laissées à l'appréciation du Tribunal.

Une autre décision du Tribunal civil de Bordeaux du 2 juin 1919 (*La Loi*, 31 déc. 1919) permet d'apprécier les conditions dans lesquelles le tarif du 30 septembre 1905 est appliqué :

« Attendu que par exploit du 21 août 1917 la Société Générale d'affrètement, représentée par son directeur, interjetait appel de deux sentences du juge de paix des 28 novembre 1916 et 24 juillet 1917, au résultat desquelles il était condamné à payer au Dr P... la somme de 576 fr., montant d'honoraires par lui réclamés ;

Attendu que l'appel est recevable ;

Attendu au fond qu'en adoptant le principe du cumul de la visite et du massage, pour le règlement des honoraires dus, le juge de paix a fait à la cause une juste appréciation de l'article 10 du tarif Dubief, du 30 septembre 1905 ;

Mais, attendu que, pour le sinistré C..., le Dr P..., qui n'est point un spécialiste oculiste, s'est à tort attribué cette qualité ; que le tarif de spécialiste (art. 14, tarif du 30 sept. 1905) ne peut être appliqué que lorsque, sur avis du médecin traitant, le client a dû s'adresser à un spécialiste ; qu'en l'espèce, P..., médecin traitant, en donnant les soins lui-même, jugeait inutile d'adresser l'accidenté à un spécialiste ; que, dès lors, il n'avait pas à en prendre la qualité ; que, dans ces conditions, la somme réclamée doit être réduite de 5 fr., représentant pour cinq pansements cinq sommes de 1 fr. perçues indûment. »

H. RIBADEAU-DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

LA DÉBILITÉ ARTHRITIQUE

CHEZ L'ENFANT

Par le docteur A. LESAGE (1),
Médecin de l'hôpital Hérold.

II

LES ÉQUIVALENTS ARTHRITIQUES CHEZ L'ENFANT

I. Manifestations cutanées. — En tête des équivalents, je placerai les éruptions du fait de leur fréquence extrême. De tout temps les auteurs français les ont considérées comme la projection sur la peau de manifestations provenant de l'intérieur et résultant de la déviation de la nutrition arthritique (2). Chacune de ces éruptions a la valeur d'un équivalent. Chacune d'elles, ayant la lésion élémentaire comme base, a des signes nets et précis. Il faut cependant faire remarquer avec Brocq, qu'elles peuvent coexister côte à côte; par exemple : la séborrhée et l'eczéma, si bien que par abus de langage on est arrivé à créer le terme eczéma séborrhéique, alors qu'il eût été plus rationnel de dire : séborrhée compliquée d'eczéma.

Toutes ces manifestations cutanées ont été minutieusement étudiées durant ces dernières années par les pédiatres français (3).

Une d'entre elles, l'érythrodermie exfoliatrice des nouveau-nés vue par Ritter et Leiner, a été classée dans le cadre des séborrhéides surtout à la suite des recherches de Darier, Moussous et Comby (4).

SÉBORRHÉE ET SÉBORRHÉIDES. — La séborrhée est un des premiers symptômes de l'arthritisme héréditaire et apparaît dès les premiers mois de la vie.

A son degré le plus simple elle est caractérisée par une sécrétion grasse trop abondante, par un hyperfonctionnement des glandes sébacées (5). De coloration normale, la peau est onctueuse au toucher, reluisante, grasse et tache le papier fin, tel que le papier à cigarettes. Par le jeu même de la desquamation normale de la peau, cette sécrétion grasse retient les fines parcelles cellulaires desquamées et forme un magma gras, qui s'écrase facilement et devient plus ou moins sale et noir, en retenant les poussières de l'atmosphère. Si l'enfant n'est pas tenu propre, s'il n'est pas fréquemment savonné, cette couche peut devenir épaisse, englober les cheveux et former ce que le public appelle « la croûte de lait » (6), « le chapeau », « le touzet ».

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 62, p. 981. (Leçon recueillie par M. Noël COJAN, interne des hôpitaux.)

(2) Cette opinion séculaire française a été combattue par l'Ecole de Vienne, qui ne vit dans l'éruption qu'une affection purement cutanée indépendante de toute relation avec l'intérieur (KAPOSI. *Pathologie et traitement des maladies de la peau*, 1891). Dans ces vingt dernières années, les dermatologistes français (GAUCHER. *Traité des maladies de la peau*; BROCQ. *Ann. de derm.*, 1909; PAUTRIER. *Bull. méd.*, 1911) ont continué à soutenir l'idée française séculaire. En Allemagne, quelques années avant la guerre, on a vu un mouvement se dessiner, avec Czerny et Strumpell, en faveur de l'opinion française, malgré un autre nom donné à l'arthritisme. Je reviendrai sur ce point particulier.

(3) MARFAN. *Semaine méd.*, 1894. — BILLIET. *Thèse de Paris*, 1893. — MILLON. *Thèse de Paris*, 1893. — LEUILLER. *Thèse de Paris*, 1902. — ROCAZ. *Arch. méd. enfants*, 1911. — BERGMANN-ROSOFF. *Thèse de Paris*, 1911. — COMBY. *Arch. méd. enfants*, 1916.

(4) LEINER. *The British Journ. of Children's deseases*, 1908. — DARIER. *Soc. derm.*, 1904. — COMBY. *Arch. méd. enfants*, 1918.

(5) Gneiss des auteurs allemands.

(6) Milkschoff des auteurs allemands.

L'apparition de fortes sueurs, ce qui est assez fréquent, peut désagréger ce magma qui tombe au moindre contact et se colle à tous les objets.

Si la peau au contraire reste sèche, la sécrétion grasse se résinifie, se dessèche et se colle tellement à l'épiderme, qu'en enlevant celui-ci le derme est excorié, mis à nu et sécrète un liquide clair, jaunâtre, séreux (sérum sanguin), qui, se mélangeant au magma gras, forme des croûtes épaisses, molles et jaunâtres.

Cette exsudation séreuse indique un œdème plus ou moins accentué de la peau, qui suinte à la moindre éraillure. Je montrerai plus loin le rôle que Czerny a fait jouer à cette exsudation dans sa description de la « diathèse exsudative ».

Séborrhéide érythémateuse. — Chez certains nourrissons la séborrhée provoque un état congestif de la peau, qui, au lieu de conserver sa coloration normale devient rosée, rouge, érythémateuse. La pression du doigt, en laissant une impression blanche, montre bien que la lésion élémentaire est de la congestion; bien plus elle laisse une dépression légère, indice d'œdème.

La peau ainsi épaissie, congestionnée, tendue, luisante donne l'apparence d'être vaselinée.

Séborrhéide érythémateuse avec craquelures. — Tout à coup l'enfant souffre et crie et on voit apparaître, à la surface de la peau ainsi tendue, une fente, une craquelure, qui saigne et met à nu le derme. Bientôt le sang s'arrête et la fente exsude le même liquide jaunâtre et séreux que nous connaissons.

Démangeaisons. — La séborrhée est accompagnée de crises de démangeaisons, au contact de l'air, à la suite d'un trouble digestif ou de la suralimentation. Parfois on ne trouve aucune cause apparente et la crise semble relever d'un trouble de la nutrition. L'enfant, en proie aux démangeaisons, se frotte contre tout, se met la tête en sang, irrite et aggrave encore la lésion cutanée. Si les mains ne sont pas attachées, l'enfant se déchire et se laboure la figure de lignes rouges de grattage. Unna a comparé la face de l'enfant « à un masque dont on aurait enlevé le milieu ». « Ce masque, dit Comby, est horrible, fissuré, souillé de sang, au milieu duquel les yeux intacts brillent d'un éclat particulier. »

Variabilité de la séborrhée. — La séborrhée est fonction d'une déviation de la nutrition qui a des hauts et des bas. Toute poussée d'exacerbation indique la crise nutritive. Celle-ci passée, la séborrhée se sèche et desquame. Spontanément en apparence tout s'enflamme et spontanément tout se calme. Tout excès alimentaire, tout trouble digestif, tout grattage, toute application irritante peuvent être la cause d'une crise.

Siège des séborrhéides. — La séborrhée affectionne la calotte du crâne, le front, les joues et le menton et respecte les paupières, les sillons naso-géniens et le pourtour de la bouche. Elle forme des placards symétriques.

Séborrhéides sèches, desquamantes, exfoliatrices. — L'érythème séborrhéique peut se présenter sous une forme sèche, sans sécrétion séreuse, sans exsudation. En ce cas, la desquamation devient intense. On ne constate ni croûte, ni infection impétigineuse, ni dermite secondaire, ni démangeaisons et, de ce fait, ni lésions de grattage.

Cette séborrhée exfoliatrice peut présenter deux modalités bien nettes : l'une étudiée par Ritter et Leiner, l'autre par Moussous. La première a été décrite sous le nom d'érythrodermie exfoliatrice des

nouveau-nés (Leiner), et survient dans les premières semaines de la vie, chez l'enfant au sein surtout et quelquefois chez l'enfant au biberon, de souche arthritique. L'affection survient spontanément, sans cause appréciable, alors que l'enfant est superbe et alimenté suivant toutes les règles de la diététique. Elle est accompagnée ou suivie de la séborrhée classique de la tête; elle peut faire place à un équivalent de l'arthritisme. Sa généralisation à tout le corps effraie au premier abord et entraîne un pronostic sombre. Or, il n'en est rien : la séborrhéide exfoliatrice guérit toujours, pourvu que l'on ne supprime pas l'allaitement au sein en l'accusant de tous les méfaits. Elle est fonction de la déviation de la nutrition et n'a aucune relation avec les qualités du lait. Elle ne trouble nullement la santé de l'enfant qui ne présente aucune modification de l'état général et continue à téter comme d'habitude. La courbe de poids est normale ou peut rester stationnaire.

L'éruption est tellement généralisée qu'il ne reste plus un espace de peau saine. Rapidement tout le tégument devient rouge, lisse, luisant, tendu, vernissé, si bien que l'enfant a l'aspect d'un homard cuit; autour des orifices, on peut noter quelques fissures. La langue reste normale; on ne constate pas d'adénopathie.

Après un nombre de jours variable, la peau devient moins tendue, pâlit, se plisse, et desquame d'une façon intense en grandes lamelles épaisses qui se soulèvent et tombent, alors que de nouvelles apparaissent. Dans les plis cutanés la desquamation est légère ou peut manquer; au cuir chevelu, elle entraîne la chute de lambeaux cutanés et de masses de cheveux.

L'abondance et l'intensité de la desquamation est typique de cette séborrhéide du nouveau-né; après un nombre de jours variable suivant les cas, la peau reprend peu à peu son aspect normal. On peut rapprocher la maladie précédente de ce que certains auteurs ont décrit sous le nom d'exfoliation lamelleuse, puis de desquamation collodionnée des nouveau-nés (1). Déjà Billard (2) et Hervieux (3) avaient signalé chez certains nouveau-nés l'existence d'une desquamation beaucoup plus marquée qu'à l'état normal; des faits de ce genre ont été signalés par Hallopeau et Watelet en 1892, Gross et Tarock en 1895.

Tout le tégument, au lieu de la desquamation ordinaire, est recouvert d'une pellicule lisse et brillante, collodionnée, qui bientôt se fendille et se détache par lambeaux, laissant à nu l'épiderme normal. S'agit-il d'une séborrhée sans érythème d'origine fœtale ? La question est à voir.

Séborrhéide des membres inférieurs. — Moussous a montré que la séborrhéide exfoliatrice peut se localiser aux membres inférieurs et se rencontrer sous cette forme chez le nourrisson pendant la première année.

Ce sont d'abord quelques placards d'érythèmes isolés, d'étendue variable, à contours sinueux présentant à la périphérie une collerette de soulèvement épithélial. Bientôt les placards se réunissent et envahissent les membres inférieurs.

Les caractères sont absolument identiques à ceux de l'affection précédente. La maladie survient dans les mêmes conditions d'hérédité et ne relève pas de troubles digestifs, comme les érythèmes fessiers ordinaires.

(1) Bonnet et Gaillard. *Soc. méd.*, Lyon, 1919.
(2) Billard. *Maladies du nouveau-né.*
(3) Hervieux. *Idem.*

Eczéma. — L'eczéma a pour lésion élémentaire une vésicule très petite, arrondie, comme une tête d'épingle, soulèvement minuscule de l'épiderme survenant sur un fond congestionné, érythémateux. Ces vésicules sont de nombre et de confluence variables. Elles donnent à la peau un aspect chagriné et granuleux. L'eczéma forme ainsi des placards symétriques, plus ou moins arrondis à bords plus ou moins nets, pouvant passer insensiblement à la peau saine.

Il existe deux variétés d'eczéma. Dans l'eczéma sec (eczéma en placards de Marfan) les vésicules se dessèchent, se flétrissent et forment des particules desquamées fines; la peau est légèrement congestionnée et érythémateuse. Cette variété s'étend peu et les placards restent petits et localisés. C'est l'eczéma à la période de calme.

Dans la variété humide, au contraire, l'eczéma est en activité : la peau est plus congestionnée, plus érythémateuse; les vésicules, au lieu de se dessécher, crèvent et donnent issue à un liquide séreux jaunâtre, visqueux, analogue au liquide séreux observé dans la séborrhée (sérum sanguin). Cette sécrétion se dessèche sur place et forme des croûtelles jaunâtres. L'eczéma humide peut se transformer en eczéma sec et inversement. Les périodes d'activité ou de calme dépendent des variations dans la déviation de la nutrition et peuvent survenir sans cause provocatrice. Comme pour la séborrhée, toute cause d'irritation locale, toute intoxication digestive peut donner de l'activité à l'eczéma. Une infection quelconque peut le faire disparaître ou apparaître.

L'eczéma a pour siège de prédilection les joues et le front, mais il peut gagner la bouche, les oreilles, le nez, les paupières, les bras, les mains, les jambes, les pieds. A l'opposé de la séborrhée il respecte le cuir chevelu.

L'eczéma peut compliquer la séborrhée : à la périphérie de cette dernière, on observe la lésion élémentaire de l'eczéma (de là le nom impropre d'eczéma séborrhéique).

L'eczéma est, comme la séborrhée, accompagnée de démangeaisons d'intensité variable, qui provoquent des lésions de grattage.

Urticaire et strophulus (1). — On peut voir chez les enfants arthritiques soit de l'urticaire avec ses variétés (élevures aplaties, œdématiées, rosées et décolorées au centre, etc.), soit du strophulus et ses variétés (papules dures, plus ou moins arrondies ou coniques, de coloration variable, etc.). Fréquemment au sommet de la papule apparaît une vésicule analogue à la vésicule de la varicelle (strophulus varicelliforme). Il faudra établir le diagnostic entre ces deux affections. Le strophulus affectionne les membres et vient par crises.

Prurit. — Comme je l'ai indiqué plus haut, les démangeaisons accompagnent toutes ces éruptions. Mais elles peuvent être seules, comme manifestation de l'arthritisme. Leur intensité est variable, augmentant avec la chaleur et la sueur et diminuant avec une application fraîche.

(1) De strophus, colique car l'affection coïncide souvent avec des troubles digestifs.

Complications des éruptions. — Les séborrhéides et l'eczéma peuvent spontanément, et surtout après grattage, être infectées. Ces dermites secondaires ont le type de l'impétigo (pustules, croûtes melliformes jaune d'or) ou le type d'une suppuration sans caractères. Les ganglions de la nuque et du cou qui jusqu'alors étaient restés indemnes grossissent et forment un relief variable.

Septicémie secondaire (1). — Dans le cours de ces dermites, brusquement la température monte à 40°, 41°, le pouls devient petit et très fréquent, irrégulier; la dyspnée est intense accompagnée de cyanose. L'auscultation montre des signes de bronchopneumonie. Quelques convulsions et l'enfant meurt en deux à trois jours. En ce cas, le sang mis en culture montre la présence d'une septicémie à staphylocoque (néphrite, bronchopneumonie, endocardite, etc.). Hutinel et Rivet ont souvent constaté cette complication, à la suite de l'entrée de l'enfant à l'hôpital et la considèrent comme relevant du milieu hospitalier. L'apparition de la septicémie modifie peu la lésion cutanée : la sécrétion diminue du fait de la fièvre.

Métastases toxiques (2). — Il est de notion vulgaire que la croûte de lait (séborrhée et eczéma) disparaissant tout d'un coup peut provoquer des accidents graves. Aussi l'opinion générale est qu'il faut traiter prudemment ces éruptions. Au degré léger, l'éruption est remplacée par un autre équivalent (asthme, diarrhée, albuminurie). Mais au degré intense, sa disparition provoquera une intoxication des plus graves. La fièvre monte à 40°, 41°, accompagnée de collapsus et de pâleur intense (teint plombé, yeux excavés, etc.). L'enfant, agité, tombe rapidement dans le coma entrecoupé de convulsions. La mort est des plus fréquentes, parfois même subitement. L'étude montre qu'il n'y a pas de septicémie et qu'il s'agit d'une intoxication par des produits qui jusqu'alors étaient éliminés par la peau. Parfois les accidents se calment (3) et l'enfant peut surmonter cette crise toxique. En ce cas l'éruption revient ou apparaît un autre équivalent éliminateur (diarrhée, polyurie, etc.). Aussi a-t-on mis en pratique la sinapisation pour faire revivre l'éruption éliminatrice.

II. Manifestations respiratoires. — Crises de toux incessante (4). — L'enfant arthritique, quel que soit son âge, peut être atteint, par crises, d'accès de toux qui surviennent brusquement, durent quelques instants, quelques heures et parfois même une journée ou une nuit. La toux est incessante, brève, sèche, bruyante, accompagnée souvent de rougeur du visage, à la manière de la coqueluche, à tel point que, parfois, on peut faire confusion. Cependant la coqueluche vient par quintes, qui se déroulent en quelques minutes, suivies de reprise avec ou sans vomissements. Puis tout rentre dans l'ordre jusqu'à la prochaine quinte.

La toux incessante n'a pas cette brièveté. Dès qu'elle a « pris » l'enfant, elle ne cesse pas. Elle n'est accompagnée, ni de reprise, ni de vomissements. L'accès terminé, l'enfant peut être tranquille quelques jours, quelques semaines. On ne constate pas l'existence de l'évolution d'une maladie.

(1) Perrin. *Marseille méd.*, 1895. — Dapeyrac. *Th. de Paris*, 1903. — Hutinel et Rivet. *Arch. de méd. des enfants*, 1909.
(2) Brelet. *Revue des mal. de l'enfance*, 1907. — Marfan et Hallé. *Soc. de péd.*, 1909.
(3) Boulloche et Grenet. *Soc. de péd.*, 1906.
(4) Lesage. *Traité des maladies du nourrisson*, p. 268.

La crise vient parfois sans cause apparente, comme une manifestation arthritique et peut précéder, accompagner ou suivre un autre équivalent de la diathèse (crise de diarrhée, crise de polyurie).

La cause provocatrice peut être l'entrée ou le séjour dans une chambre chaude mal aérée (aussi la crise est-elle fréquente la nuit), l'ingestion d'eau froide, de certains aliments, tels que le chocolat, les épices, l'alcool, etc. L'examen de l'enfant démontre l'intégrité parfaite des voies aériennes : il n'existe ni expectoration, ni angine, ni laryngite, ni bronchite. L'enfant se plaint d'une titillation constante de la muqueuse sus-laryngée.

Dans certains cas, la toux cesse tout d'un coup, à la suite d'éternuements, d'une crise d'hydrorrhée ou d'asthme ou de bronchorrée, comme s'il s'agissait d'une manifestation sécrétoire, éliminatrice du principe arthritique. En ce cas, tous les réflexes nasopharyngés, naso-laryngés, broncho-laryngés entrent en branle et toutes les voies respiratoires entrent en jeu. L'arthritique est, en effet, un type de nerveux à réflexes multiples de cet appareil. Chez certains, facilement émotionnables, la danse de ces réflexes arrive brusquement, dès qu'ils veulent causer. Il est des arthritiques, qui ne peuvent dire un mot en public sans se livrer à des manifestations de ce genre.

La toux incessante peut, chez les petits enfants, être accompagnée ou suivie de laryngite striduleuse ou faux croup.

Faiblesse de la voix. — Nombre d'enfants arthritiques ont, par crises, de la faiblesse de la voix, à tel point qu'elle porte seulement à quelques mètres, alors que l'enfant paraît avec force émettre des sons à être entendus très loin. Aussi fait-il effort pour causer, ce qui produit une fatigue rapide.

Ces crises de faiblesse de voix peuvent suivre ou accompagner un équivalent arthritique quelconque. Elles ne vont pas jusqu'à l'aphonie, jusqu'à la laryngite (1).

Crises nasales. — Un bon arthritique n'est pas heureux avec son nez, car il a toujours quelque chose. Ou la muqueuse nasale est sèche, congestionnée, si bien que les narines sont bouchées, au point que la respiration se fait mal. Ou elle est le siège d'une hydrorrhée accompagnée de crises sternutatoires : la sécrétion nasale est abondante, aqueuse, salée. Ceci dure peu. La crise d'élimination toxique cesse bientôt et tout rentre dans l'ordre. Chez certains enfants, on peut la voir se prolonger quelques jours. Elle revient plus ou moins fréquemment. Le fait le plus curieux est qu'au moment de ces crises d'hydrorrhée la muqueuse nasale est pâle et anémiée. On peut noter la coexistence de ces crises nasales avec les accès de toux incessante ou d'asthme.

Crises d'asthme. — Chez l'enfant, l'asthme est souvent atténué avant de revêtir l'aspect classique. Comby (2) a insisté avec juste raison, sur ces mille petites choses qui dénotent chez l'enfant l'état d'asthme. Ce sont les crises de toux incessante, les crises nasales, les crises d'éternuements que je viens d'étudier. « Ce sont, dit Comby, de légers sifflements, des sibilances que l'on entend à distance et qui témoignent d'un enchiffrement passager du

(1) Garel. *Ann. des mal. de l'oreille*, 1908.
(2) Comby. *Traité des maladies de l'enfance*.

larynx, de la trachée ou des bronches. On pourrait craindre en entendant ces bruits musicaux, que l'enfant n'ait une bronchite, mais tout cela est passager et se dissipe du jour au lendemain. »

Plus on étudie l'arthritisme chez le nourrisson et le petit enfant et plus, comme l'a montré Comby, on dépiste ces asthmes, d'abord vagues, puis peu à peu, plus nets et plus complets. Il faut savoir mettre en valeur toutes ces misères auprès des parents pour soigner, dès la première enfance, la diathèse arthritique (1).

Que de fois ne voit-on pas de ces petites dyspnées, qui ne correspondent à rien, car le nez, la gorge, le larynx sont intacts. On croit à un coup de froid, à une infection des voies respiratoires ; on garde l'enfant au lit. Rien ne fait. Il faut penser à l'asthme, qui revient plus ou moins fréquemment. Que d'enfants sont mis en réclusion, sans air, parce que l'on a pris, pour une bronchite ou une infection des voies respiratoires, un accès d'asthme, qui nécessite au contraire de l'air.

Que de médicaments, que de potions on fait prendre à ces malheureux, alors que l'air, le sommeil, la diététique et le traitement de l'arthritisme suffisent à faire disparaître ces asthmes.

Il est donc de toute nécessité de bien connaître ces petits accidents. A mesure que l'enfant grandit l'asthme se perfectionne et prend l'allure classique. L'enfant en proie à une crise est agité, ne dort pas, étouffe, essaye de faire pénétrer l'air dans le poumon et ne le peut que difficilement, car l'asthme est une névrose inspiratoire où le poumon est fixé au maximum de l'inspiration, les lèvres se cyanosent, le facies devient vultueux et l'angoisse extrême. L'accès est soudain et surprend en pleine santé. A l'auscultation, on constate la présence de râles ronflants et sibilants, entendus à distance et de timbre musical. La percussion dénote une sonorité normale ou exagérée. Il n'y a ni fièvre, ni congestion pulmonaire, ni broncho-pneumonie, ni bronchite capillaire. Au premier abord, on peut, chez certains enfants, confondre avec le faux croup, mais, dans ce dernier cas, l'obstacle étant au larynx, l'enfant a du tirage sus et sous-sternal; or, l'asthmatique ne peut pas inspirer et respire superficiellement par petits coups.

La durée de l'accès est courte. Cette bronchite spasmodique suffocante revient plus ou moins fréquemment, soit spontanément, soit à l'occasion d'un coup de froid, d'une excitation quelconque, d'une émotion, d'une infection, d'un coup de vent ou d'humidité, d'une intoxication. Les accès peuvent revenir constamment dans la même localité; chaque asthmatique a ses « pays » où il a de l'asthme et où il se porte mal. A ce sujet rien n'est plus bizarre. « Tel enfant, dit Comby, aura des accès à Paris qui n'en aura pas à la campagne. Tel autre se trouvera très bien au bord de la mer, et, rentré à Paris, aura des accès et inversement. Celui-ci ne pourra pas supporter même une faible altitude et verra ses accès redoubler quand il s'élèvera de quelques centaines de mètres. Celui-là, qui avait de nombreux accès quand il restait enfermé, les verra diminuer par la vie au grand air. »

Comby (2) est certainement l'auteur qui a le mieux établi l'existence de l'asthme chez l'enfant et les relations avec l'arthritisme. L'asthme est un équivalent qui peut remplacer ou être remplacé par un autre. Il n'a aucune relation avec les végétations adénoïdes : celles-ci enlevées, l'asthme continue à exister comme par le passé. Il ne faut pas confondre l'asthme pur arthritique avec les dyspnées asthmatiformes de la tuberculose, du thymus, des obstructions nasales (1), des adénopathies trachéo-bronchiques. A ce sujet on examinera le passé de l'enfant (équivalents arthritiques) et ses antécédents arthritiques, on examinera les fosses nasales, le pharynx, et on procédera dans le doute à la radiographie du thorax. Mais à ce sujet on devra se souvenir que tous les enfants ont des ombres ganglionnaires et qu'il ne faut leur attribuer de l'importance que si elles sont très nettes, très noires et très limitées. On devra se souvenir que bon nombre d'enfants ayant une obstruction d'une narine due à une cause quelconque (cornet hypertrophié, etc.) ont très souvent un déséquilibre pulmonaire, si bien qu'un poumon respire bien à fond, alors que l'autre poumon se dilate moins, s'illumine moins. Il suffit de quelques séances de respiration par le nez pour voir disparaître ce déséquilibre qui tient à une mauvaise façon de respirer : à narine bouchée, poumon correspondant paresseux.

Le diagnostic de l'asthme étant posé, il est indispensable de le soigner en soignant l'arthritisme pour ne pas voir s'installer la bronchite chronique et l'emphysème.

Crises de bronchorrhée. — Certains enfants sont atteints de crises d'expectoration muqueuse bronchitique d'intensité variable. Ils exsudent des bronches, comme ils exsudent de la peau. La crise sécrétoire bronchique est formée de mucus dont la teinte blanc grisâtre devient vite jaunâtre à l'air. On peut y noter la présence de cristaux de Leyden-Charcot et d'urate de soude. Cette crise est purement excrétoire; l'enfant souvent signale dans l'expectoration un goût de soufre ou d'eau de Javel. Nos connaissances au sujet de ces excrétions sont entièrement nulles; il y a lieu de les étudier chimiquement. Ces crises de bronchorrhée peuvent alterner avec un équivalent ou le remplacer. L'étude montre que cette bronchorrhée n'a rien à faire avec les infections bronchitiques microbiennes; la flore est banale et varie avec chaque enfant. Elle est salutaire, car l'enfant se porte mieux dès que la crise est terminée; il n'existe aucune fièvre.

(1) Lesage. *Traité des maladies du nourrisson*, p. 267.

(2) Comby. *Arch. de méd. des enf.*, 1911. — Moncorgé. *Asthme*, Paris 1912.

(1) Dutauziet. *Th. de Paris*, 1894.

TOXICITÉ, ÉLIMINATION URINAIRE ET

ACCUMULATION DE L'ÉMÉTINE CHEZ L'HOMME

Par M. Charles MATTEI,
Chef de clinique médicale à l'École de médecine de Marseille,
Médecin adjoint des hôpitaux.

Les observations de Spehl et Colard, de Lagane, les recherches expérimentales de Dalimier, ont établi la toxicité de l'émétine et permis de supposer que l'accumulation de cet alcaloïde intervenait dans la production des accidents toxiques.

Au cours du traitement de 220 malades amibiens par le chlorhydrate d'émétine, il nous a été donné, dès après ces auteurs (2), d'étudier les manifesta-

(2) *C. R. Soc. de biol.*, 10 nov. 1917, 13 août 1918.

tions cliniques de sa toxicité et de préciser la notion de son accumulation par son action prolongée sur l'élimination uréique d'abord, puis par l'étude de son élimination urinaire. Ces dernières recherches nous ont montré que l'émétine possédant un type d'élimination urinaire discontinu et très prolongé s'accumulait d'une façon réelle et durable dans le milieu intérieur.

Accidents toxiques — Ils sont apparus à la fin de la cure le plus souvent, ou quelques jours après, chez des malades qui avaient reçu en un mois par la voie hypodermique 1g05 à 1g50 de chlorhydrate d'émétine. Nous avons observé ainsi : des *troubles circulatoires* (hypotension, affaiblissement des contractions cardiaques, insuffisance cardiaque grave, brusque ou progressive) ; des *troubles respiratoires* (bronchorrhée muqueuse abondante, crises respiratoires caractérisées par des spasmes inspiratoires comparables à une secousse prolongée de hoquet) ; des *troubles nerveux* (parésie des muscles, du cou et de la nuque, parésie des membres inférieurs et abolition des réflexes tendineux) ; des *troubles urinaires* (oligurie constante au cours du traitement ; chez certains malades, insuffisance rénale brusque avec azotémie).

L'action sur l'élimination uréique se caractérisait par une élévation de la constante d'Ambard accentuée surtout chez les malades dont le rein était déjà insuffisant et apparaissant au début, au cours ou à la fin de la première période de cure. Chez la plupart de ces malades la valeur de K restait élevée dans la semaine qui suivait les premières injections hypodermiques et s'élevait encore lors de la seconde période du traitement. Accidents toxiques tardifs, action prolongée sur l'élimination uréique permettaient donc d'admettre plus certainement l'accumulation de l'émétine.

L'étude de l'élimination urinaire de l'émétine nous a démontré l'existence et le mode de cette accumulation (1).

Chez 12 malades ayant reçu de 16 à 48 cg. de chlorhydrate d'émétine par la voie hypodermique, l'émétine fut recherchée et dosée quotidiennement dans l'urine pendant plusieurs mois.

Après la première injection sous-cutanée, l'émétine apparaissait dans l'urine en 20 à 40 minutes.

Pendant la cure : élimination assez régulièrement croissante à mesure que les injections hypodermiques se succèdent mais élimination faible (1/6 au 1/10 de la quantité totale injectée, suivant les sujets) pendant les 8 jours de traitement.

Après la cure : élimination par à-coups ; des périodes de décharge assez considérable pendant 1 à 4 jours alternaient avec des périodes (1 à 3 jours) d'élimination faible ou souvent nulle. Le temps d'élimination s'est prolongé de 5 semaines à 60 jours suivant les doses injectées. Nos sujets ayant reçu 48 cg. d'émétine en 8 jours éliminaient encore 60 jours après la fin de leur traitement.

L'alcaloïde retrouvé dans l'urine au cours du traitement présentait toutes les réactions générales des alcaloïdes et toutes les réactions spéciales à l'émétine ; l'alcaloïde ainsi éliminé d'emblée semblait donc avoir été peu modifié par son rapide passage dans les tissus.

L'émétine éliminée après la fin du traitement donnait encore toutes les réactions générales des alcaloïdes, mais on avait, par le Tauret et le Bouchardat, un précipité moins cailleboté et plus finement pulvérulent. Enfin les réactions spéciales à l'émétine restaient positives mais de couleur moins franche ; modifications peut-être imputables aux transformations subies par l'alcaloïde au cours de son séjour prolongé dans les tissus.

L'émétine possédait donc un mode d'élimination suivant le type discontinu et très prolongé. M. Savignac a récemment confirmé ces résultats. Il fallait cependant se demander si les nodules sous-cutanés fréquents et tenaces après les injections hypodermiques de chlorhydrate d'émétine ne contribuaient pas à produire l'accumulation « mécanique » en quelque sorte du médicament injecté ; fausse accumulation comparable à celle de certains composés mercuriels insolubles employés en injections intramusculaires.

Pour éclairer ce dernier point nous avons étudié l'*élimination urinaire de l'émétine après injection intraveineuse* de chlorhydrate d'émétine.

Au cours d'une dysenterie amibienne chez un sujet robuste âgé de 25 ans et possédant un rein normal, nous avons pratiqué 3 injections intraveineuses (pli du coude) à 24 heures d'intervalle de 4 cg. de chlorhydrate d'émétine, soit 12 cg. en 3 jours. L'émétine est apparue nettement dans les urines 6 minutes après la première injection. Pendant les 3 jours de cure élimination régulièrement croissante et après la dernière injection, soit au 4e jour, le malade avait à peine éliminé le 1/10 environ de la quantité injectée.

Dans la suite élimination irrégulière typique : des périodes d'élimination assez abondante alternant avec des phases d'élimination faible ou nulle. Mêmes différences d'aspect entre les réactions de l'alcaloïde éliminé d'emblée et celles de l'alcaloïde des éliminations tardives. Six semaines après la dernière injection, l'émétine était encore, par périodes, nettement décelable dans l'urine.

Ainsi après l'injection intraveineuse comme après l'injection hypodermique, l'élimination urinaire de l'émétine se fait selon le mode discontinu et prolongé.

L'accumulation de l'émétine est donc une accumulation « vraie » particulièrement durable.

Cette notion doit éclairer l'usage thérapeutique de l'émétine et la proposition de Dalimier se vérifie chez nos malades « que la dose de 1 g. est bien, chez l'homme, la dose maximum de sécurité ».

Nous préciserons qu'il en est ainsi, même lorsqu'on arrive à cette dose après un mois de traitement coupé par des semaines de repos.

---

(1) Ch. Mattei. Notes sur l'emploi du chlorhydrate d'émétine. Élimination urinaire du chlorhydrate d'émétine chez l'homme, *Paris méd.*, 13 oct. 1917.

Prophylaxie des maladies transmissibles. Mesures de protection contre les maladies contagieuses, par H. Bertin-Sans, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Montpellier, et le Dr M. F. Carrieu, chef de clinique, chef des travaux pratiques d'hygiène à la Faculté de médecine de Montpellier. Un vol. de 254 pages. — Prix : 10 fr. net. — Paris, Masson et Cie.

ACTUALITÉS

UNE NOUVELLE MÉTHODE DE PROPHYLAXIE

M. E. Roubaud, de l'Institut Pasteur, a récemment proposé une méthode fort originale de prophylaxie à l'égard principalement des insectes suceurs de sang et vecteurs d'infection. Elle est basée sur cette considération que, la plupart du temps, les articulés nocifs ne s'attaquent à l'homme que parce que les mammifères, sauvages ou domestiques, représentant leurs hôtes naturels, font défaut. Multiplier ceux-ci serait donc un moyen de détourner de l'homme beaucoup de parasites ou de commensaux dangereux. C'est ce que M. E. Roubaud appelle la *prophylaxie trophique.*

A la vérité, on ne s'attendait guère à voir préconiser un tel moyen qui va à l'encontre des idées courantes sur la prophylaxie par *destruction.* Toutefois avant d'indiquer les objections que l'expérience suggère, il n'est que juste d'exposer les faits que l'auteur invoque à l'appui de sa manière de voir.

*
* *

Naturellement M. E. Roubaud limite les applications de sa méthode aux cas où le parasite, direct ou indirect, échappe aux procédés de destruction ordinaires par suite de son extension, de sa multiplicité ou de son inaccessibilité, et presque toutes les bactéries pathogènes rentrent dans cette catégorie. Il n'en est pas ainsi des petits invertébrés parasites par eux-mêmes, et ici il semble bien que l'agronomie pourrait largement et heureusement profiter, — elle commence au surplus à le faire, — des notions que rappelle M. E. Roubaud (1); mais je laisserai ce point de vue de côté car il n'intéresse pas directement les médecins. Il n'en est pas ainsi non plus des protozoaires obligatoirement véhiculés par les insectes, puisque ces agents d'infection se trouvent ainsi accessibles à notre emprise. Eloigner de nous ces insectes, c'est en effet sûrement nous protéger contre la maladie qu'ils transmettent. Les recherches de l'auteur ont donc spécialement porté dans cette direction. Nous suivrons l'ordre dans lequel il les expose.

On sait que les mouches, même non piqueuses, peuvent transporter, par leurs tarses et leur trompe, des germes dangereux. C'est ainsi que, par exemple, elles causent, comme l'ont montré Ch. Nicolle, Cuénod et Blanc, la trachome et diverses ophtalmies aiguës ou subaiguës. Pourquoi? C'est que les mouches, ayant soif, recherchent les liquides aqueux et que, n'en trouvant pas facilement dans les régions subdésertiques, elles s'attaquent aux yeux, toujours humidifiés, surtout chez les enfants qui se défendent mal. Aussi ces ophtalmies sont-elles beaucoup plus fréquentes chez les jeunes; en revanche, elles ne s'observent ni dans les régions côtières, ni dans les régions équatoriales humides, ce qui prouve leur relation avec la sécheresse. Pour se protéger contre ces ophtalmies contagieuses dont les indigènes soudanais, égyptiens et sud-algériens ont tant à souffrir, il doit donc suffire de donner de l'eau aux mouches, dans des récipients plats ou à l'aide de tissus imprégnés d'eau et suspendus au-devant des cases ou des tentes.

Pour d'autres insectes, il faut s'adresser à des moyens de protection différents et nous sommes guidés dans leur choix par ce fait que la plupart des articulés piqueurs préfèrent les animaux à l'homme et ne s'attaquent à ce dernier que parce qu'ils ne trouvent pas mieux à leur portée. En effet, si vous pénétrez à cheval dans un bois, les taons et les tsétsés s'acharnent après votre monture mais ne vous piquent pas; ils vous auraient piqué si vous y aviez pénétré seul. Donc le cheval est, dans ce cas, une protection pour l'homme. On peut faire la même observation à propos du ver de case, larve hématophage d'une mouche calliphorine, l'*Auchmeromyia luteola.* Cette larve (peut-être un des vecteurs du trypanosome), qui ne peut ni grimper ni sauter, s'attaque exclusivement à la race noire, parce que les nègres couchent nus sur le sol. Mais des parasites très voisins, les chœromyies, s'attaquent à un suidé à peau nue, le phacochère, lequel tend à disparaître. M. E. Roubaud est porté à croire que les auchméromyies ne représentent qu'une forme des chœromyies qui, par suite de la raréfaction des phacochères, s'est adaptée à la race noire. Il est vraisemblable, que, par l'élevage intensif du porc, on arriverait à éloigner le ver de case qui, remarquons-le en passant, est surtout répandu parmi les Noirs arabisés qui ont peu de porcs. Très analogue, au point de vue comportement, est la tique de l'homme, *Ornithodorus moubata*, qui transmet la fièvre récurrente africaine (*spirochétose* de Dutton), car cette tique vit aussi aux dépens des porcs, et de préférence même, attendu que van Saceghem l'a trouvée très abondante dans les porcheries, alors que les habitants ignoraient sa présence. Où il y a des porcs, il semble ainsi que l'homme soit protégé contre la tick-fever.

Passons sur la trypanosomiase de Chagas, causée par des punaises, et sur la myiase oculaire des bergers, qui s'observe seulement, d'après Ed. et Et. Sergent, lorsque le troupeau ovin est insuffisant par rapport à l'abondance des œstres, et arrivons à la peste. Celle-ci est transmise à l'homme par la puce du rat infecté; quand le rat meurt, en effet, sa puce le quitte et cherche un nouvel hôte et c'est justement parce que la mortalité murine est très abondante que l'épidémie éclate. Mais la puce du rat ne s'attaque à l'homme que comme un pis aller. Par conséquent, au moment des épidémies pesteuses, il faudrait se garder de détruire les rats si on n'est pas sûr en même temps de tuer leurs puces.

Dans l'histoire de la maladie du sommeil, un fait curieux a été noté : la fréquence de la maladie n'est pas en rapport avec l'abondance des glossines; plus celles-ci sont nombreuses, moins on compte de malades, et elles ne sont nombreuses que lorsqu'il y a beaucoup de gros gibier et d'animaux domestiques. Ici encore, la tsétsé préfère la bête à l'homme parce qu'elle représente sa nourriture naturelle. Il s'ensuit que, si l'on ne peut guère favoriser le gros gibier, réservoir des trypanosomes, il faut développer, dans les régions infestées, les animaux domestiques, aussi capables que les sauvages de détourner de l'homme l'infection que portent les glossines.

Cette influence protectrice du bétail apparaît enfin quand on examine les conditions du paludisme. Partout où il y a du paludisme, il y a des anophèles vecteurs de l'hématozoaire, mais la réciproque n'est pas vraie, c'est-à-dire que certaines régions largement pourvues d'anophèles infectés peuvent ne pas

(1) La méthode trophique dans la lutte contre les insectes et les affections qu'ils transmettent (*Revue gén. des sciences*, 30 mai 1920).

présenter de paludisme humain : d'où la formule anophélisme sans paludisme. S'il en est ainsi, c'est que, dans ces régions, l'anophèle a cessé de piquer l'homme. M. E. Roubaud nous en explique la raison. Dans les pays à anophélisme sans paludisme, on ne trouve les moustiques que dans les étables, écuries, porcheries, bergeries; le bétail suffisant à alimenter l'insecte, celui-ci n'a pas besoin de s'attaquer à l'homme; dans les pays à paludisme, on trouve en outre les anophèles dans les habitations humaines; la quantité de bétail ne suffisant pas à le nourrir, le moustique se rattrape sur l'homme. Toutefois, un autre facteur intervient aussi, la disposition du sol, la présence d'eaux stagnantes. Dans les régions asséchées, irriguées, il y a plus de bétail et moins d'anophèles; l'équilibre nutritif s'établit entre eux; dans les régions marécageuses, il y a moins de bétail et plus d'anophèles, l'équilibre est détruit et l'homme en fait les frais.

***

Des faits qui viennent d'être résumés, on devine la conclusion que tire M. E. Roubaud et la portée pratique qu'il lui donne. Toutefois la question est de savoir si cette conclusion répond à la réalité et, jusqu'à plus ample informé, il semble permis d'en douter. Les mouches piquent-elles parce qu'elles ont soif, et le taon préfère-t-il le cheval à l'homme? Je n'en sais rien, mais j'ai constaté bien des fois, par des temps orageux, que les mouches se rendent insupportables, même quand elles ont de l'eau à discrétion, et je me rappelle une cruelle chevauchée dans les forêts des Vosges au cours de laquelle monture et cavalier eurent également à souffrir des taons. En multipliant les porcs et le bétail, est-on sûr de protéger l'homme contre les glossines, les auchméromyies, les ornithodores et les anophèles et aussi contre les infections qu'ils véhiculent? C'est ce qu'il faudrait démontrer. Assurément, les faits que cite M. E. Roubaud méritent de retenir l'attention, pourvu qu'ils ne représentent pas de simples coïncidences. M. Le Myre de Villers m'a raconté, en effet, à propos de la Commission de la maladie du sommeil dont il faisait partie, que le ver de case, ayant à choisir entre le porc et le Noir, préfère ce dernier. Peut-être est-ce la pilosité du porc qui gêne les larves, mais cet exemple prouve que, au moins dans un tel cas, la prophylaxie trophique est inopérante.

Au surplus, là n'est pas l'argument le plus fort, lequel n'a point échappé à l'auteur. On doit reprocher surtout à la méthode de multiplier les insectes nuisibles, en favorisant leurs conditions d'existence. M. E. Roubaud nous dit bien que ces insectes trouvant, chez leurs hôtes habituels, une nourriture suffisante, laisseront l'homme tranquille. Oui, à la condition, que les insectes ne prennent pas un développement qui dépasse les disponibilités animales, car alors ils seraient obligés de s'en prendre de nouveau à l'homme, et c'est évidemment ce qu'il y a à craindre. Dans la lutte pour l'équilibre entre le bétail et le parasite qui se poursuivrait ainsi, le bénéficiaire serait ce dernier, bien plus que nous assurément. Il y a là de quoi faire hésiter à adopter une méthode prophylactique curieuse, certes, et sans doute riche de promesses au point de vue agricole, mais dont la valeur a besoin de se justifier par des expériences étendues et méthodiques.

J. LAUMONIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 19 JUILLET 1920)

L'épreuve de l'hémoclasie digestive dans l'étude de l'insuffisance hépatique. — MM. F. Widal, P. Abrami et N. Jancovesco, par une série de recherches expérimentales, exposées dans une note précédente (1), ont montré que, pendant les premières heures qui suivent l'absorption d'un repas azoté, des substances protéiques incomplètement désintégrées pénètrent de l'intestin dans la veine porte, et que le foie exerce, à l'état normal, sur ces substances, une action d'arrêt manifeste.

Les recherches cliniques, dont MM. Widal, Abrami et Jancovesco apportent aujourd'hui les résultats généraux montrent que l'étude de ce pouvoir protéopexique du foie fournit un moyen d'une extrême sensibilité pour dépister l'insuffisance fonctionnelle de cet organe. Lorsque le foie est altéré, il devient incapable de s'opposer au passage dans la circulation générale des protéides insuffisamment désintégrés et ce passage se traduit immédiatement par une crise hémoclasique.

La recherche de cette crise, après un repas d'épreuve azoté, constitue donc un procédé d'exploration très simple, et en même temps très rigoureux, de l'insuffisance hépatique.

Technique de l'épreuve de l'hémoclasie digestive. — Le sujet à examiner est *à jeun* depuis la veille au soir. Après avoir établi son équilibre vasculo-sanguin, on fait absorber au sujet l'aliment d'épreuve et l'on poursuit l'examen du sang de 20 minutes en 20 minutes, pour rechercher la crise hémoclasique.

Dans la plupart des épreuves systématiques qu'ils ont entreprises, les auteurs ont tenu compte de tous les éléments étudiés en pareil cas : leucocytose, formule leucocytaire, pression artérielle, coagulabilité sanguine, indice réfractométrique du sérum et ils ont poursuivi ces recherches pendant les 3 heures qui suivent le repas. Dans la pratique, les résultats utiles au diagnostic sont acquis en 1 h. 30 m. au maximum et l'on peut se contenter d'enregistrer les variations de la leucocytose, la leucopénie caractéristique de la crise hémoclasique est suffisamment nette pour ne laisser place à aucun doute.

Le repas d'épreuve se compose d'un verre de 200 gr. de lait correspondant à une dose de 8 gr. à peine d'albumine. Les auteurs se sont assurés que, dans le lait, ce sont bien les substances azotées qui déterminent l'hémoclasie digestive.

Recherchée systématiquement chez tous les hépatiques avérés, l'épreuve de l'hémoclasie n'a fourni de résultat négatif qu'une seule fois; il s'agissait d'un cas de cirrhose pigmentaire chez un diabétique paludéen, presque mourant et dont le tube digestif n'était sans doute plus en état d'absorber les aliments ingérés.

Il faut noter que cette épreuve se montre toujours négative, non seulement chez les individus *normaux*, mais dans les *états pathologiques où le fonctionnement du foie reste suffisant.*

Grâce à sa sensibilité extrême, le nouveau moyen de diagnostic que nous devons à MM. Widal, Abrami et Jancovesco donne le moyen de dépister, en clinique, des tares hépatiques latentes qui, sans ce procédé d'exploration, passeraient inaperçues.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 1er JUILLET 1920)

Atrophie de la partie temporale de la pupille avec rétrécissement du champ visuel et dyschromatopsie dans 3 cas de lésions traumatiques de la moelle par blessure de guerre. — Mme Déjerine et M. M. Regnard.

Syndrome parkinsonien unilatéral. — M. Tinel présente un malade atteint, par hémorragie pédonculo-protubéran-

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 65, p. 1035.

tielle probable, d'un syndrome parkinsonien unilatéral gauche à peu près pur. On constate en effet la rigidité habituelle du cou et du tronc, l'immobilité du facies, la fixité du regard, l'hypertonie musculaire, mais le tremblement fait complètement défaut.

Arthropathie vertébrale diabétique. — MM. Sézary et Gervais rapportent l'observation d'une tabétique atteinte d'une arthropathie vertébrale caractérisée par des lésions osseuses importantes. La radiographie montre en effet l'effondrement de la 3e vertèbre lombaire, la luxation de cette vertèbre sur la suivante créant un spondylolisthésis marqué, l'existence d'ostéoporose et d'ostéophytes; le segment vertébral formé par les trois premières lombaires a subi un mouvement de torsion d'environ 90°. Malgré ces intenses déformations, il n'y a aucune douleur, ni contracture musculaire, pas de compression radiculaire.

Epilepsie partielle et méningite séreuse circonscrite de la corticalité cérébrale. — MM. Henri et Raymond Français.

Sur la symptomatologie de la chorée d'Huntington. — MM. J. Lhermitte et Lamaze. A propos d'une malade présentant au complet les signes de la chorée chronique progressive, les auteurs discutent le rôle de l'émotion et de l'infection dans la genèse de la maladie. Ces deux facteurs étiologiques que l'anamnèse permettait de retrouver dans le cas présent ne paraissent devoir jouer aucun rôle dans le déterminisme de la chorée d'Huntington. Celle-ci s'écarte des faits rapportés par M. Pierre Marie et Mlle Lévy en raison des caractères des mouvements choréiques, des troubles mentaux et de l'évolution progressive de l'affection. Enfin, les lésions si spéciales de la chorée d'Huntington ne s'accordent nullement avec l'hypothèse d'un processus infectieux.

Les auteurs soulignent, au point de vue sémiologique, l'existence d'une hypotonie très marquée, de l'adiadococinésie, contrastant avec l'intégrité de la réflectivité et établissant un parallèle entre le désordre musculaire choréique et l'affaiblissement de l'attention volontaire; la dispersion des excitations motrices va de pair avec la dispersion des incitations psychiques. Au point de vue physiopathologique, le trouble qui paraît être à la base de la chorée chronique est constitué par l'affaiblissement extrême de la fonction d'inhibition.

Le réflexe oculo-cardiaque et oculo-vaso-dilatateur au cours de l'encéphalite épidémique. — MM. Pierre Marie et Bouttier, après avoir rappelé les recherches des auteurs, et de M. Achard en particulier, sur le réflexe oculo-cardiaque dans l'encéphalite léthargique, précisent dans cette note les caractères des perturbations du réflexe oculo-cardiaque et les comparent à celles du réflexe oculo-artériel vaso-dilatateur.

Leurs conclusions sont les suivantes. En ne tenant compte que des modifications évolutives, le réflexe oculo-cardiaque et le réflexe oculo-artériel sont très fréquemment perturbés dans l'encéphalite léthargique. Souvent abolis au cours de la période d'état, le réflexe oculo-cardiaque et le réflexe oculo-artériel peuvent tout d'un coup devenir très exagérés. Cette modification n'a pas toujours la valeur pronostique fâcheuse qu'on lui a attribué; dans un cas longtemps suivi le malade a parfaitement guéri, bien qu'il eût présenté ce symptôme avec une particulière netteté. Il est intéressant de signaler que les auteurs n'ont jamais observé ce phénomène dans les cas d'affections bulbaires subaiguës ou chroniques où ils ont recherché ces 2 réflexes. Le mode de retour à l'état normal se fait d'une façon lente, le réflexe oculo-artériel redevenant normal très souvent avant le réflexe oculo-cardiaque. Enfin, on peut voir persister pendant la convalescence une abolition du réflexe oculo-cardiaque et du réflexe oculo-artériel qui coïncide dans un cas avec la persistance de gros troubles douloureux.

La ponction lombaire n'a eu dans un cas aucune influence sur l'index oscillométrique ni sur le réflexe oculo-vaso-dilatateur.

L'étude comparée du réflexe oculo-cardiaque et du réflexe oculo-artériel dans l'encéphalite léthargique met ainsi en évidence le caractère essentiellement variable des troubles constatés selon la phase de la maladie ou simplement selon les cas particuliers; ces résultats concordent avec le polymorphisme évolutif des autres symptômes de la maladie, et ils apportent ainsi une contribution notable à l'étude générale de l'encéphalite léthargique.

Un nouveau cas de syndrome des fibres longues avec examen anatomique. — MM. Henri Claude et H. Schaeffer rapportent l'histoire d'une femme âgée de 67 ans, bien portante jusque-là, prise subitement d'un petit ictus à la suite duquel la malade ne put plus jamais marcher. Quelques mois après on constate une paraplégie spasmodique avec exagération de tous les réflexes tendineux, de l'extension bilatérale du gros orteil, des troubles ataxiques des membres inférieurs et supérieurs avec adiadococinésie et surtout des troubles dissociés de la sensibilité caractérisés par la conservation des sensibilités superficielles et la perte des sensibilités profondes. Absence de toute douleur dans les membres, pas de gros troubles des sphincters, pas de troubles oculaires; Wassermann négatif, liquide céphalo-rachidien normal. L'affection évolua en une année.

L'examen anatomique montra une sclérose combinée frappant dans les cordons postérieurs le cordon de Goll et la partie interne du Burdach, dans les cordons latéraux le faisceau pyramidal croisé et accessoirement les faisceaux cérébelleux. Intégrité des racines postérieures.

Sur une variété de myélite nécrotique à marche subaiguë. — MM. P. Marie et Foix attirent l'attention sur cette variété caractérisée anatomiquement par une myélite nécrotique à lésions prédominantes sur la substance grise avec vascularite intense extra et intramédullaire frappant surtout la tunique moyenne dont les enveloppes néoformées se superposent en bulbe d'oignon jusqu'à en décupler le volume. Cette vascularite s'attaque surtout aux veines et aux vaisseaux d'un certain calibre; elle est extra et intramédullaire et peut aboutir à l'oblitération du vaisseau.

Cliniquement, il y a paraplégie à type amyotrophique, les troubles amyotrophiques étant sous-jacents aux troubles sensitifs et pyramidaux (donc lésion intramédullaire) et dissociation albumino-cytologique avec hyperalbuminose massive et lymphocytose faible dans un cas, nulle dans un autre. Le Wassermann est négatif. Ces symptômes permettent le diagnostic.

Dans un des 2 cas, il y a œdème papillaire et cécité, et les auteurs discutent les rapports de l'affection avec la neuromyélite optique.

Réactions motrices à l'occasion d'un effort psychique chez des hémiplégiques passagers. — MM. Babinski et Jarkowski présentent 2 malades qui furent atteintes d'hémiplégie passagère, l'une du côté droit, l'autre du côté gauche. A l'heure actuelle les troubles moteurs, surtout chez l'une de ces malades, ont presque complètement rétrocédé; ces malades se servent bien de leurs membres supérieurs, mais on constate chez elles le phénomène suivant.

Si la malade, assise sur une chaise les yeux bandés, garde le silence, ses mains, placées sur les genoux, restent à peu près immobiles; mais dès qu'elle commence à parler, en répondant, par exemple, à une question posée, sa main malade se met à remuer et accomplit une série de mouvements d'extension et de flexion des doigts s'arrêtant aussitôt que la malade avait cessé de parler. Il est à remarquer que, pendant ce temps, la main du côté sain reste immobile.

On pourrait croire qu'il s'agit là d'une simple syncinésie, mais ces mouvements n'ont pas les caractères des mouvements associés tels qu'on les voit dans les hémiplégies prononcées; de plus, ces mouvements apparaissent aussi au cours d'un effort intellectuel, par exemple lorsque la malade fait un calcul mental.

Les malades se rendent compte de ces mouvements et les attribuent à l'émotion.

Quoi qu'il en soit, il est intéressant, au point de vue psychologique, que la réaction motrice, accompagnant l'effort psychique, se localise uniquement du côté malade.

Syndrome des noyaux centraux. — MM. Babinski et Jarkowski présentent un enfant de 13 ans atteint de choréo-athétose congénitale double avec participation de la musculature labio-glosso-pharyngée; le tableau clinique est dominé par des mouvements incessants de tout le corps, désordonnés, brusques et d'une grande amplitude. La motilité volontaire

est très entravée aux membres inférieurs, complètement impossible aux membres supérieurs. On ne constate pas de signes nets de lésion du faisceau pyramidal; on ne trouve pas non plus de troubles de la sensibilité; l'intelligence paraît bien développée. Les données anatomo-cliniques actuelles permettent de localiser la lésion dans les noyaux centraux.

NOTES POUR L'INTERNAT

PLAIES DE LA PLÈVRE ET DU POUMON [1]

Physiologie pathologique. — La pénétration du sang dans la cavité pleurale est favorisée : 1° par le vide pleural; 2° par l'aspiration thoracique, si bien que, théoriquement, l'hémorragie devrait augmenter jusqu'à ce que la tension du sang dans la plèvre devienne égale ou supérieure à la tension artérielle.

Mais deux facteurs interviennent pour arrêter l'hémorragie : 1° la coagulation spontanée du sang au niveau de la plaie pulmonaire; 2° l'existence du pneumothorax qui vient comprimer le poumon.

Évolution. — *a.* Autrefois Trousseau et Leblanc admettaient la coagulation du sang; le coagulum s'enkystait et disparaissait; le sérum se résorbait. Pour Nélaton, le coagulum irriterait la plèvre; la sérosité sécrétée dissoudrait le caillot et faciliterait sa résorption.

b. Tuffier et Milian nient la coagulation du sang au niveau de la plèvre, considérant cette séreuse comme un véritable tube vaseliné dans lequel la coagulation est impossible. La disparition du sang se ferait par résorption du sérum, hémolyse des hématies, destruction des leucocytes macrophagés par les cellules endothéliales de la plèvre.

c. Quénu et Chastenet de Géry montrent que la plaie pulmonaire, le corps étranger favorisent la coagulation; le coagulum brassé par les mouvements respiratoires se fragmente et tend à disparaître.

d. Grégoire et Courcoux ont repris cette étude pendant la guerre et ont nettement précisé que le sang ne coagule dans la plèvre que dans deux conditions : 1° en cas d'altération étendue du revêtement endothélial; 2° en cas d'infection. Au contraire, l'hémothorax récent et aseptique en plèvre fermée reste incoagulé dans la plèvre et incoagulable à l'extérieur, après avoir été retiré par ponction; en plus, c'est un liquide hémolysé, contenant des pigments biliaires, qui s'accompagne dans les premières phases de polynucléose neutrophile et plus tard d'éosinophilie avec gros macrophages, agents de résorption des hématies.

Évolution. — 1. Résorption simple; 2. pleurite exsudative concomitante; 3. pleurésie séro-fibrineuse; 4. pleurésie purulente.

2° *Pneumothorax.* — L'air peut s'épancher dans la cavité pleurale provenant généralement de la plaie pariétale et plus rarement de la plaie viscérale. Il est total ou partiel, suivant l'existence d'adhérences antérieures; il provoque la rétraction du poumon. On en distingue trois variétés : le pneumothorax fermé, le pneumothorax ouvert et le pneumothorax à soupape particulièrement dangereux. Souvent du sang existe en même temps dans la cavité pleurale.

3° *Emphysème traumatique.* — Tantôt on observe l'emphysème sous-cutané autour de la plaie, l'air provenant de l'extérieur ou de la cavité pleurale, et, sauf dans le cas de plaie siégeant au niveau d'une zone d'adhérences, il suppose toujours l'existence d'un pneumothorax.

Tantôt on observe l'emphysème médiastinal qui survient à la suite de rupture du poumon; il a été observé plusieurs fois dans cette guerre (Gatellier).

4° *Hernie traumatique du poumon.* — Il faut une large plaie pleuro-pulmonaire; la hernie du poumon se produit, soit au moment de l'accident, soit secondairement à la suite d'une violente expiration; le poumon est violemment refoulé par l'air venu du poumon sain (Malgaigne). Elle siège alors au niveau du bord antérieur du poumon, présente le volume d'une noix, d'un œuf; elle s'accompagne du sphacèle du poumon hernié et laisse à sa suite une fistule broncho-cutanée.

Complications infectieuses. — 1° *Infection primitive.* — On peut observer l'infection, sitôt après l'accident; elle porte alors à la fois sur la plèvre et sur le poumon. A côté d'un exsudat pseudo-membraneux, du côté de la plèvre, on trouve, soit une cavité sphacélique contenant un magma malodorant, soit une loge putrilagineuse.

L'agent pathogène est presque toujours le perfringens.

2° *Infection secondaire.* — Produite par les pyogènes habituels.

A. *Plèvre.* — C'est la pleurésie purulente; l'infection peut alors provenir, soit du dehors, soit d'un foyer de fracture voisin, soit de la lésion pulmonaire, mais à condition que les grosses bronches soient touchées.

B. *Poumon.* — A la *sensibilité particulière de la plèvre vis-à-vis de l'infection*, on avait coutume d'opposer la *résistance du poumon;* cependant il peut aussi s'infecter et on observera un abcès du poumon gangréneux ou phlegmoneux, et il faut signaler, dans ces cas, l'influence du corps étranger, du *projectile inclus.*

On peut rencontrer aussi des pneumonies et des broncho-pneumonies; elles se voient au cours des pleurésies purulentes, mais néanmoins elles sont assez rares, beaucoup plus en tous cas que les accidents de carnisation avec lesquelles on se gardera bien de les confondre.

SYMPTOMES. — En dehors des grands fracas et des cas qui déterminent la mort immédiate sur le champ de bataille par asphyxie ou syncope ou hémorragie, on distingue 3 types : grave, moyen, léger.

I. **Type grave.** — Le blessé de poitrine grave, observé surtout au poste de secours, offre deux tableaux, celui du malade pâle, saigné à blanc, c'est l'*hémorragique*, celui du blessé à thorax ouvert avec traumatisme et *tableau du shock.*

A. Le premier frappe par la pâleur livide de son visage et « l'aspect effondré de tout son corps où ne semblent plus en éveil que les muscles de la respiration » (Grégoire et Courcoux).

Signes fonctionnels. — C'est la *dyspnée* qui domine tout, car soit assis, soit couchés, ils restent dans un état d'affaissement complet; seuls les muscles respiratoires fonctionnent au maximum.

Signes généraux. — En dehors de la pâleur, il faut noter la rapidité du *pouls* (120 à 140), sa faiblesse.

Signes physiques. — La plaie, petite, saigne en bavant.

Évolution. — C'est la mort brusque par syncope ou lente par asphyxie.

B. Le deuxième est peut-être plus impressionnant encore; car ce qui frappe, c'est d'emblée la traumatopnée. Tantôt c'est un sifflement régulier à chaque inspiration, tantôt c'est un gargouillement bruyant, à la fois inspiratoire et expiratoire; à chaque expiration notamment, un mélange d'air et de sang est projeté au dehors.

L'évolution de ces cas n'est pas forcément fatale, car la cavité pleurale fermée à temps, ces blessés peuvent ensuite évoluer très normalement vers la guérison. *(A suivre.)*

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 67, p. 1071.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, **20** francs par an.
Étudiants étrangers, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE . 3 mois : **9** fr. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Gosset, professeur de pathologie externe à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est nommé, sur sa demande, à partir du 1er novembre 1920, professeur de clinique chirurgicale à ladite Faculté, en remplacement de M. Quénu, admis à la retraite.

— M. Vaquez, professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est nommé, sur sa demande, à partir du 1er novembre 1920, professeur de clinique thérapeutique à ladite Faculté, en remplacement de M. Robin, admis à la retraite.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — M. le Dr Chevalier a été nommé chef de clinique chirurgicale du prof. Chavannaz.

— Lille. — M. Minet, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille, est nommé, à partir du 1er novembre 1920, professeur de thérapeutique à ladite Faculté.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Rouen. — Ont été nommés après concours :
Professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales : M. J. Lecaplain.
Professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales : M. J. Petit.
Professeur suppléant des chaires de physique et de chimie médicales : M. Guillaume.

GUERRE. — Sont nommés au grade de médecin aide-major de 2e classe les élèves de l'école du Service de santé militaire dont les noms suivent reçus docteurs en médecine :
MM. le sous-aide-major Rouget; les médecins aides-majors de 1re classe à t. t. Durieu, Raynaud; les médecins aides-majors de 2e classe à t. t. Cieutat, Durousseau, Girod, Rivet, Schousboë, Testas, Bergeaud, Givry.
Par le même décret, ces médecins aides-majors sont promus au grade de médecin aide-major de 1re classe.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur, au *grade de chevalier* (à titre posthume) :
M. Ducuing (Louis), aide-major de 2e classe : médecin d'un admirable dévouement et d'un courage tranquille. A porté secours à des blessés sous de terribles bombardements et a sauvé, en s'exposant héroïquement de nombreuses vies. Tombé au champ d'honneur, le 6 juillet 1916, sur l'Yser, dans l'accomplissement de son service. Croix de guerre avec palme. (*J. O.*, 17 juin 1920.)
M. Kuminer (Joseph), médecin aide-major de 1re classe : a toujours fait preuve du mépris le plus absolu de la mort en portant secours aux blessés dans les circonstances les plus périlleuses. A été tué, lorsqu'il procédait à l'évacuation d'un capitaine blessé par le tir ennemi. A été cité. (*J. O.*, 18 juin 1920.)
M. Kleymann (Daniel), médecin aide-major de 1re classe : engagé volontaire pour la durée de la guerre, a fait preuve du plus beau dévouement et du plus grand amour pour la France. Blessé une première fois, est revenu au combat avec le bataillon de légion russe de la division marocaine. Le 2 septembre 1918 s'est élancé avec les premiers légionnaires à l'assaut du village de Terny-Sorny. Est tombé peu après mortellement frappé en soignant sur la ligne de combat des blessés intransportables malgré l'intensité désespérée du feu de l'ennemi. A été cité. (*J. O.*, 18 juin 1920.)
M. Lemoine (Georges), médecin aide-major de 1re classe : est allé au cours du combat du 11 janvier 1917, avec des brancardiers sous un feu violent de mousqueterie et de mitrailleuses, porter secours à un capitaine grièvement blessé près d'un fortin énergiquement défendu par les Autrichiens. A été tué en faisant noblement son devoir. A été cité. (*J. O.*, 18 juin 1920.)
M. Bergonier (Georges), médecin aide-major de 1re classe : venu sur sa demande dans un régiment d'infanterie, s'y est fait de suite remarquer par son mépris du danger et ses qualités professionnelles. A organisé la relève des blessés lors de l'attaque du 17 septembre 1918 dans des conditions très difficiles et a été tué en effectuant la visite des postes de secours. A été cité. (*J. O.*, 18 juin 1920.)

CONGRÈS

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES (STRASBOURG, JUILLET 1920).

Le Congrès s'est ouvert le 26 juillet, à Strasbourg, dans la grande salle du Conservatoire, sous la présidence d'honneur de M. Alapetite, commissaire général de la République, et sous la présidence de M. Calmette, sous-directeur de l'Institut Pasteur, assisté de M. Weiss, doyen de la Faculté de médecine. Après l'exécution de la *Marseillaise*, chantée avec un enthousiasme véritablement émouvant par la Chorale strasbourgeoise, des discours furent prononcés par M. Peirotes, maire de Strasbourg, et par M. Alapetite, qui rendit hommage à la conduite si digne, si ferme et si patriotique de M. Calmette pendant l'occupation de Lille par les Boches.

M. Alapetite évoqua ensuite le souvenir dc Pasteur, toujours si vivant à Strasbourg.

Enfin, après le discours de M. Weiss, M. Calmette prit à son tour la parole; après avoir salué Strasbourg, « que nous aimons d'autant plus tendrement qu'il nous a coûté plus de larmes », l'orateur évoqua la mémoire de Pasteur et de son séjour à Strasbourg de 1849 à 1854.

« C'est au laboratoire de Strasbourg que Pasteur a réalisé ses belles expériences sur la cicatrisation et la réparation des plaies faites aux cristaux.

Toute une science nouvelle, la « stéréochimie » ou chimie dans l'espace, a trouvé son origine dans ces découvertes. Pasteur ne devait pas cependant s'y attarder. Il s'engage dans l'étude des fermentations.

A cette époque, — septembre 1854 — il fut nommé professeur et doyen de la nouvelle Faculté des sciences de Lille. Il devait donc quitter, non sans regrets, l'Université et la ville de Strasbourg, où son amour des cristaux ne l'avait pas empêché de se découvrir un autre amour qui fit le charme et le bonheur de toute sa vie.

C'est à Strasbourg, en effet, que Pasteur, peu après son arrivée, le 29 mai 1849, épousa Mlle Marie Laurent, fille de son recteur, qui fut à la fois pour lui la plus admirable compagne, pour son œuvre la plus utile collaboratrice et pour les pastoriens de mon âge la plus vénérée des bienfaitrices.

Le séjour de Pasteur à l'Université de Strasbourg, bien qu'il eût été de courte durée, laissa néanmoins une forte empreinte sur son esprit. Dans cette Université, la méthode expérimentale était et resta fort en honneur avec Lobstein, Charles Schutzenberger, Alexandre Lauth, pour ne citer que les plus célèbres professeurs de la Faculté de médecine. Leur influence était grande, et le voisinage de l'Allemagne excitait les rivalités, stimulait l'ardeur au travail, favorisait l'interpénétration des intelligences. Cette ambiance ne fut pas étrangère à l'orientation que Pasteur allait désormais donner à ses recherches. »

Le Congrès, divisé en 20 sections travaillant simultanément, a commencé ensuite ses travaux. Signalons un certain nombre de communications d'ordre médical.

SECTION D'HYGIÈNE. — Cette section était présidée par le Dr Holtzmann, directeur des Services d'hygiène d'Alsace et de Lorraine.

Le Dr RAPPIN, le distingué directeur de l'Institut Pasteur de Nantes, a communiqué le résultat des travaux auxquels il se livre depuis si longtemps, en vue de l'**immunisation antituberculeuse par injection d'un vaccin**.

Le Dr GRANJUX expose le fonctionnement et les résultats de l'**œuvre de préservation de l'enfance contre la tuberculose**. La section, puis le Congrès à l'Assemblée générale, ont émis le vœu que les groupements scientifiques fassent leur possible pour que les départements qui ne possèdent pas encore d'œuvre Grancher en organisent rapidement.

Le Dr VAUCHER, chargé de cours à la Faculté de médecine de Strasbourg, membre de l'Association alsacienne antituberculeuse, a fait connaître qu'elle était en train de créer à Bouxviller son premier foyer de l'œuvre Grancher.

La section a visité, sous la conduite du Dr Holtzmann, les services locaux d'hygiène, notamment l'institut de puériculture, le bain municipal, l'hôpital pour tuberculeux dont le moins qu'on puisse dire, c'est qu'ils sont des modèles du genre.

(*A suivre.*)

NOTES DE PRATIQUE

TUBERCULOSE

Le Dr Mélamet rapporte (1) une observation d'un malade atteint de tuberculose pulmonaire grave. Deux séries d'injections de manganate calcico-potassique qu'il emploie dans le traitement de la tuberculose, ayant donné un résultat intéressant, mais moins net que dans la plupart des cas qu'il traite, le Dr Mélamet fit faire un Wassermann qui se montra faiblement positif. Il suspendit le traitement par la solution manganatée et, après un repos de 15 jours, fit 20 injections intramusculaires de benzoate de Hg. Aucune amélioration. L'index microbien qui avant tout traitement était à 15 restait à 15. Le Dr Mélamet reprit alors sa solution de manganate calcico-potassique qu'il administra à son malade sous forme de suspension huileuse en injections intratrachéales *et simultanément* il employa le néosalvarsan. Il y eut une amélioration *brutale* de tous les symptômes : l'index microbien tomba à 3,5 puis à 0,001 ; les bacilles étaient complètement désagrégés. Les lésions pulmonaires s'étaient asséchées et la radiographie montra que la caverne observée, avant tout traitement, était comblée. Une inoculation au cobaye faite avec les crachats de ce malade, alors qu'il avait un index de 3,5, permit, au *33e jour*, de percevoir deux petits ganglions et une légère tuméfaction de la cuisse. Le cobaye avait augmenté de 60 gr. Il fut trouvé mort le 35e jour. (Le cœur de ce cobaye avait été ponctionné quelque temps avant l'inoculation pour Wassermann.)

A l'autopsie, on trouva un magma nécrotique autour du point d'inoculation, magma qui au microscope contenait des bacilles désagrégés. Aucune lésion tuberculeuse des organes n'était perceptible macroscopiquement. L'examen histologique des poumons, foie, reins, rate, fut négatif quant à la tuberculose.

Cette observation a la valeur d'une expérience : elle prouve que l'auteur a transformé, avec sa solution de manganate calcico-potassique, un cas de tuberculose grave, virulente, en tuberculose à virulence très atténuée.

Le Dr Mélamet projette des photographies de lames microscopiques de crachats provenant de malades traités par sa méthode ; on peut y voir la façon dont la solution manganatée s'attaque aux bacilles : ils s'agglutinent, puis changent de forme, se désagrègent.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA LOI D'ASSISTANCE MÉDICALE ET LE RÈGLEMENT DES SOINS MÉDICAUX

M. Henri Michel, sénateur, demande à M. le ministre des pensions quand les bénéficiaires de la loi d'assistance médicale, chirurgicale et pharmaceutique, pourront obtenir des soins vraiment gratuits en donnant en paiement à leurs médecins et pharmaciens les bons délivrés par l'administration; faute d'entente préalable avec l'Etat, les médecins et pharmaciens exigent le paiement par le malade des soins donnés et des médicaments délivrés. (*Question du 21 juin 1920.*)

Réponse. — L'entente prévue par l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 est réalisée avec l'Association générale des syndicats pharmaceutiques de France. Les pourparlers engagés avec les groupements médicaux permettent d'espérer une solution prochaine. (*J. O.*, 21 juillet 1920.)

(1) *Société de médecine de Paris*, 26 juin 1920.

REVUE GÉNÉRALE

L'ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE

Par le Dr M. POTET,
Médecin-major de première classe.

I

Etude clinique. — I. Symptômes de l'encéphalite léthargique (1). — Le syndrome de l'E. L. est constitué par des *signes cardinaux* et par des *signes secondaires*.

A. SIGNES CARDINAUX. — Ils sont au nombre de 3 :

1° La narcolepsie ;
2° Les paralysies oculaires ;
3° Les modifications de la température et de l'état général.

1° *La narcolepsie.* — Décrite par von Economo, Schlesinger, Pribram, Netter, elle n'est pas accusée dans tous les cas ; mais il est exagéré de dire que la narcolepsie « manque souvent » (Bériel). On observe presque toujours au moins de la somnolence, et, fréquemment, une tendance invincible au sommeil ; le malade éprouve d'abord de la lassitude, des picotements dans les yeux, et s'endort; il peut résister victorieusement au besoin de sommeil mais pendant peu de temps. Une fois endormi, il peut être réveillé par des excitations variées ; interrogé alors, il répond normalement, mais si l'excitation ou les interrogations cessent, il se rendort (Cade et Ardisson); la crise narcoleptique dure de quelques minutes à plusieurs semaines (Lhermitte); l'hypersomnie pathologique peut s'associer à l'insomnie nocturne (Bassoe).

2° *Les paralysies oculaires.* — Les troubles oculaires sont très fréquents (Netter, Widal) et en général marqués dans l'E. L. ; seules les paralysies de certains muscles des yeux constituent l'un des symptômes cardinaux de la maladie; les autres troubles oculaires sont d'importance secondaire et plus rares; pour éviter des redites, nous envisagerons les divers troubles oculaires, autres que les paralysies, immédiatement après celles-ci. Les paralysies oculaires se manifestent par l'immobilité ou par la déviation en dedans ou en dehors d'un globe oculaire ou des deux globes, avec ou sans ptosis; celui-ci est unilatéral ou bilatéral ; il peut être le seul signe morbide (Lesné). La diplopie qu'entraîne la déviation du globe en dedans ou en dehors est homonyme avec strabisme convergent, ou croisée avec strabisme divergent (Lhermitte); elle peut être intermittente (Patry). Groebbels a noté l'absence de la réaction de convergence, Sicard avec Kudelski, une myoclonie oculaire durable sans troubles pupillaires. Le nystagmus, horizontal ou vertical, a été observé (Ely, Groebbels, Sainton, Bollack).

Chez une malade de Widal, il n'existait qu'une contracture du sourcil comme seule manifestation oculaire. Souvent, ajoute Widal, les paralysies oculaires sont si frustes qu'elles ne peuvent être décelées que par l'ophtalmologiste. C'est aussi l'avis de de Lapersonne, de Netter.

Ainsi, comme le montrent la diplopie et le strabisme, ce sont surtout les muscles droits qui sont intéressés ; la lésion touche donc la IIIe paire crânienne (M. O. C.). La déviation en dedans peut être due également à une atteinte de la VIe paire crânienne (M. O. E.). Enfin la IVe paire est quelquefois aussi intéressée. Dans certains cas c'est la synergie fonctionnelle des IIIe et VIe paires qui est troublée (Morax); alors « la diplopie est paradoxale : dans la moitié droite du champ du regard, la diplopie est croisée ; dans la moitié gauche elle est homonyme, et l'écartement des images reste le même dans les différentes directions » (Sainton, Lhermitte). La paralysie de la divergence s'observe souvent (Dor). Aubineau note la fréquence des paralysies des mouvements associés.

Tantôt les muscles innervés par les IIIe, IVe et VIe paires sont complètement paralysés des deux côtés ou d'un seul côté; tantôt ils ne sont que parésiés, ou irrégulièrement atteints ; alors le ptosis est peu accentué et quelques mouvements du globe oculaire sont encore possibles alors que d'autres ne le sont plus ou sont limités. L'ophtalmoplégie externe peut même être extrêmement légère (Achard) ou faire défaut (P. Courmont) ; elle peut être transitoire et passer alors inaperçue (Wegeforth et Ayer, de Lapersonne, Reverchon et Worms).

Mais l'ophtalmoplégie externe « tend à s'étendre aux muscles non atteints tout d'abord; parfois même la paralysie oculaire régresse pour certains muscles et apparaît chez d'autres d'abord épargnés » (Sainton, Lhermitte). De telle sorte que l'ophtalmoplégie externe de l'E. L. a mérité les épithètes de : « parcellaire, dissociée, extensoprogressive, et même migratrice » (Lhermitte).

La paralysie atteint parfois la musculature oculaire interne. De plus il a été observé des atteintes du fond de l'œil. Dans ces cas apparaissent des troubles de l'accommodation et de la vision : accommodation affaiblie, lecture difficile exigeant la correction par les verres ; les troubles pupillaires sont alors assez fréquents : myosis et anisocorie légère (Bonnamour et Lanne), anisocorie nette (Groebbels, Cade et Ardisson); pupille irrégulière (Ely), déformée (Groebbels), parfois myosis, photophobie et lenteur des réactions pupillaires (P. Courmont), tout cela sans ophtalmoplégie externe. D'une façon générale, les troubles de la réflectivité pupillaire sont peu accentués. Audibert, Lortat-Jacob et Hallez, ainsi que de Verbizier, ont noté le signe d'Argyll-Robertson ; Froment et Gardère, la paresse et l'inégalité des pupilles ; mais ce qui est surtout fréquent dans l'E. L. c'est la dissociatien inverse de celle d'Argyll-Robertson (Netter, Morax, Lhermitte et de Saint-Martin), c'est-à-dire la parésie de l'accommodation, avec conservation du réflexe à la lumière. Enfin ont été signalées : la papillite (E. Sachs), quelquefois seulement légère, la papillite double avec petites hémorragies (Froment et Gardère), l'amaurose, le malade ne distinguant plus la lumière de l'obscurité ou ayant perdu surtout la vision des couleurs (Cl. Vincent), la simple diminution des perceptions visuelles (Netter), l'amaurose sans lésion du fond de l'œil (Carnot), la cécité avec lésion du fond de l'œil (Oddo), la névrite optique (Achard). Le réflexe oculo-cardiaque est assez fort dans l'E. L.

(1) Dans cette revue nous conserverons à l'encéphalite léthargique son appellation primitive, mais celle d' « encéphalite épidémique » est meilleure. Ce travail, résumé de 323 publications, a été facilité par les revues générales de SAINTON, de L. RAMOND, de DENECHAU, de NETTER, de SICARD, de BAUR et surtout par celle de LHERMITTE, parue en septembre 1919 dans les *Annales de médecine*. Nous n'avons eu connaissance de la revue de BLUM (1920) qu'après l'envoi de notre travail à l'impression. La bibliographie s'arrête au 1er juin 1920. Faute de place, celle-ci et l'historique n'ont pas pu être publiés ici.

et il y a parfois dissociation entre ce réflexe, exagéré, et le tonus du centre circulatoire qui peut être affaibli (Litvak).

3° *Les modifications de la température et de l'état général.* — Tantôt la température est voisine de la normale ou la fièvre ne dure que quelques jours (Sainton, Ely); tantôt l'hyperthermie est assez accusée, atteignant le soir 39°5 et 40°, avec faibles rémissions matutinales (Sainton, Lhermitte), et légers frissons, surtout au début; donc à côté des cas où il n'a été noté qu'une très légère élévation de température (Lortat-Jacob et Hallez), il en est où la fièvre peut être forte : elle peut être progressivement ascendante; Bonnamour a noté 42°9 quelques heures avant la mort, Harvier et Levaditi ont observé 43°5, Froment et Gardère une élévation brusque à 41°2; Combemale et Duhot n'ont observé aucune courbe régulière. Le pouls suit presque toujours les perturbations thermiques (Chauffard), ce qui est un caractère à retenir; la dissociation entre le pouls et la température est exceptionnelle; Froment et Gardère parlent de 200 pulsations avec une fièvre élevée; Olmer a toutefois observé dans un cas fruste une dissociation entre le pouls et la température.

Dans un cas de Etienne, Caussade et Benech, l'état infectieux n'existait pas; mais, presque toujours, un état général mauvais accompagne la fièvre; l'amaigrissement est rapide; les troubles digestifs se manifestent par une langue saburrale, de l'inappétence, de la constipation, des vomissements; la céphalée et l'asthénie, en dehors des moments de sommeil, sont fréquentes et s'accompagnent parfois du phénomène de la raie blanche de Sergent (Chauffard). D'ordinaire l'urine n'a que les caractères de celle du fébricitant (Lhermitte); mais parfois il existe de l'azoturie (Lereboullet et May, Méry, Bénard et Boissart), correspondant alors à une azotémie élevée, souvent initiale (Olmer, Bénard et Boissart, Combemale et Duhot).

B. Signes secondaires. — Ils concernent soit le *système nerveux*, soit les *autres appareils*.

1° *Signes secondaires concernant le système nerveux*, ce sont :

a. Les *troubles des nerfs craniens* autres que les nerfs de l'œil;

b. Les *troubles de la sensibilité des nerfs rachidiens;*

c. Les *troubles de la motilité des nerfs rachidiens;*

d. Les *troubles des réflexes;*

e. Les *troubles trophiques, vaso-moteurs et des sphincters;*

f. Les *adultérations du liquide céphalo-rachidien;*

g. Les *troubles mentaux.*

a. Il a été noté dans l'E. L., de la paralysie faciale, unilatérale (Wegeforth et Ayer) ou bilatérale (Netter, Sainton, Carrol et Nesbith, Rüssell, Pothier, Rice-Oxley, Lhermitte et de Saint-Martin, Combemale et Duhot), parfois seulement de la parésie de la VIIe paire (Groebbels). Le plus souvent le facial supérieur et le facial inférieur sont tous deux atteints; le facial inférieur est quelquefois frappé seul (Lhermitte). La paralysie faciale survient souvent, complète, après la paralysie de plusieurs autres nerfs craniens; elle est très fréquemment parcellaire, dissociée, extensoprogressive (Sainton, Lhermitte); elle a été rencontrée associée à la paralysie du voile du palais (Oddo).

Plus rarement, il existe des vertiges (Lhermitte, Groebbels), des troubles de l'équilibre (Achard), de la surdité d'un côté ou des deux côtés (Cl. Vincent), de l'hypoacousie (Lhermitte), surtout pendant l'acmé de la maladie, des paralysies des muscles du larynx, de la paralysie labio-glosso-laryngée (Mouriquand et Sanerot), de l'atrophie et de la trémulation fibrillaire de la langue (Lereboullet et Mouzon), de l'hémiparésie linguale (Roubier, Niclot et Cusset), du trismus avec parole difficile par impossibilité d'ouvrir la bouche (Rüssell, Groebbels, Audry et Froment, Mouriquand); de la paralysie vélo-palatine (Combemale et Duhot), des atteintes de la IXe et de la XIIe paires (Gordon), de l'agueusie (Sainton), des douleurs aux points d'émergence du trijumeau (L. Ramond); ainsi presque toutes les paires craniennes peuvent être touchées par la maladie (L. Ramond).

b. Il n'est pas très rare de noter des *troubles variés de la sensibilité*, dans le domaine des nerfs rachidiens, du plexus cervical et du plexus brachial surtout. Ce sont des algies, intenses, mobiles, cédant au massage vibratoire ou à la faradisation (Netter), des douleurs du dos (Rüssell), de la face et du cuir chevelu d'un côté (Lortat-Jacob et Hallez), des névralgies brachiales (R. Bénard).

Sainton, Tyan ont vu de l'hyperesthésie cutanée généralisée ou de l'anesthésie généralisée presque absolue; Olmer, de l'hémianesthésie; Burger et Focquet signalent de l'hypoesthésie du bras gauche. Pour Groebbels, les troubles de la sensibilité sont très rares; il n'a vu qu'une fois de l'hyperesthésie cutanée. Salmon a montré que l'E. L. peut commencer par une radiculite cervico-brachiale se manifestant par de la douleur dans un membre supérieur avec altération nette du réflexe radial; des phénomènes variés de névrite ont été observés par Claude; de la névralgie cubitale (Pic, Froment et Gardère), de la névralgie faciale avec douleurs cervico-brachio-intercostales (Sicard), des douleurs vives dans une cuisse (Harvier et Levaditi) existent parfois, surtout au début de la maladie, ainsi que des douleurs dans la région abdomino-diaphragmatique (Sicard et Kudelski) précédant des secousses musculaires (Bénard et Boissart).

c. Les *troubles de la motilité* observés dans l'E. L. sont de 3 ordres :

1. Paralytique;
2. Hypotonique ou asynergique;
3. Hypertonique.

1. Les phénomènes morbides d'ordre paralytique sont rares. Lépine a noté des phénomènes parétiques, plutôt asthéniques; Apert, Sicard ont vu l'E. L. commencer par une paraplégie flasque, survenant d'une manière brusque. Cette paraplégie a été signalée également par Brasker, Caldwell et Coombe; en général, elle s'associe à des troubles des réservoirs. Olmer a observé une hémianesthésie et une hémiparésie du même côté; Netter, Sicard et Kudelski ont signalé la paralysie des extenseurs du membre supérieur.

2. En ce qui concerne les troubles d'ordre hypotonique ou atonique et d'ordre asynergique ou ataxique, il faut surtout citer, parmi les premiers, la flexibilité cireuse des membres (Lhermitte, Groebbels) qui s'observe quand l'atonie est marquée et, parmi les seconds, la dysarthrie, la dysphonie, la dysphagie, qui sont dues quelquefois au trismus (Rüssell), le plus souvent à l'incoordination,

à l'asynergie fonctionnelle, comme dans la paralysie pseudobulbaire (Lhermitte); elles peuvent être le fait de paralysies vraies, et s'accompagnent alors de trémulation fibrillaire et d'atrophie musculaire (Netter, Bassoe, K. Wilson, Sainton, Kennedy). Sachs a observé, avec de la déviation nette de la tête à gauche, de l'adiadococinésie. Il a été signalé également de l'incoordination des membres, unilatérale ou bilatérale (Lhermitte, Groebbels), de l'ataxie (Naef) ou, plus exactement, de l'asynergie type Babinski, le membre atteint oscillant, « festonnant » (Lhermitte, Naef).

3. Les troubles d'ordre hypertonique sont nombreux et variés. L'hypertonie se traduit par des symptômes à caractère parcellaire (Widal); assez souvent les traits du visage sont comme figés (Claude, Chauffard et Mlle Bernard, Rheinardt), expriment l'indifférence et même l'hébétude; la nuque est quelquefois raide (Ramond), le malade a l'aspect « empalé » (Sainton, Lhermitte), l'attitude soudée (Lhermitte) et affecte ainsi le type pseudo-parkinsonien (Khoury, Chauffard, et Mlle Bernard, Denéchau, Papin et Blanc, P. Marie et Mlle Lévy, Laignel-Lavastine, Sohlern, Roubier et Richard, Froment). Il existe parfois, en effet, comme l'ont montré ces auteurs, ainsi que von Economo, Sicard et Bollack, Seippel, etc., de la raideur plus ou moins nette et plus ou moins étendue, parfois localisée aux extrémités (Groebbels), accompagnée ou non de tremblements. H. Roger appelle « petits signes de l'E. L. » le facies pseudoparkinsonien et la paralysie de l'incoordination.

Le tremblement, assez rare, est tantôt du genre de celui de l'alcoolisme (L. Ramond), tantôt léger et généralisé (Bonnamour) et à grandes oscillations, ou fin, du type paralysie agitante (Lhermitte, Groebbels, Sicard et Bollack), ou fibrillaire (Bonnamour et Lanne); parfois il se localise à une moitié du corps (Sainton).

Quelquefois il n'existe (Oberndorfer) qu'une simple augmentation du tonus musculaire; mais il est noté, assez fréquemment, des convulsions, des spasmes (Oberndorfer, Khoury, Chauffard et Mlle Bernard), des crises épileptiques du type Bravais-Jackson (Dumolard et Aubry, Khoury, Netter, Chauffard) ou des crises d'épilepsie généralisée (de Verbizier, Etienne, Caussade et Benech).

Il a été également observé des spasmes tétaniques (Rüssell), des mouvements généralisés, opisthotonos, arc de cercle (Stern, Sittmann), quand les phénomènes méningés sont accentués; ces attitudes, ainsi que la douleur de la nuque et l'abolition du réflexe achilléen (Méry, Combemale et Duhot, Sicard et Bollack, de Verbizier, K. Wilson), de l'excitation motrice (Siemerling), des phénomènes d'irritation pyramidale (Groebbels), le signe de Kernig net (Laubie de Donzenac, Groebbels), ébauché (Olmer), modéré (Audibert), esquissé d'un côté (Sainton), de la carphologie (Sittmann), du hoquet rebelle (Dufour), surtout vers le début de la maladie (R. Bénard, Bénard et Boissart) ont été notés.

Assez souvent s'associent à la raideur et au tremblement des mouvements involontaires, d'intensité variable, qui dominent la scène et donnent au malade l'aspect choréique (Lhermitte, Dimitz, Claude, Aviragnet, Armand-Delille et P.-L. Marie, Achard, Sicard, Lortat-Jacob, Harvier et Levaditi, etc.), choréiforme (Sittmann), parfois avec fièvre (Claude, Rose et Piédelièvre, Souques, Harvier, Comby, Netter, P. Marie), ou choréo-athétosique (Sainton, Batten et Still, Anderson, Smith, Siemerling, K. Wilson, Kennedy, Ely, Etienne, Runge, Lhermitte). Von Economo a vu également des mouvements choréo-athétosiques, mais il estime qu'ils sont rares. P. Marie et Mlle Lévy ont décrit ces mouvements involontaires, plus ou moins lents, unilatéraux ou bilatéraux, coordonnés, rythmiques, quelquefois de grande amplitude; ces mêmes auteurs ont observé dernièrement des mouvements involontaires postencéphalitiques, à localisation exclusivement linguo-facio-masticatrice; Lereboullet et Mouzon signalent un syndrome choréique grave précédé d'hypotonie.

Les myoclonies (convulsions rythmiques) ont été notées par de nombreux auteurs; soit des clonies variées (Sicard et Kudelski), soit des secousses myocloniques abdomino-diaphragmatiques (Brouardel, Levaditi et Forestier, Sicard et Kudelski, Bénard et Boissart, Sicard), soit de simples soubresauts musculaires (Sicard) ou des myoclonies vraies de groupes musculaires, de muscles isolés, de quelques faisceaux (Bourdillon et Olmer, Dumolard et Aubry, J. Lépine, Cade et Ardisson, Eschbach et Belètre, Bonnamour, Netter, Brouardel, Levaditi et Forestier, Bériel, Froment, Froment et Bouchut, Roubier et Richard, P. Sainton); ces myoclonies sont tantôt généralisées, tantôt d'un seul côté (Sicard et Kudelski, Gallavardin, Stertz); elles ont été surtout étudiées par Sicard; pour lui elles constituent non seulement une forme de l'E. L., mais une entité morbide spéciale. Toutefois, Pic a observé l'association du tableau clinique de l'E. L. avec des secousses myocloniques, ce que d'autres auteurs ont vu également. Récemment, Mouriquand et Lamy ont observé chez un nourrisson une encéphalite myoclonique avec secousse du diaphragme sans hoquet, associée à un mouvement de pronation et de flexion des doigts, à de la torpeur et à des troubles oculaires très discrets; il s'agissait donc dans ce cas d'un trait d'union entre l'E. L. et l'E. myoclonique.

Claude a rencontré, dans certains cas d'E. L., de la myotonie simple où, à de la lenteur des mouvements, à de la raideur musculaire et à de l'attitude soudée, s'ajoutaient quelques-uns des caractères de la réaction électrique myotonique : hyperexcitabilité électrique, lenteur de la décontraction au courant tétanisant. Rieux et Mme Macarian-Porcher signalent des signes très accusés de vagotonie chez un de leurs malades : bradycardie, réflexe oculo-cardiaque fortement positif, arythmie respiratoire excessive, hypotension artérielle, myosis.

Dans les cas observés récemment en Haute-Alsace traités à Colmar et à Mulhouse, il s'agissait surtout d'encéphalite myoclonique avec de l'agitation intense, de la chorée très accentuée.

d. *Troubles des réflexes.* — Pour Lhermitte, « les réflexes tendino-osseux sont très nettement exagérés, avec ou sans clonus, ainsi que les réflexes de défense et d'automatisme médullaire; les réflexes cutanés sont affaiblis; le phénomène des raccourcissements de Marie et Foix est souvent des plus nets; le frôlement de la plante du pied suffit parfois à déclencher le triple retrait du membre inférieur; les signes de Babinski, d'Oppenheim (redressement du gros orteil par pression descendante des muscles antéro-externes de la jambe), de von Monakow (élévation du bord interne du pied par excitation de la plante) sont assez fréquemment positifs ».

Combemale et Duhot ont trouvé les réflexes rotu-

liens le plus souvent vifs mais variables, et 2 fois sur 12 le réflexe plantaire en extension.

D'après Oberndorfer, les réflexes sont presque toujours normaux; Groebbels a noté quelquefois la disparition des réflexes tendineux, souvent de l'affaiblissement des réflexes de la plante du pied, une fois du clonus du pied d'un côté.

Selon Bonnamour, les réflexes rotuliens sont toujours abolis.

Chez 3 des 6 malades que Guillain a examinés, les réflexes tendineux étaient abolis, les réflexes cutanés, de défense ou d'automatisme médullaire normaux.

e. *Troubles trophiques, vaso-moteurs et des sphincters.* — Ces troubles sont assez fréquemment enregistrés; ce sont des escarres fessières, des escarres variées de position (Lhermitte), des poussées brusques de rougeur à la moindre émotion, la raie méningitique (Sainton), des sueurs abondantes (Kennedy, Khoury, Groebbels, Rüssell), de la salivation (Netter); du côté des réservoirs, on observe, soit la rétention, soit l'incontinence des urines (Lhermitte), parfois les deux alternent (Groebbels), de la rétention seule (Sicard, Dumolard et Aubry), de l'incontinence seule des urines et des matières fécales (Brasker, Caldwell et Coombe), surtout dans les formes avec paraplégie, de l'incontinence passagère des sphincters (Mantoux).

f. *Adultérations du liquide céphalo-rachidien.* — D'après les premières publications de Netter, Sainton, la ponction lombaire n'a de valeur que par ses résultats négatifs : pas d'hypertension, albumine normale, pas d'éléments lymphocytaires; de même, pour Lhermitte, il n'y a ni hypertension, ni hyperalbuminose, ni pléocytose; pour Vaidya et Bombay la déviation de la normale est extrêmement faible; selon Hél. Ingleby, on ne rencontre pas d'anomalie du liquide céphalo-rachidien, même dans la forme méningée; Dumolard et Aubry n'ont trouvé ni lymphocytose ni hyperalbuminose marquées dans l'E. L. avec myoclonies; Schlesinger, Reinhardt, qu'une pression modérée et peu de modifications du liquide céphalo-rachidien; la ponction lombaire, pratiquée après la mort, donna à Rüssell un liquide clair; Groebbels a obtenu aussi un liquide clair, de pression variable, chez les malades.

Mais des études récentes ont montré que le liquide céphalo-rachidien était assez souvent adultéré. Naef dit que la pression est parfois élevée, Mouriquand et Lamy, Combemale et Duhot constatent de l'hypertension, Froment et Gardère de l'hypertension sans éléments cellulaires anormaux. Pour Claisse, il existe de la lymphocytose modérée que von Economo avait déjà signalée; Bassoe note une légère lymphocytose et un peu d'augmentation de la globuline; Burger et Focquet, dont le cas est, il est vrai, d'un diagnostic incertain, trouvent un liquide céphalo-rachidien riche en éléments figurés; Runge a constaté peu d'hyperalbuminose et une légère lymphocytose; Stern, de l'hyperlymphocytose et une forte pléocytose; Tucker, des modifications notables du liquide : hypertension, hyperglobulinose, des réactions cellulaires; Panton, un liquide limpide avec légère hyperalbuminose et lymphocytose peu accentuée.

Achard, Netter, revenant sur sa première opinion, P. Marie, P. Courmont, Claude, Pic, Groebbels, Bonnamour, Bonnamour et Lanne, Mouriquand et Lamy, Chalier signalent de la lymphocytose, soit discrète, soit nette ou même élevée. Achard, Netter, Pic font remarquer que cette lymphocytose, tout en passant par un stade d'acmé (Netter), va en diminuant au cours de l'évolution. Pothier n'a constaté qu'une légère pléocytose, mais Combemale et Duhot ont constaté de l'hyperlymphocytose nette et l'ont vu persister alors que les signes cliniques avaient disparu. Méry a observé, comme Achard, Netter, Pic, que la lymphocytose diminue progressivement; Sicard et Bollack ont noté une forte lymphocytose et de l'hyperalbuminose. En tous cas, d'après Sicard, il n'y a jamais ni liquide trouble, ni liquide jaunâtre; ni réticulum fibrineux; de plus, Sicard et Kudelski, ainsi que R. Bénard, insistent sur la dissociation albumino-cytologique au profit de l'albumine.

L'urée a été trouvée en quantité anormale dans ce liquide par Combemale et Duhot; Mantoux signale des traces d'acétone et d'acides aminés.

Enfin, Dopter, Netter, Dumolard et Aubry, Sicard et Kudelski, Sicard et Bollack, Rathery et Bonnard, Combemale et Duhot ont mis en évidence l'hyperglycorachie allant de 0g80 à 1 g. et quelquefois davantage; elle semble être un signe assez particulier à l'E. L. (Dopter).

g. *Troubles mentaux.* — Ils sont plus ou moins accentués, mais il est assez rare qu'ils manquent complètement.

Tantôt il n'existe presque pas de troubles de la conscience, tantôt il existe du coma ou du délire survenant rapidement (Groebbels); Sicard a vu de la torpeur simple précéder la léthargie. Denéchau, Papin et Blanc, Siemerling ont observé des troubles psychiques variés; selon Sainton, il y a au moins de la modification dépressive du caractère dans les formes frustes; il est noté du marmottement continuel, de la diminution de la gaîté (Audibert), de l'hébétude qui persiste parfois longtemps (Lortat-Jacob et Hallez), de l'amnésie, de l'obtusion de l'intelligence, de la difficulté de l'idéation (Claude, Jourdanet), un état confusionnel léger avec délire incohérent intermittent (Gordon); d'autres fois, le malade somnolent surprend par sa tendance à placer un mot plaisant dans la conversation de l'entourage (K. Wilson); ou bien c'est de l'aboulie avec ou sans dépression (Lortat-Jacob et Hallez, Sainton); du délire onirique (Brouardel, Levaditi et Forestier); du délire et de l'agitation la nuit (Combemale et Duhot); des hallucinations et de la loquacité précédant l'insomnie et la léthargie (R. Bénard et Boissart); le malade tient des propos étranges et des troubles de l'intelligence apparaissent d'une façon brusque, avec la somnolence (Mouriquand et Sanerot). Comme le fait remarquer Lhermitte, en somme il existe assez souvent dans l'E. L. de l'excitation psychomotrice alternant ou non avec l'hypersomnie, du délire doux et tranquille, de nature onirique, constitué par des images de rêve, presque exclusivement visuelles et suivies de réactions motrices vives; ce délire est souvent observé la nuit ou au crépuscule; il est parfois furieux (Rüssell). Bassoe a signalé dans l'E. L. de l'aprosexie progressive; Achard décrit un élément symptomatique différent de la somnolence, « l'étonnement »; Cade et Brette ont observé des idées d'indignité et de la confusion mentale avec délire onirique et hallucinations visuelles. Le délire simple serait fréquent dans l'E. L. (Bosc).

2° *Signes secondaires concernant les autres appareils.* — a. *Appareil respiratoire.* — Souvent, dit

Groebbels, la respiration est accélérée; Froment et Gardère ont observé des mouvements de latéralité exagérés des côtes, de la polypnée sans dyspnée; vers la fin de la maladie, du rythme de Cheyne-Stokes a été noté par Olmer, Lhermitte, etc.

b. *Sang et appareil respiratoire.* — La leucocytose sanguine existe parfois, mais est toujours assez faible, surtout si on la compare à celle de la polio-myélite (Vaidya et Bombay); assez fréquemment, suivant Groebbels, Rathery et Bonnard, il y a dans le sang un peu d'hyperlymphocytose et une augmentation du nombre des leucocytes; Audibert signale de la polynucléose sanguine avec disparition des éosinophiles; Weill et Dufourt ont observé les mêmes faits, mais de l'éosinophilie au moment de la convalescence. La glycémie accompagne la glycosurie et l'hyperglycorachie (Rathery et Bonnard). La constatation de la raie blanche de Sergent (Chauffard, Cade et Ardisson) et la mesure de la pression artérielle montrent qu'il y a souvent de l'hypotension. Enfin, Brouardel, Levaditi et Forestier ont observé de nombreuses extrasystoles.

c. *Appareil digestif.* — Les troubles gastriques (Sicard), les vomissements (Rüssell, Combemale et Duhot) sont assez fréquents; la tuméfaction des lèvres, le météorisme (Groebbels), la diarrhée (Rüssell), la constipation (Combemale et Duhot) ont été notés.

d. *Nutrition.* — Dufour a vu des arthropathies à bascule des poignets; Claude, de la tuméfaction de certaines gaines tendineuses; l'épreuve de l'adrénaline a produit, entre les mains de Claude, de la glycosurie très élevée. La rate a été trouvée hypertrophiée par Groebbels, du purpura observé par H. Roger.

e. *Appareil urinaire.* — Outre l'azoturie, déjà signalée, on a observé parfois de l'hématurie (Méry), de l'oligurie (Et. May), de l'acétonurie avec acide diacétique dans l'urine (B. Sachs); d'après von Economo, la glycosurie « peut exister »; Groebbels l'a rencontrée assez souvent; elle a été observée, légère, par Rathery et Bonnard.

Il faut insister sur la variété des signes secondaires (Salisbury, Mac Nalty), sur leur protéisme (Sainton). Quant aux signes cardinaux, ils s'observent au complet dans la proportion de 30 à 80 p. 100 des cas. Groebbels, récapitulant les observations de von Economo, Rocankowski, Reinhardt, Siemerling, Naef, montre que la narcolepsie typique se rencontre dans 76 p. 100, les paralysies oculaires extrinsèques dans 65 p. 100, la céphalée et la fièvre dans 75 p. 100 des cas de l'E. L.; puis viendraient, par ordre de fréquence, les paralysies des muscles internes de l'œil, la raideur des membres, le nystagmus, les mouvements involontaires, les signes d'irritation pyramidale. La céphalée, les vomissements, la raideur plus ou moins généralisée, les spasmes et les myoclonies, signes secondaires souvent observés (von Economo), mériteraient d'être rangés — au moins pour certaines formes — dans les signes cardinaux de la maladie.

La rétraction du ventre ne s'observe jamais dans l'E. L.; l'hémoculture, la réaction de Wassermann sont toujours négatives (Guillain); Rieux et Mme Macarian-Porcher ont rencontré une fois un coccobacille dans le sang d'un malade atteint d'E. L. typique. On n'observe que très rarement l'attitude en chien de fusil et le signe de Brudzinski (flexion passive de la nuque provoquant la flexion des membres inférieurs).

II. **Formes cliniques.** — L'E. L. se présente sous des formes cliniques différentes suivant la *gravité* de la maladie, son *évolution*, le *nombre* et la *nature* des signes constitutifs du syndrome.

A. L'E. L. est, d'après K. Wilson, tantôt *bénigne*, avec un peu d'hyperthermie, de la somnolence ou des myoclonies légères, du ptosis, des paralysies oculaires peu accusées et des signes secondaires à peine esquissés; tantôt *grave* avec symptômes mentaux ou méningés accentués. A. Léri distingue des *formes frustes de début* où il n'existe d'abord qu'un peu de fatigue générale sans fièvre suivie de l'apparition soudaine des signes morbides proprement dits, et des *formes larvées de début* dont le commencement est marqué par des névralgies intenses, radiculaire ou faciale, précédant les accidents graves. Sicard a signalé des *formes frustes mono-symptomatiques* constituées par des algies cervico-brachiales et intercostales jointes à quelques soubresauts musculaires et troubles oculaires; René Bénard, des *formes frustes névralgiques* caractérisées seulement par des névralgies brachiales et un peu de fièvre, des *formes frustes myocloniques* où s'observe uniquement un hoquet rebelle. Dans la *forme ambulatoire* (L. Ramond, Lacroix et Pesme) n'existent que de la diplopie, de la somnolence peu profonde ne nécessitant pas l'alitement, un état fébrile léger; Sicard parle de *formes ambulatoires myocloniques* ou *hémi-myocloniques* et de *formes graves myocloniques* qu'il a étudiées avec Kudelski; Lhermitte, de *formes larvées* avec somnolence sans fièvre ni ophtalmoplégie. Des *formes frustes ou très frustes* ont été observées également par Sainton, par P. Marie et Mlle Lévy; dans ces formes n'étaient relevées que de la tendance au sommeil, de la modification dépressive du caractère associées à de l'hyperthermie.

Dans la plupart des cas bien établis d'E. L., on se trouve en présence d'un état grave, avec fièvre élevée, mauvais état général, somnolence ou myoclonies, associées à des troubles oculaires et à divers signes secondaires.

B. Suivant le mode d'évolution, on observe soit des formes *aiguës* rapidement mortelles, soit des *formes subaiguës* (Lhermitte) soit, beaucoup plus rarement, des formes d'abord aiguës qui deviennent ensuite *chroniques* (von Economo); la persistance de séquelles variées peut faire rentrer les cas où celles-ci sont notées dans cette troisième catégorie des formes cliniques évolutives.

C. C'est surtout par l'association de signes déterminés que se constituent les véritables formes cliniques de l'E. L. Dans la *forme complète*, léthargique vraie, il existe les trois signes cardinaux et un certain nombre de signes secondaires; les *formes incomplètes* sont réalisées quand l'ophtalmoplégie existe accompagnée de fièvre, mais sans narcolepsie vraie (Lhermitte et de Saint-Martin) ou quand il y a de l'hypersomnie sans ophtalmoplégie [Howe, Ely, Claude, Sainton, Chauffard et Mlle Bernard, Jeanselme (forme soporeuse)].

Achard a individualisé la forme où la somnolence est remplacée par *l'étonnement* ou associée à lui, Sittmann la *forme hyperkinétique*, Dimitz, Lereboullet et Mouzon, P. Marie, Sainton, etc., les formes *choréique* et *choréo-athétosique*, Sicard, seul ou avec Kidelski la *forme myoclonique*, Claude la *forme*

myotonique. Sicard et Bollack font remarquer qu'il y a nombre de chaînons intermédiaires entre l'E. L. avec narcolepsie et l'E. myoclonique. Sicard estime que l'E. L. revêt l'un des 3 aspects suivants : la *forme myoclonique*, sans troubles oculaires ni léthargie, et qui est soit pure, soit associée à des algies aiguës, la forme *oculo-léthargique*, enfin la *forme mixte* où sont réunies les myoclonies ou la chorée, et les troubles oculo-léthargiques (Bourges et Mercadier). K. Wilson distingue : les *types sous-thalamique*, *pseudoparkinsonien*, *mésocéphalique complet*, *ponto-médullaire* (*supérieur et inférieur*), *méningé, cortical* (avec léthargie, catatonie, troubles psychiques). M. Briand et Rouquier, Froment et Comte décrivent le *type mental* qui se rapproche du délire aigu. P. Kahn a vu un cas d'E. complexe successivement névralgique, psychique, choréiforme, myoclonique, léthargique, et séquelles myocloniques. Howe décrit la *forme thalamique*, Et. May une forme spéciale où la léthargie est légère, sans fièvre mais avec oligurie, azoturie, azotémie. Pour Speidel, les formes principales de l'E. L. sont au nombre de trois : la *forme avec narcolepsie*, la *forme avec rigidité musculaire* et signes de participation médullaire, celle *avec troubles psychiques.* Gordon réduit les formes de l'E. L. aux types *inférieur* et *supérieur* suivant les paralysies notées, et Chalier dit qu'il existe deux grandes variétés d'E. L. : l'une caractérisée par des *phénomènes léthargiques*, l'autre par des *phénomènes d'excitation.* Von Economo vient de décrire la forme *hyperkinéto-myélitique.*

En somme il y a lieu de distinguer les formes suivantes :

1° Les formes frustes, larvées, incomplètes ou ambulatoires;
2° La forme complète léthargique pure;
3° — — myoclonique pure;
4° Les formes mixtes et complexes;
5° Les formes rares : forme myotonique;
— — sous-thalamique;
— — thalamique;
— — méningée;
— — corticale;
— — mentale.

III. **Evolution.** — Le *début*, dans la forme complète, léthargique ou myoclonique, est assez fréquemment précédé de prodromes : malaise général, courbature, inappétence, qui persistent parfois 15 ou 20 jours (Sainton); puis surviennent, la plupart du temps d'une manière subite, les symptômes cardinaux, avec céphalée, fièvre, petits frissons. Mouriquand et Sanerot ont vu un état grippal subaigu avec amaigrissement durer plusieurs semaines, avant l'apparition brusque de la narcolepsie, Lhermitte a vu la maladie commencer par une angine, Bonnamour par un tremblement généralisé, de Verbizier par une crise épileptique, Dupouy par des douleurs et de la chorée intenses. Pour Combemale et Duhot, le début de l'E. L. est tantôt brusque avec vomissements et phénomènes généraux, tantôt insidieux et progressif avec somnolence, d'abord intermittente puis de plus en plus marquée, et suivie de troubles visuels. Le début est parfois marqué par de la névrite cubitale (Bret et Jourdanet), il est donc très protéiforme (Sicard).

La *durée* est de longueur variable : de quelques jours à plusieurs semaines, parfois de plusieurs mois (Netter), suivant que le type est aigu, subaigu ou même chronique; la période fébrile des formes frustes est courte mais la convalescence est souvent traînante. Dans le type chronique étudié par von Economo la maladie avait été d'abord aiguë, puis, alors que l'amélioration était survenue mais n'avait été qu'incomplète, des phénomènes choréo-athétosiques apparurent et aboutirent à la mort au bout de deux ans.

A la période d'état, les signes cardinaux apparaissent parfois tous les trois en même temps, mais le plus souvent *les uns après les autres*, ainsi que les divers signes secondaires qui complètent le tableau morbide (Lereboullet et Mouzon); en général c'est la somnolence qui survient la première (Combemale et Duhot), suivie de près par les manifestations oculaires, qui la précèdent quelquefois (Lhermitte).

Vers la fin de la maladie ou au moment de l'amélioration il peut y avoir des *rechutes* (Sachs), des *complications :* broncho-pneumonie (Achard), pneumonie (Achard, Lereboullet et J. Hutinel, Cade et Ardisson), abcès de la région fessière (Courcoux et Hanotte), etc.

La *terminaison* se fait soit par guérison, avec séquelles dans 20 à 25 p. 100 des cas, avec « restitutio ad integrum » dans 45 à 50 p. 100 des cas environ, soit par la mort (25 à 30 p. 100).

Les *séquelles* sont : de l'hébétude et des mouvements choréiformes (J. Lépine), de l'hébétude seule (Bonnamour et Lanne), de la démence précoce, de l'épilepsie, de la chorée chronique, du « paramyoclonus multiplex » (Bériel), qui s'installent même après des formes larvées et torpides, de la diplégie faciale, persistant alors que tous les autres symptômes ont cédé (Sainton); Lortat-Jacob et Hallez ont observé, comme séquelles de l'E. L., un syndrome spécial de la calotte pédonculaire : douleur de la face et du cuir chevelu du côté droit, avec tremblement de la tête et du corps du côté gauche; sont encore notés, comme reliquats de la maladie, des vertiges avec aspect parkinsonien et troubles digestifs (Denéchau, Papin et Blanc), des signes d'imprégnation cérébelleuse associés à des myoclonies (Chalier), de l'hémitremblement (Lortat-Jacob et Hallez), du tremblement parkinsonien (P. Marie, Combemale et Duhot), du parkinsonisme (raideur généralisée sans tremblement), rarement du Parkinson vrai (Sicard et Paraf, Souques), des paralysies et des troubles mentaux variés (Cleland et Campbell), un syndrome hémimyoclonique alterne (H. Roger et Aymes).

Sachs a vu la terminaison heureuse soudaine; Olmer l'amélioration commencer par une crise urinaire; le plus souvent les myoclonies ou la somnolence et les paralysies oculaires disparaissent en quelques jours; Lhermitte a noté la disparition lente, en un mois et demi, de la narcolepsie.

L'hyperpyrexie, surtout quand elle est brusque, annoncerait l'atteinte du bulbe (Bassoe, Bonnamour, Froment et Gardère, Harvier et Levaditi, Combemale et Duhot); la constatation de l'azotémie doit faire craindre, d'après ces deux derniers auteurs, une évolution défavorable. La mort survient soit après une complication de l'appareil respiratoire, soit par paralysie labio-glosso-laryngée (Mouriquand et Sanerot), soit, le plus souvent, dans le coma, avec rythme de Cheyne-Stokes (Lhermitte).

IV. **Diagnostic.** — Le diagnostic de l'E. L. s'établira en trois étapes : d'abord grâce aux signes notés, puis en éliminant certaines maladies; en

d'autres termes, il sera positif et différentiel. On cherchera ensuite à établir les éléments étiologique, épidémiologique et pathogénique.

A. Diagnostic positif. — Le diagnostic d'E. L. doit être posé; dans les cas frustes, avec un ou deux symptômes seulement : par exemple, le ptosis et la somnolence, ou même la somnolence seule avec fièvre légère, ou quelques myoclonies et de la fièvre. Dans les formes plus nettes, aiguës ou subaiguës, il sera basé sur la brusquerie et le type du début, la fièvre, la somnolence, l'ophtalmoplégie plus ou moins légère, plus ou moins complète, le pouls régulier et peu accéléré, la parésie faciale et quelquefois linguale, la douleur ou la raideur de la nuque (Rice-Oxley). Il n'existe pas de signe pathognomonique de la maladie; mais, suivant Morax et Bollack, la signature oculaire de l'E. L. est constituée par le ptosis double incomplet, la diplopie atypique, l'atteinte bilatérale et symétrique des divers mouvements des yeux, surtout des mouvements verticaux, l'inégalité pupillaire, la paralysie de l'accommodation. D'après Bonnamour, la paralysie de l'accommodation serait un critérium clinique; elle n'existe que dans les paralysies diphtériques et dans l'E. L. (Marfan). Dans les cas douteux, souvent une diplégie faciale viendra éclairer la religion du clinicien (Sainton); de plus la faible leucocytose sanguine, la leucocytose céphalo-rachidienne approximativement nulle, l'hyperlymphocytose modérée et tendant à la diminution, l'hyperglycorachie ont une valeur réelle.

Il y aura lieu de s'assurer de la légitimité du diagnostic des signes morbides, en particulier de la narcolepsie et des myoclonies; il faudra distinguer la première du coma, de la simple torpeur, de l'obnubilation, de la stupeur; les myoclonies ne seront pas confondues avec les spasmes, les contractures, ni même avec les mouvements choréiques ou athétosiques; elles se reconnaîtront à leurs caractères : la grande secousse, à contraction de rythme électrique, et la petite secousse — qu'il faut savoir rechercher — à cadence de métronome (Sicard).

B. Diagnostic différentiel. — Avant d'acquérir la presque certitude qu'on se trouve en présence d'un cas d'E. L., il faut éliminer un certain nombre de maladies :

A son début, l'E. L. peut être prise pour une infection typhoïdique ou paratyphoïdique, pour une pneumonie avec délire, pour une tuberculose aiguë; les signes particuliers de ces maladies, les résultats de l'examen du sang ou des crachats pourront lever les doutes.

C'est surtout avec certaines maladies générales, avec les troubles psychonévrosiques, et tout particulièrement avec d'autres affections cérébrales et diverses maladies de la moelle et des méninges qu'il faudra éviter de confondre l'E. L.

a. *Maladies générales.* — L'urémie, le botulisme, la diphtérie sont susceptibles d'engendrer un syndrome analogue à celui de l'E. L. : dans l'urémie, les caractères du liquide céphalo-rachidien peuvent être les mêmes que dans l'E. L.; dans la diphtérie et dans le botulisme il y a souvent, comme dans la maladie qui nous occupe, de la paralysie de l'accommodation avec conservation du réflexe à la lumière; il ne faut donc pas avoir une trop grande confiance dans ces deux ordres de symptômes. L'anamnèse surtout fera penser à l'urémie, au botulisme, à la diphtérie, plutôt qu'à l'E. L. Signalons que, après Marfan, Genet a étudié les troubles de l'accommodation dans l'E. L. et dans la diphtérie.

b. *Troubles psychonévrosiques.* — S'il s'agit de psychonévrose, d'E. L. de nature pithiatique (P.-E. Weill), il n'y a absolument pas de modification du liquide céphalo-rachidien; dans l'E. L., ces modifications, quelquefois légères, sont réelles : hypertension modérée, lymphocytose, hyperalbuminose légère (Claude). L'aspect clinique, la durée des signes morbides, les conditions de leur apparition, le terrain sur lequel ils évoluent ne sont pas du tout les mêmes dans l'E. L. et dans les psychonévroses, en particulier quand il s'agit de mouvements involontaires (P. Marie et Mlle Lévy, H. Roger et Chaix).

c. *Affections cérébrales.* — L'*épilepsie* et la *chorée aiguë* (Claude, Rose et Piédelièvre) ou *chronique* sont susceptibles de revêtir l'aspect de l'E. L., surtout quand la maladie débute. Une observation de quelques jours fera voir de quel syndrome il s'agit, mais souvent le diagnostic sera difficile entre l'E. L. et la chorée de Sydenham; le début brusque, aigu, fébrile, la réaction lymphocytaire éventuelle, l'hyperglycorachie rachidienne, l'absence d'arthropathies et de lésions cardiaques aideront à orienter vers l'E. L. (Claude, Achard).

La flexibilité cireuse rappelle quelquefois celle de la *démence précoce* (Kennedy), que ses caractères spéciaux, l'absence de fièvre, son évolution feront reconnaître.

Dans la *paralysie générale* et dans la *syphilis cérébro-méningée* l'hyperalbuminose et l'hyperlymphocytose du liquide céphalo-rachidien sont beaucoup plus marquées que dans l'E. L., où l'existence, il est vrai, rare, du signe d'Argyll-Robertson pourrait causer des erreurs; dans les cas douteux l'essai du traitement antisyphilitique sera tenté (Jeanselme, Sachs).

L'évolution de la maladie et les signes cardinaux permettront d'éliminer le diagnostic de *maladie de Parkinson;* mais la distinction pourra être difficile quand on aura affaire à un malade convalescent d'E. L. Le masque impassible et figé, la fixité du regard, l'absence de clignement palpébral, l'attitude raide des bras et des mains, la lenteur des mouvements, parfois le tremblement, la catatonie, la festonation dans la marche sont bien faits pour tromper le praticien, que l'anamnèse seule éclairera.

Les infections *paludique, ourlienne* (P. Weber, K. Wilson), *pellagreuse* (Obregia et Utrechte), *grippale*, les *traumatismes* peuvent provoquer des encéphalites aiguës avec léthargie; dans le paludisme, Lafora a signalé de la méningo-encéphalite à manifestations cérébelleuses, Sanz de l'encéphalopathie paludique réalisant le syndrome de Jackson; Pissavy et Quiquandon ont observé, à l'occasion d'un accès de paludisme, un état léthargique succédant à une crise convulsive et suivi d'excitation cérébrale; il s'agissait d'hystérie provoquée par le paludisme.

L'*encéphalo-myélite aiguë* de Cleland et Campbell, par ses réflexes exagérés, sa perte de connaissance, ses lésions généralisées dans l'encéphale et dans la moelle, semble ne pas être identifiable à l'E. L. De même les complications nerveuses de la *grippe* ne présentent pas les caractères cliniques et anatomopathologiques de la maladie : rarement tenaces elles sont moins graves que l'E. L. (Lhermitte). De plus

les lésions sont constituées surtout par de l'œdème cérébral; il y a peu d'adultérations vasculaires (Claude).

Froment a observé un cas d'*intoxication volontaire par le véronal* où les signes rappelaient les signes de l'E. L.

L'E. L. peut en imposer pour une *tumeur du cervelet* (Naef); il est arrivé qu'un malade atteint d'E. L. a été trépané en raison des signes d'hypertension et des spasmes musculaires d'un côté du corps qu'il présentait; pour une *tumeur du pédoncule,* où il s'observe presque toujours, toutefois, des modifications du fond de l'œil et de l'hypertension céphalo-rachidienne (Sachs). Baudouin et Lantuéjoul ont observé un cas de ramollissement cérébral ayant simulé l'E. L.

Enfin la béance de la bouche, l'effacement des plis du visage dans l'E. L. rappellent quelquefois la *paralysie bulbaire asthénique.*

d. *Affections de la moelle.* — Dans la *poliomyélite,* dans la maladie de Heine-Médin, les troubles cérébraux font le plus souvent défaut (Ramond, Lhermitte), la leucocytose sanguine est très élevée (Vaidya et Bombay), la réaction méningée est plus forte que dans l'E. L., les enfants sont de préférence atteints.

Il est rare que l'E. L. en impose pour le *mal de Pott;* cela est arrivé lors d'un état traînant de la maladie, avec algies abdomino-diaphragmatiques et paraplégie.

Notons, à côté de ces maladies de la moelle, les *polynévrites* toxiques et infectieuses; quand l'ophtalmoplégie domine la scène dans l'E. L., la maladie peut être prise pour des atteintes des nerfs, pour le syndrome de Landry ou celui de Korsakoff (H. Roger).

e. *Affections des méninges.* — L'*hémorragie méningée* (Rathery et Bonnard, Achard) peut se traduire par de la somnolence, mais elle a souvent une évolution serpigineuse (Achard), et le plus fréquemment, la ponction lombaire juge le cas.

Dans les *méningites syphilitiques et tuberculeuses,* il n'y a pas d'hyperglychorachie (Dopter), le réflexe oculo-cardiaque est absent ou faible (Litvak), le liquide céphalo-rachidien n'est ni trouble, ni jaunâtre, ni fibrineux (Sicard); l'évolution tend toujours vers la gravité (Halbron et Coudrain), le signe de Kernig, celui de Brudzinski sont toujours plus nets que dans l'E. L., la raie méningitique est fréquente (Sainton). P. Marie fait remarquer que dans la méningite syphilitique, qui peut surtout être confondue auec l'E. L., il y a une forte albuminose et une forte lymphocytose dans le liquide céphalo-rachidien; parfois le diagnostic entre l'E. L. et la tuberculose méningée est très difficile (Ribierre). Dans la *leptoméningite hémorragique* en foyer (Leichtensstern, Hessberg), il y a des troubles de la musculature des yeux, de la diplopie, mais les phénomènes méningés sont variés et très nets.

Enfin, en présence de la céphalée, des vomissements, de la somnolence, du délire, du signe de Kernig, des troubles oculaires, on pourrait penser à la *méningite cérébro-spinale;* mais dans l'E. L. le liquide céphalo-rachidien est clair, peu chargé en albumine, parfois moins albumineux que normalement, ou légèrement plus, avec peu d'éléments lymphocytaires, et ne cultive pas (Lhermitte).

C. Une fois le diagnostic positif établi, et fait le diagnostic différentiel, il restera à *diagnostiquer la forme clinique,* suivant la prédominance de tel ou tel signe, puis à fixer autant que possible l'*étiologie,* la *pathogénie* et le *mode épidémiologique* (sporadicité, épidimicité) du cas observé.

V. **Pronostic.** — L'E. L. entraîne assez souvent la mort; pour Carrol et Nesbitt celle-ci ne surviendrait que dans 23 p. 100 des cas; d'après Siemerling dans 35 p. 100; selon Groebbels dans 34 p. 100 des cas; pour Dimitz et pour Stertz la mortalité serait de 30 à 40 p. 100 des cas; pour Combemale et Duhot de 30 p. 100 en moyenne. Netter, Sainton, Lhermitte estiment que 30 à 40 p. 100 des cas de l'E. L. sont mortels; dernièrement Netter ne donne que le chiffre de 20 à 25 p. 100. La moyenne serait donc de 25 à 30 p. 100.

L'E. L. à forme myoclonique serait d'un pronostic plus sérieux (Dumolard et Aubry, Lhermitte, Bériel, Sicard, Stertz); Froment est d'un avis contraire. La hausse de la température est signalée comme étant toujours d'un mauvais pronostic (Bonnamour, etc.) de même que l'abolition diffuse des réflexes tendineux (Guillain), la tachycardie, la polypnée sans dyspnée, le remplacement de la somnolence par les phénomènes d'excitation (Lhermitte), la lymphocytose nette (Chalier).

Toutefois (Bériel), la maladie jouit d'une « curabilité relative », et le médecin n'est pas complètement désarmé contre elle.

C'est parfois par les complications et les séquelles qu'elle obère l'organisme, la guérison complète ne survenant alors qu'au bout de plusieurs mois.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 23 JUILLET 1920)

Défauts de perceptibilité radiologique des épaississements pleuraux. — M. P. Ameuille présente un cas de pachypleurite fibreuse chez une tuberculeuse ancienne où l'épaississement de la plèvre qui était supérieur à 1 cm. a échappé complètement à l'exploration radiologique et laissé intacte la transparence du thorax. Il ne s'agit pas d'un fait exceptionnel et il faut pour que les épaississements pleuraux modifient la transparence du thorax qu'ils atteignent une épaisseur d'au moins 2 cm. et même davantage, faute de quoi ils échappent complètement aux investigations radiologiques.

Syndrome adiposo-génital chez un malade porteur d'une tumeur de l'hypophyse; radiothérapie, régression des symptômes. — MM. Reverchon, Worms et Rouquier (du Val-de-Grâce). Le malade en question, porteur d'une tumeur de l'hypophyse, avec atrophie optique bilatérale, a été traité par les rayons X sans opothérapie. Les auteurs ont observé un arrêt manifeste dans l'évolution du syndrome; l'obésité a diminué, la moustache, qui avait complètement disparu, commence de repousser ainsi que les poils de l'aine et du pubis. Faut-il expliquer cette amélioration par un arrêt spontané dans le développement de la tumeur ou l'attribuer au traitement suivi?

Contracture des muscles de la paroi abdominale au cours des pleurésies. — MM. F. Ramond et Deroche ont observé la contracture des muscles droits et des muscles larges au cours de la pleurésie. Ce signe est constant au cours de tous les épanchements pleuraux de nature inflammatoire. Il est à peine ébauché dans les épanchements de nature mécanique, par contre il est très net au cours des pleurésies sèches. Ce symptôme complète celui des spinaux dont il a la même signification.



BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'Éducation des enfants anormaux et arriérés. Programme des Centres d'intérêt. Initiation à la lecture par la méthode visuelle. Extension de ce programme à l'enseignement des enfants normaux, par P. SÉCELLE et A. DEKOCK, institutrices à la Section d'enseignement spécial de la ville de Bruxelles. Préface de M. le Dr Stéphen CHAUVET. In-8, 1920, 64 fig. Prix : 10 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Plaques pigmentaires buccales et syphilis. — MM. André Léri et Cochez présentent deux malades atteints l'un et l'autre de pigmentation en plaques de la muqueuse buccale. Ils ont toujours vécu en France et il ne peut s'agir de pigmentation d'origine ethnique. Ils ne présentent pas de signes de maladie d'Addison. Mais tous deux sont des syphilitiques très anciens, l'un avec ectasie aortique, l'autre avec signes de tabes incipiens. Ce dernier a en outre un vitiligo extrêmement étendu. Or, on sait les relations qui ont été établies entre le vitiligo et la syphilis. En présence de ces faits et d'autres analogues recueillis dans la littérature, il y a lieu de se demander si certaines pigmentations buccales jusqu'ici considérées comme physiologiques ne sont pas en réalité d'origine syphilitique, s'il ne s'agit pas d'un véritable vitiligo des muqueuses spécifiques. Peut-être même peut-on penser que ces pigmentations anormales de la peau et des muqueuses sont en rapport ainsi que l'hypothèse en a été émise pour les syphilides pigmentaires (Darier) avec l'atteinte par le virus syphilitique des plexus nerveux péricapsulaires.

Pyothorax considérable par rupture d'un abcès amibien du foie dans la plèvre, guéri sans opération, par de simples ponctions, l'émétine et le novarsenobenzol. — MM. R. Proust et L. Ramond tirent de cette observation les conclusions suivantes : l'action bienfaisante du traitement émétino-arsenical ne se limite pas au foie amibien, elle peut s'étendre à certaines de ses complications. Il est donc nécessaire de l'instituer d'abord et d'une manière intensive devant toute suppuration hépatique amibienne même compliquée et de n'opérer à moins d'indication d'urgence qu'après la preuve de son insuffisance à assurer la guérison complète.

Syndrome pleuroglandulaire avec diabète insipide, efficacité de l'opothérapie hypophysaire sur la polyurie. — MM. Crouzon et Bouttier relatent l'observation d'une malade atteinte d'un syndrome adiposo-génital caractérisé par l'adiposité, l'aménorrhée, la polyurie auxquelles se joignent quelques symptômes d'apparence myxœdémateuse. Un rétrécissement hémianopsique du champ visuel, une paralysie oculaire permettent de penser à une localisation hypophysaire ou juxtahypophysaire. Le traitement par l'extrait de lobe postérieur de l'hypophyse a eu une action élective sur les signes de diabète insipide.

Un cas de scorbut parisien : étude biochimique. — MM. M. Labbé, Hagueneau et Nepveux. Les auteurs insistent sur les troubles du métabolisme protéique qui n'a son équivalent que dans certains cas de diabète avec dénutrition et qui leur paraît caractériser le trouble physiologique fondamental du scorbut.

Colite membraneuse. — MM. Florand et Girault.

Syphilis gastrique à forme de gastrite chronique. — MM. Florand et Girault.

Syphilis gastrique à forme de dyspepsie banale. — MM. Florand et Girault.

Deux observations de spirochétose ictérigène bénigne d'origine parisienne. — MM. Menetrier et Durand.

Encéphalite léthargique à forme délirante et hallucinatoire. — MM. Eschbach et Mosset.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Séance du 29 mai 1920)

A propos de la scaphoïdite. — M. Levassort rappelle, à propos d'un cas personnel, que le traitement de cette affection était inconnu autrefois et consistait en repos au lit prolongé, même plusieurs mois.

A propos de la radiothérapie dans le traitement du cancer du rectum. — M. Oppert signale les bons résultats donnés par l'emploi des tubes capillaires sur verre nu (Ban tubes) dans le traitement des cancers ampullaires et sus-ampullaires du rectum, tubes fichés en pleine tumeur au nombre de 10 ou 12 à l'aide d'une aiguille-trocart et du rectoscope et non d'une incision.

Vertiges et bourdonnements auriculaires depuis 4 ans guéris par évidement labyrinthique. (*Présentation d'opéré.*) — M. Bourguet présente un malade atteint d'otite suppurée bilatérale, postscarlatineuse, avec bourdonnements et vertiges intenses à gauche et datant de 4 ans. Evidement labyrinthique. Guérison.

De l'intervention dans les salpingites qui ne peuvent être refroidies. Utilité des lavages répétés du petit bassin. (*Présentation de pièces.*) — M. Peraire, dans des cas de salpingites suppurées ne pouvant aboutir au refroidissement, fait, les jours qui suivent l'intervention (ablation de l'utérus et des annexes), de grands lavages de l'excavation pelvienne répétés quotidiennement. L'auteur présente une soixantaine de cas heureusement terminés par cette méthode.

Les maladies de la cinquantaine. — M. Leclercq étudie, après le diabète, l'artériosclérose. Le diabète empêche ou retarde l'avènement de l'artériosclérose; le diabète, pour l'auteur, est un effort du foie glycogénique destiné à métaboliser en sucre les poisons alimentaires, les viandes surtout qui sont les plus grands facteurs du diabète et de l'artériosclérose.

Signes de probabilité et de certitude de l'appendicite chronique. — M. Dupuy de Frenelle. Pour établir le diagnostic d'appendicite chronique, la simple douleur à la pression de la fosse iliaque droite est un signe insuffisant. La perception d'un cordon douloureux qui roule en souffrant sous les doigts ou à son défaut la perception d'un trajet douloureux localisé est seul un diagnostic de probabilité. Pour que cette probabilité devienne une certitude, il faut, par la radiographie, démontrer que le cordon ou le trajet douloureux révélé par la palpation siège bien au voisinage de l'angle iléo-cæcal.

M. Peraire pense, au contraire, que l'appendice n'est pas toujours senti à travers la paroi abdominale, qu'il est souvent rétro-cæcal; il ne s'appuie pas sur ce symptôme pour opérer les appendicites chroniques.

M. Tissier est d'avis que le diagnostic d'appendicite chronique s'appuie beaucoup plus sur les troubles de l'état général que sur les signes locaux.

LIVRES NOUVEAUX

Pathologie gastro-intestinale, 5e série : **L'ulcus gastrique et duodénal** (1), par le Dr Albert Mathieu, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. Leçons réunies et publiées par le Dr Jean-Charles Roux.

M. Jean-Charles Roux a pieusement recueilli et vient de réunir en un volume les dernières leçons publiées par Albert Mathieu dans la *Gazette des hôpitaux* en 1914.

Ces leçons qui furent le couronnement de la belle vie de labeur de notre si regretté maître et ami n'ont pas eu à être retouchées. Elles conservent en effet toute leur actualité et représentent, comme le dit J.-Ch. Roux, le seul traité, récemment publié en France, sur ce sujet qui est, certes, un des plus importants de la pathologie gastrique. F. L. S.

Conseils pratiques aux jeunes mères (2), par le Dr Pierre Ménard.

Livre au courant des travaux récents et dans lequel la mère trouvera clairement exposé, sans termes techniques, tout ce qu'elle doit connaître pour bien élever son jeune enfant.

Le premier chapitre est consacré à l'alimentation des enfants du premier âge bien portants : allaitement maternel, allaitement par une nourrice, allaitement mixte et artificiel, sevrage, alimentation pendant les premières années.

Le second chapitre comprend l'hygiène infantile et le troisième traite la question des gastro-entérites et celle de l'alimentation de l'enfant malade : diète hydrique, décoctions de céréales, bouillons de légumes, etc.

Ce livre très pratique rendra grand service aux mères de famille et à toutes les personnes qui s'occupent de puériculture. L. G.

(1) In-8 carré de 276 p. avec 52 fig. dans le texte. Prix : 12 fr. — Paris, G. Doin.

(2) In-16 double couronne. Prix : 3 fr. — Paris, Bernard Grasset.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Paris. — Imprimerie Levé, 17, rue Cassette.

N° 70. — MARDI 10 & JEUDI 12 AOUT 1920. 93e ANNÉE. MARDI 10 & JEUDI 12 AOUT 1920. — N° 70.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Gobelins* 19-52

Les Bureaux et Ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de l'Assomption, le journal ne paraîtra pas samedi.

SOMMAIRE

NOUVELLES

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — La liste de présentation par le Conseil à la chaire de pathologie générale s'établit ainsi : en 1re ligne, M. le prof. agrégé Cruchet ; en 2e ligne, M. le prof. agrégé P. Mauriac.

— *Prix de la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux (1920).* — Médecine : 1re année, prix, M. Magendie ; — 2e année, prix, M. Mathey-Cornat ; mention très honorable, M. Damany ; — 3e année, prix, M. Chavannaz ; mention honorable, M. Costedoat ; — 4e année (A. R.), prix, M. Germain ; mention honorable, M. Ragot ; — 4e année (N. R.), prix, M. Plandé-Larroudé.

Prix de la ville de Bordeaux : médecine, prix, M. Ragot ; mention honorable, M. Kergrohen ; chirurgie, prix, M. Labuchelle.

Pharmacie : 1re année, prix, M. Duzer ; mention très honorable, Mlle Ferchaud ; — 2e année, prix, M. Le Rouzic ; — 3e année, prix, Mlle Désobry.

Travaux pratiques : 1re année, prix, Mlle Decroux ; mention très honorable, MM. Pery, Cousin ; — 2e année, prix, M. Lestage ; mention très honorable, M. Le Rouzic.

Chirurgie dentaire, 1re année, prix, M. Devaux ; mention honorable, M. Petit ; — 2e année, prix, M. Gonsolin ; mention très honorable, M. Berthon ; — 3e année, mention très honorable, M. Gombaud.

Stagiaires, 1re année, prix, Mlle Fourcade-Peyraube ; — 2e année, prix, Mlle Véron ; mention très honorable, Mlle Jardry, M. Gay.

Validation de stage, prix : M. Gay.

— Montpellier. — La chaire de matière médicale de la Faculté de pharmacie de l'Université de Montpellier (fondation de l'Université) est déclarée vacante.

Un délai de 20 jours, à partir de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

— Des concours s'ouvriront, le 20 février 1921, devant la Faculté de pharmacie de l'Université de Montpellier :

1° Pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille ;

2° Pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à ladite Ecole.

Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Rennes. — MM. les Drs Quentin et Huchet sont institués, pour une période de neuf ans, suppléants des chaires de pathologie et de clinique médicales.

DIPLOME DE RADIOLOGIE ET DE RADIOTHÉRAPIE. — Un arrêté, en date du 9 juillet 1920, approuve la délibération du Conseil de l'Université de Paris instituant un diplôme de radiologie et de radiothérapie de cette Université et en réglementant les conditions de scolarité :

« L'enseignement spécial de la radiologie, qui comprend des leçons techniques et des travaux pratiques à la Faculté et des stages dans les hôpitaux, doit durer deux mois. Les élèves inscrits passeront un examen devant un jury ainsi constitué : 1 professeur de physique ; 1 professeur de clinique médicale ; 1 agrégé de physique ; 1 chef de laboratoire de radiologie.

Cet examen sera sanctionné par la délivrance d'un certificat. Après deux ans de stage dans un des services de radiologie des hôpitaux de Paris ou de la province, désignés par une Commission compétente, les docteurs en médecine pourvus du certificat pourront se présenter à un examen définitif devant un jury ainsi constitué : 1 professeur de phy-

sique ; 1 professeur de clinique ; 1 agrégé de physique ; 1 chef de laboratoire de radiologie.

Les dispenses de certificat initial pourront être accordées aux docteurs en médecine ayant des titres spéciaux en radiologie. L'examen définitif donnera droit au diplôme de médecin radiologiste de l'Université de Paris. »

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur, au *grade de chevalier* (à titre posthume) :

M. Maux (André), médecin aide-major de 1re classe : en service aux tirailleurs marocains depuis leur création, n'a cessé, soit au Maroc avant la guerre contre l'Allemagne, soit en France depuis la mobilisation, de faire preuve du plus grand dévouement et du plus bel esprit de sacrifice. A été tué, le 16 juin 1915, au combat d'Aix-Noulette. Deux citations antérieures. Croix de guerre avec palme. (*J. O.*, 18 juin 1920.)

M. Lacroix (Paul), médecin aide-major de 2e classe : médecin aide-major d'un courage et d'un dévouement remarquables, d'une belle tenue au feu. Est tombé glorieusement pour la France, le 19 juillet 1918, dans la région de Parcy-Tigny. Déjà cité. Croix de guerre avec étoile de vermeil. (*J. O.*, 18 juin 1920.)

M. Le Jeune (René), médecin aide-major de 2e classe : jeune médecin, plein d'entrain et de courage. A été très grièvement blessé, le 24 octobre 1916, dans la parallèle de départ, au moment où il se disposait, avec ses brancardiers, à suivre la marche de son bataillon qui se portait à l'attaque des positions ennemies. Mort des suites de ses blessures. A été cité. (*J. O.*, 18 juin 1920.)

M. Clouzet (Pierre), médecin aide-major : médecin très actif, aussi intrépide que modeste. Tombé mortellement atteint, le 22 octobre 1918, en prodiguant ses soins aux blessés malgré un tir très violent d'artillerie. N'a cessé de faire preuve, au cours de la campagne, d'un dévouement, d'un courage digne d'éloges ainsi que des plus belles qualités professionnelles. A été cité. (*J. O.*, 19 juin 1920.)

M. Hébert (Georges), médecin aide-major de 1re classe : officier d'une grande bravoure faisant preuve en toutes circonstances d'un mépris absolu du danger, s'est dépensé sans compter pour assurer le service médical de son bataillon sous un violent bombardement, le 31 mai 1918. A été cité. (*J. O.*, 18 juin 1920.)

Ier CONGRÈS PROFESSIONNEL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DES HOPITAUX. — Comme suite aux réunions tenues à Paris en octobre dernier, où furent établies les bases d'une Association professionnelle des médecins et chirurgiens des hôpitaux, un Ier Congrès professionnel des médecins et chirurgiens des hôpitaux se tiendra à Paris, les 4 et 5 octobre, à l'occasion du Congrès français de chirurgie.

Les questions suivantes seront discutées :

« L'hôpital gratuit aux seuls indigents ; majoration des indemnités pour ces services. »

« Les malades payants, les accidentés du travail et les bénéficiaires de la loi du 31 mars 1919 (pneumonies de la guerre) dans les hôpitaux. »

« Assurances contre maladies ou accidents professionnels d'origine hospitalière. »

L'Association corporative des médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris a été invitée à apporter à ce Congrès son précieux concours.

Pour renseignements ou propositions, s'adresser au Dr Reynès, à Marseille, ou au Dr Savariaud, à Paris.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL COCHIN. (M. le prof. F. Widal.) — Sous la direction de M. le prof. F. Widal et de M. A. Lemierre, agrégé, commencera à la clinique de l'hôpital Cochin, à partir du lundi 13 septembre 1920, une série de seize leçons avec exercices pratiques.

Ces leçons auront lieu tous les jours à 14 heures au laboratoire de la clinique. Le nombre des assistants est limité à 20.

Droit de laboratoire : 150 fr.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté, guichet n° 3, les lundis et samedis, de midi à trois heures.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

A PROPOS DE L'EMPLOI DES ARSENICAUX A HAUTE DOSE EN THÉRAPEUTIQUE PULMONAIRE

Par le Dr Nidergang (de Juvisy),
Ancien interne de l'hôpital Saint-Joseph de Paris.

Le récent article du Dr Roziès sur le cacodylate de soude à hautes doses en thérapeutique (1) nous incite à faire part des résultats que nous avons obtenus par l'emploi des arsenicaux à haute dose dans le traitement des affections pulmonaires.

Employés par nous depuis fin 1919 d'une façon toute empirique car nous ignorions les travaux antérieurs sur cette question, nous avons utilisé la formule suivante : cacodylate de soude ou arrhénal à 50 p. 100 et dans quelques cas avec adjonction de 20 p. 100 de glycérophosphate de soude. Les injections ont été uniquement intraveineuses et bi-hebdomadaires à doses croissantes débutant par un centimètre cube avec augmentation d'un centimètre cube à chaque injection. La série a été de 10 à 12 injections, soit 5 à 6 g. de composé arsenical en une dose, et cela sans observer aucun accident, même chez des adolescents. Les séries alternaient avec 15 jours à 3 semaines de repos.

Utilisé dans quelques cas de tuberculose pulmonaire à lésions ouvertes, les résultats nous ont paru au début très appréciables, étant surtout caractérisés par une diminution notable des bacilles dans les crachats. Mais les réinjections semblent produire une accoutumance très rapide du bacille. Devant cette constatation nous avons totalement abandonné cette méthode dans le traitement de la tuberculose pulmonaire si ce n'est à ses débuts.

Par contre, nous basant sur les propriétés eupnéiques de l'arsenic, nous avons utilisé ce produit dans l'emphysème pulmonaire avec bronchite et dans les dyspnées asthmatiformes. Certains confrères ayant, sur nos conseils, employé dans ces derniers cas notre formule, ont constaté comme nous des résultats dépassant toute espérance. Tous les malades traités virent disparaître rapidement leur dyspnée et leur bronchite.

Nous poserons donc comme indications de l'emploi de cette méthode :

1. L'emphysème pulmonaire et les dyspnées asthmatiformes ;
2. Les congestions chroniques des bases pulmonaires ainsi que toutes les affections chroniques pulmonaires à type bronchitique ;
3. La bronchite fétide.

Les résultats obtenus sont-ils définitifs ?

Notre expérimentation est trop nouvelle pour avoir un avis concluant mais d'ores et déjà il semble que les récidives sont fréquentes. Dans tous les cas le praticien pourra rendre des services importants et rapides à ses malades, c'est souvent tout ce que l'on peut demander à la thérapeutique.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

RETRAITE POUR ANCIENNETÉ DE SERVICE

M. Laboulbène, sénateur, demande à M. le ministre de la Guerre si un ancien officier du cadre du Service de santé militaire a droit à une pension d'ancienneté (d'après la loi du 18 avril 1920), ayant démissionné comme médecin-major de 2e classe en 1901 (16 ans de services, 3 campagnes), ayant repris du service le 4 août 1914, fait la campagne en qualité de médecin principal de 2e classe et ayant été renvoyé dans ses foyers le 24 janvier 1920. (*Question du 21 mai 1920.*)

2e réponse. — Réponse négative, l'intéressé ne pourrait obtenir une pension de retraite pour ancienneté que s'il avait accompli avant et pendant la guerre un total de 30 années de service effectif (art. 4 de la loi du 16 avril 1920). (*J. O.*, 25 juin 1920.)

(1) *Gaz. des hôpit.*, 24 juillet 1920.

GREFFES TENDINEUSES ET MUSCULAIRES

Par M. MAUCLAIRE (1),
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de la Pitié.

A. Greffes tendineuses.

Elles ont été bien souvent essayées chez les animaux et chez l'homme, mais, comme je vais vous le dire, la technique est délicate.

a. Greffes chez les animaux. — Elle a été faite par Gluck (1881), Fargin, Assaky, Hoffa, Schanz, Sœggel, Kirschner, Rehn, Hatzler (1911), Levis et Davis (1911), Villard, Tavernier et Perin (1912), Bolognesi (1913), Jensen et Bartels (1918), etc.

Kirschner (1909) tenta chez le lapin la greffe libre des tendons sans le peritenonysium nutritif qui entoure le tendon. Dans la moitié des cas le greffon se nécrose; Warren, Sever, Rehn (1909), etc., insistent beaucoup sur la nécessité de greffer en même temps le tissu cellulaire nourricier péritendineux; de plus il faut mobiliser le tendon de très bonne heure.

Chez les animaux les greffes homoplastiques et hétéroplastiques ont donné des succès à Assaky et Fargin, Helferich, Hoffa, Villard, Tavernier et Perrin, Jeansen et Bartels, etc. Le greffon peut être conservé un mois à la glacière. Nageotte et Sencert ont fait des greffes homoplastiques et hétéroplastiques de fragments de tendons « morts » conservés dans l'alcool ou le formol. Pour le Profr Nageotte les substances conjonctives de l'organisme vivant sont des coagula inertes formés au contact des éléments cellulaires et leur servant d'habitat. Or, si on traite un fragment de tissu ou d'organe par l'alcool, on tue des éléments cellulaires, mais on ne modifie pas l'appareil conjonctif et, si on transplante le greffon mort dans un autre organisme, les substances conjonctives vont devenir adhérentes aux substances conjonctives dans lesquelles on les a placées, puis les fibroblastes venus des parties vivantes voisines vont envahir la greffe et la repeupler. Le tissu conjonctif du greffon tendineux va s'unir rapidement à celui des extrémités du tendon, il servira de guide et d'habitat aux fibroplastes venus des tissus voisins.

b. Greffes chez l'homme. — La greffe tendineuse fut faite par Gluck (1881), Czerny (1882), Peyrot (1886), Monod (1887), Mayo-Robson (1889), Rochet (1891), Rivière, Desguin (1896), Bouglé (1901), Scudder (1903), Sœggel (1903), Rehn, Jensen et Bartels, Mayer, etc.

Il est évident que je parle ici de véritables greffes tendineuses par interposition et non pas de transposition ni d'anastomose tendineuse.

Dans les *greffes autoplastiques*, le greffon est emprunté au tendon lui-même, Czerny (1882), ou à un tendon voisin [Rochet, Desguin, Bouglé, Hertel, Mayer, Scudder, Jensen et Bartels (1918), Henderson (1918), etc.].

Le procédé de suture par dédoublement d'un tendon et son renversement autour du pédicule pour le suturer à l'autre bout tendineux, procédé de Czerny, est en somme une greffe tendineuse pédiculée.

Ainsi, l'emprunt du greffon peut être fait au tendon lui-même (Czerny), à un tendon voisin : au petit palmaire, au grand palmaire, aux fléchisseurs, au tendon rotulien, au ligament rotulien, au tendon d'Achille, etc.

Il faut bien le dire, les résultats ne sont pas toujours satisfaisants, car si on remue trop tôt le tendon on le détache, si on le remue trop tard il adhère aux tissus voisins.

Aussi on a conseillé de l'entourer dans une veine saphène (Schepelmann, Bolognesi, Duvergey), ou encore de l'entourer de fragment de séreuse, sac herniaire ou de graisse, ce que j'ai fait. Une greffe tendineuse bien enfouie sous la peau a bien des chances de réussir. Mais si elle est tout contre la peau et surtout si celle-ci est amincie, mal nourrie, le greffon, même entouré de sa gaine celluleuse nourricière, a bien des chances de se nécroser ou d'adhérer à la peau.

Personnellement j'ai pratiqué la greffe tendineuse empruntée soit à un tendon voisin pour les tendons fléchisseurs des doigts, soit au grand et au petit palmaire. Mais au niveau de la paume de la main et au niveau des doigts, les succès de la greffe sont rares, car la peau est souvent très altérée et le tendon adhère vite ou se sphacèle. Il vaudrait mieux faire au préalable une autoplastie cutanée et dans une deuxième séance opératoire tenter la greffe tendineuse.

Les *greffes homoplastiques* ont été faites par Lexer (1907), Rehn (1917).

Les *greffes hétéroplastiques fraîches* ont été souvent essayées en empruntant les tendons au lapin, au veau, au chien; Peyrot (1885) a greffé chez l'homme un fragment de tendon de chien avec succès partiel, et Monod (1886) un fragment de tendon de lapin avec succès complet.

Les greffes hétéroplastiques « mortes » ont été utilisées par Nageotte et Sencert qui ont eu recours aux tendons de chiens stérilisés dans l'alcool.

Sencert, Auvray, Soler, Jalifier ont greffé, avec succès, chez l'homme, des tendons préparés suivant la technique de Nageotte.

*
* *

En somme, quand les conditions de l'opération sont bonnes, c'est-à-dire quand la peau voisine est saine, les tissus voisins parfaitement aseptiques, la greffe tendineuse vivante autoplastique ou homoplastique ou les greffes mortes hétéroplastiques suivant la technique de Nageotte, doivent assez souvent réussir.

B. Greffes musculaires.

Des travaux récents ont attiré l'attention sur cette variété de greffe et donneront peut-être des résultats intéressants.

a. Greffes chez les animaux. — Wiesmann dit avoir réussi un cas de greffe musculaire chez les oiseaux et quelques cas chez des grenouilles.

Les expérimentateurs suivants : Gluck (1881), Helferich (1882), Salvia (1882), etc., ont eu des résultats un peu contradictoires. Cependant Gluck dit avoir greffé, avec succès, de poule à poule, un fragment musculo-tendineux du tendon d'Achille.

Salvia réussit une hétérogreffe de lapin sur chien d'un fragment du droit antérieur. Capurro dit qu'il n'a eu que des insuccès dans 25 cas de tentatives de greffes libres. Un fragment des muscles biceps d'un côté peut être greffé sur le muscle biceps du côté

(1) Leçon faite à l'hôpital de la Charité.

opposé (Helferich, Erlacher). Mais que devient le greffon musculaire ?

Pour Magnus (1890), Volkmann, Mutach, Riedinger, Capurro (1900), Hildebrandt, le greffon s'atrophie ou il devient fibreux.

Au contraire, le tissu musculaire greffé peut vivre ou se régénérer d'après Rilbert, Saltikow, Jores, Schmidt, Archanazy, Rejdeskensky, Kuttner, Landois, Göbell, Janu, Erlacher, etc. Jores et Schmidt pensent que si, aussitôt après la greffe, on faradise le muscle qui l'a reçue, il se fait une régénération des fibres musculaires greffées ; en somme la greffe réussirait. Askanazy (1912) croit qu'il y a, à la fois, nécrose puis régénération du greffon.

Pour Caminiti, pour peu que le segment musculaire greffé soit volumineux, il se transforme en tissu fibreux. S'il est petit, il se ferait une réelle régénération musculaire du greffon remanié par le tissu musculaire voisin.

Lange, Vulpius, Wolff ont essayé d'interposer des fragments de muscles entre les extrémités d'un tendon après résection d'un fragment de ce tendon. Les résultats sont douteux. Dans toutes ces expériences il ne faut tenir compte que de celles dans lesquelles il y a eu des examens histologiques de contrôle.

Vulpius, Rydygier, Capurro, Deschin ont par contre réussi des greffes musculaires pédiculées et Hildebrandt la greffe de muscle en lui conservant ses vaisseaux et son nerf comme pédicules.

La transplantation libre de fragments musculaires a été essayée aussi par Göbell et Otto (1913). Le greffon fut réimplanté sur place et, quand on électrisa consécutivement le muscle, le greffon parut avoir repris, car on trouvait du tissu rouge à sa place. Si on n'avait pas électrisé le greffon, c'est du tissu fibreux que l'on trouvait.

Haberland implante un nerf dans le greffon musculaire et celui-ci conserverait alors sa structure après cette neurotinisation que Gersuny avait déjà faite dans un muscle paralysé.

Erlacher (1915) fait une greffe musculaire pédiculée implantée dans un greffon musculaire intercalé dans un muscle. Il constate que du greffon musculaire pédiculé partent des fibres nerveuses qui vont aboutir dans le greffon musculaire intercalé dans le muscle voisin. Il se produirait des plaques motrices dans le tissu musculaire du greffon, à l'extrémité de ces fibrilles nerveuses qui sont pénétrées dans celui-ci. L'électrisation démontrerait la contraction du greffon. Les expériences d'Erlacher me paraissent avoir une très grande importance.

b. Greffes chez l'homme. — Citons simplement, d'après Paul Bert, les cas légendaires de Sancassani et Baronio qui auraient vu un vendeur de baume s'enlever un morceau de muscle du bras, le remettre en place et la plaie guérir ! Ces deux auteurs ont eu la croyance facile !

Blandin aurait fait une greffe cutanéo-musculaire sur la paupière supérieure en y transportant le muscle sourcilier adhérant à la peau. P. Bert dit que les mouvements observés ensuite étaient peut-être dus simplement aux fibres ménagées de l'orbiculaire.

Au point de vue de la technique opératoire, les chirurgiens ont fait tantôt la greffe musculaire libre, tantôt la greffe pédiculée.

La *greffe libre* a été utilisée dans les cas suivants : Howard (de New-York) greffa, sur des petites plaies cutanées, des fragments du muscle biceps et la cicatrisation fut rapide. Mais rien ne prouve qu'il y ait eu greffe en réalité dans ce cas. C'est peu probable.

Helferich, cité par Salvia, aurait réussi une hétérogreffe, greffe d'un biceps crural de chien pour remplacer chez l'homme le biceps huméral.

La greffe musculaire libre a été aussi essayée pour combler des pertes de substance de la trachée (Hofmeier, 1911), du diaphragme.

Comme *agent hémostatique* le greffon musculaire a été souvent utilisé pour les plaies du foie par Payr et Martin, Opokin et Schamoff, Laeven, Pampers, Negri, etc. ; pour les plaies du cœur par Lœwen, Juraz ; pour les plaies du cerveau au niveau des circonvolutions ou au niveau des sinus, par Horsley, Mintz.

Dans tous ces cas le greffon adhère et peu à peu il se transforme en tissu fibreux, ou graisseux, ou cireux (Salvia).

La *greffe musculaire pédiculée* a été faite dans les cas suivants :

Dans la hernie inguinale compliquée d'atrophie du tendon conjoint et de la région voisine avec éventration, on abaisse comme renfort un lambeau pédiculé du grand droit de l'abdomen (Rydigier, Coffey, Oschmann, Ehler, Göbell, Schley, etc.).

J'ai souvent eu recours à ce procédé de renforcement. Streissler a utilisé le tiers supérieur du couturier, et E. Schwartz le droit antérieur de la cuisse. Dans le cas de hernie crurale, le couturier, le pectiné sont souvent détachés assez bas, relevés et enfoncés dans le canal crural. J'ai souvent utilisé cette greffe du pectiné dans ces cas.

Dans les éventrations latérales de la paroi abdominale (Grekow), dans les hernies diaphragmatiques, un fragment musculaire pédiculé est pris au voisinage comme élément de renforcement.

Je ne parle pas des transpositions de muscles (pectoral sur l'omoplate, etc.), car ce ne sont pas des greffes pédiculées en réalité.

Après les arthrolyses pour ankylose, Conrad a interposé un fragment de muscle entre les extrémités osseuses, mais, à mon avis, ce n'est pas là non plus une greffe à proprement parler.

Pour combler les cavités osseuses ostéomyélitiques la greffe musculaire pédiculée a été faite par Schulten (1897), Ch. Nélaton (1910), Frangenheim, Marpugo et Martin, Sawicki (1913), Huguier, Lévy, Grégoire, Tavernier, Lefèvre.

Récemment, Uyamha et Marie Lavrova (1917), dans leurs nombreuses expériences avec des lambeaux musculaires libres ou pédiculés, ont constaté que le greffon se transforme peu à peu en tissu conjonctif, mais il provoque une ostéogénèse par irritation de la moelle et du périoste ; la cavité s'oblitère peu à peu. Sous le périoste il se fait une épaisse couche osseuse, la cavité est envahie peu à peu par du tissu osseux venant de la moelle et de la couche sous-périostée.

Dans un cas récent j'ai fait une greffe musculaire pédiculée pour combler la cavité d'une tête humérale que j'avais évidée pour une ostéoporose de cause indéterminée. Lapointe a fait de même pour un cas semblable.

Récemment, le profr Pierre Delbet a rapporté plusieurs cas de greffe musculaire dans des poches pédiculées d'abcès froids costaux.

Dans une opération ingénieuse, Sandelin, après une résection de la lèvre inférieure pour épithé-

lioma, a dédoublé la lèvre supérieure et le lambeau muco-musculaire encore adhérent au niveau des deux commissures, par conséquent pédiculé, a été abaissé sur la partie cruentée de la lèvre inférieure.

La transplantation d'un *fragment de muscle avec son nerf* a été essayée par Göbell (1913) dans un cas de paralysie ischémique de Volkmann. Les muscles fléchisseurs superficiels et fléchisseurs profonds furent sectionnés un peu au-dessus de l'apparition du tendon. Un écart de 4 cm. se produisit. Dans cet espace, Göbell greffa un fragment du couturier avec son nerf et un fragment de la languette supérieure du grand oblique avec le rameau du 10e intercostal; puis le rameau nerveux du couturier et celui de la languette du grand oblique furent greffés dans le nerf médian au point où l'électrisation montra qu'il y avait des fibres motrices dans ce nerf. L'amélioration des mouvements des doigts fut, paraît-il, très grande.

Göbell pense qu'il y eut d'abord une nécrose du greffon musculaire, puis, grâce à la greffe nerveuse, une régénération du greffon se produisit. De plus, la rétraction du fragment nécrosé rapprocha les extrémités musculaires l'une de l'autre. En somme, il n'y aurait pas eu greffe en réalité.

J'ai souvent pensé chez des blessés de guerre à faire cette transposition d'un fragment de muscle avec son nerf adhérent, mais les conditions anatomiques s'y prêtent rarement, car le nerf est souvent trop court.

Erlacher (1915), pour une paralysie du muscle tibial antérieur, a greffé dans ce muscle un fragment de l'extenseur des orteils pour le neurotiniser indirectement, comme je l'ai dit il y a un instant, et il a constaté, par l'électrisation, 4 mois après, la contraction du muscle tibial antérieur.

Nutt (1917) a pratiqué d'abord chez des chiens la greffe d'un muscle sain sur un muscle voisin paralysé, et il a constaté aussi que *des fibrilles nerveuses partent du muscle sain et vont neurotiniser le muscle voisin paralysé*. Puis il a fait la même opération de greffe dans 16 cas de paralysie infantile, il a obtenu des résultats encourageants.

*
* *

En somme, en ce qui concerne la réparation de la paralysie musculaire, la greffe musculaire libre ne donne que de très médiocres résultats, mais la greffe pédiculée, la greffe avec pédicule vasculaire et nerveuse, la greffe avec neurotinisation directe ou indirecte (Erlacher, Nutt) pourraient donner des résultats très intéressants au point de vue pratique. Il y a là matière à de très utiles recherches de chirurgie expérimentale.

ACTUALITÉS

L'ERGOTISME

De nos jours, on voit assez rarement l'ergotisme chronique d'origine alimentaire et plus rarement encore l'ergotisme thérapeutique; mais jadis des populations entières se nourrissaient de seigle contenant de l'ergot. L'affection était commune; elle avait parfois des allures de véritable épidémie.

« Le pain de seigle, écrivait Dalechamps au XVIe siècle, donne une nourriture ferme au corps pourvu que le seigle soit bon; mais si le seigle est corrompu et gâté, il engendre de mauvaises humeurs. » Assez prolixe d'habitude, notre auteur est sobre de détails pour une maladie qui, sous sa forme convulsive, venait, en 1581, de décimer la population de Lunebourg (Hanovre), et dont les manifestations gangréneuses étaient connues de beaucoup plus lointaine date.

Certes, ce n'est pas que le pain de seigle ergoté ne soit facile à reconnaître pour peu que l'ergot y soit assez abondant. Il fermente mal; il reste gluant et nauséeux; sa couleur est violacée; son odeur désagréable; sa saveur âcre et mordicante à la fois; mais il faut compter avec l'ignorance et les besoins du paysan d'autrefois, avec son indocilité et sa négligence de toujours.

Vétillard, qui décrivit en 1770 l'épidémie qui sévissait dans le Maine, a fait un triste tableau de la vie du paysan de son temps. « Un pauvre homme de Noyen, raconte-t-il, voyant un fermier cribler son seigle, lui demanda la permission d'enlever le rebut pour faire du pain; le fermier lui représenta que ce pain pouvait lui être préjudiciable; mais le besoin l'emporta sur la crainte. Le pauvre homme fit moudre ces criblures composées d'ergot pour la plus grande partie; il forma du pain de cette farine. Dans l'espace d'un mois, cet infortuné, sa femme et deux de ses enfants périrent misérablement. »

Encore en 1798, Bulliard pouvait écrire : « Qu'il est aisé de se représenter le danger et qu'il est difficile au malheureux qui attend sa récolte pour satisfaire aux pressants besoins de sa subsistance de ne pas s'y exposer. Il faut du pain. Qu'il soit blanc ou noir, cuit ou non, bon ou mauvais, on le mange. On est encore étonné, lorsqu'on prend la peine de réfléchir sur la manière dont se nourrissent les habitants de certaines contrées, de n'en pas voir la destruction se porter beaucoup plus loin. »

Les grandes épidémies d'autrefois présentaient, suivant les pays, suivant les époques, deux sortes de manifestations différentes. Ici l'intoxication était surtout convulsive; là surtout gangréneuse. Ce sont la raphanie spasmodique et la raphanie nécrotique de Plenck.

Toutes deux ont une phase prémonitoire d'ivresse ergotique au delà de laquelle, du moins pour la clarté de l'exposition, il faut les considérer séparément.

Quand le pain de seigle ne contient que très peu d'ergot, son usage ne produit aucun accident notable; mais j'ai peine à admettre l'opinion de Trousseau et Pidoux que cette innocuité se poursuit complète « lors même que pendant de longues années cet aliment fait tous les jours la base de la nourriture ».

En revanche, dès que la proportion de l'ergot atteint environ le cinquième du grain, on observe une sorte d'énivrement gai, assez voisin de l'ivresse que donne le vin, sans le dégoût et les malaises que celle-ci laisse après elle. « Ceux qui l'éprouvent s'y complaisent, poursuivent les mêmes auteurs. Les paysans savent très bien que les phénomènes qu'ils éprouvent sont dus au pain qu'ils mangent habituellement, et, loin de s'en dégoûter, ils s'en font une habitude comme les fumeurs et les mangeurs d'opium. » Pourtant, cet usage longtemps continué d'un aliment toxique provoque précisément l'abrutissement des opiophages et des ivrognes et les troubles digestifs, déjà à cette période, ne sont pas rares.

Bientôt d'ailleurs surviennent des accidents plus graves et l'on doit emprunter ici aux récits du temps.

J. A. Scrinci décrit ainsi l'épidémie de 1736 en Bohême : « La maladie débute par une sensation incommode aux pieds, sensation analogue à une sorte de titillation ou de fourmillement; bientôt une vive cardialgie se déclare et les mains et la tête ne tardent pas à être affectées. En outre les doigts sont contractés avec tant de force que les articulations paraissent comme luxées et qu'il faut employer une grande vigueur pour les redresser. »

Parfois, les contractures se font, au contraire, en extension ; toujours elles gagnent les grandes articulations et si bien que le malade tantôt est couché, pelotonné sur lui-même, tantôt droit et roide comme un pieu.

Les spasmes aussi atteignent la face et la torsion de la bouche, le strabisme rappellent l'accès d'épilepsie. « La bouche est remplie d'une écume presque sanguinolente ou jaune verdâtre; souvent la langue est déchirée par la violence des convulsions ; elle se tuméfie quelquefois au point d'intercepter la voix et de donner lieu à une abondante sécrétion de salive. Les malades font entendre des cris aigus et sont dévorés par un feu qui leur brûle les pieds et les mains.

« Ces symptômes sont suivis d'une faim canine et il est rare que les malades aient de l'aversion pour les aliments. Après les douleurs, la tête est pesante; il survient des vertiges et les yeux se voilent d'un nuage tellement épais que certains sujets deviennent aveugles ou voient les objets doubles; les facultés intellectuelles sont perverties; la manie et la mélancolie se déclarent.

« Presque tous ceux qui ont éprouvé des accidents épileptiformes succombent. »

Cette description ancienne de la forme convulsive de l'ergotisme chronique, qui avait reçu les noms expressifs de convulsion céréale, maladie du fourmillement, maladie de la crampe, est assez complète.

Scrini a bien vu l'intermittence des accès convulsifs qui duraient parfois plusieurs heures, apparaissant surtout le matin pour cesser au milieu du jour; il a bien observé, dans l'intervalle des accès, tantôt l'excitation portée jusqu'au délire, tantôt l'abattement allant jusqu'au coma; il a justement noté la mortalité très grande d'une affection qui, dans certaines épidémies, enleva les 3/5 des malades. Dans cette forme, les avortements étaient fréquents.

Quand le malade devait échapper à la mort, les accès diminuaient d'intensité et de fréquence, puis s'éteignaient; mais l'affaissement intellectuel, parfois l'imbécillité, pouvaient persister longtemps. Beaucoup restaient faibles, paralysés ou avec des contractures locales, atteints de surdité, de cataracte ou d'amaurose.

Dans l'ergotisme thérapeutique, tel qu'il a pu être observé de nos jours, tel qu'il a été décrit par Chatin et Collet, après 30 injections d'ergotine de Lamante faites à l'occasion d'un fibrome utérin, les symptômes précédents se retrouvent, mais naturellement fort atténués. Ce sont toujours des fourmillements intenses, de l'engourdissement des doigts, des crampes surtout nocturnes dans les membres inférieurs.

Ici encore, il y eut des accès et des accès matinaux, sans fièvre, qui débutaient par un grand frisson suivi d'un violent tremblement musculaire et de claquement des dents. Les troubles circulatoires provoquaient de la congestion de la face et une asphyxie violette des extrémités.

Avec la forme gangréneuse, la necrosis cerealis de Plenck, le tableau change. Un texte peu connu de Lémery le donne en raccourci. « Le mal, dit-il, porte par tout le corps une manière de gangrène sèche; les membres se corrompent dans leurs jointures; ils deviennent livides, noirs; ils se détachent et tombent l'un après l'autre; puis enfin la personne meurt. »

Au début, ce sont, dans les membres menacés, des fourmillements, des picotements, une sensation de brûlure, puis de froid glacial, qu'accompagnent des douleurs très vives.

Le plus souvent l'affection atteint d'abord les membres inférieurs et les orteils sont les premiers frappés. Puis, et j'emprunte ici la description de François partout citée, « la douleur monte, s'empare du pied et gagne la jambe. Le pied devient bientôt froid, puis pâle, puis livide. Le froid s'empare de la jambe qui est très douloureuse et le pied est devenu insensible. Les douleurs sont plus vives la nuit que le jour. Il y a de la soif; l'appétit se soutient et le malade fait régulièrement ses fonctions. »

« Il ne peut se mouvoir, ni se soutenir sur ses pieds. Bientôt il paraît des taches violettes, des ampoules. » En même temps, le pouls devient petit, la circulation locale se ralentit et finit par disparaître, « la gangrène se montre avec toute son horreur et monte jusqu'au genou. La jambe se détache de son articulation et laisse voir une plaie vermeille qui se ferme avec facilité », à moins que des infections secondaires ne viennent encore assombrir le tableau clinique.

Dans cette forme, où les avortements seraient rares, on a signalé encore l'arrêt de la sécrétion mammaire, la formation de cataractes, des hématuries et des hématémèses rebelles, aussi rebelles que celles de la diathèse hémorragique, dit Davidson.

Les deux formes de l'ergotisme chronique apparaissent dans ces descriptions nettement distinctes. Dans la réalité, elles sont quelquefois mêlées et l'épidémie de Flandre, par exemple, en 1749-1750, celle qui sévit dans la Haute-Hesse en 1856, et dont Heusinger a conservé la relation, constituent des épidémies mixtes d'ergotisme convulsif et d'ergotisme gangréneux.

De même, convulsions et nécrose se retrouvent associées dans une étude moderne de Tabourin sur les effets toxiques de l'ergot chez les animaux. « Les signes les plus ordinaires de l'ergotisme sont, dit-il, les suivants : hébétement, regard fixe, vertiges, pupilles dilatées, ivresse, coma; tremblements musculaires d'abord, puis secousses convulsives, attaques tétaniques surtout dans les membres postérieurs qui deviennent ensuite faibles et se paralysent; station vacillante, marche lente et difficile; faiblesse générale, amaigrissement progressif; pouls lent et misérable; peau froide; poils ternes, membres, oreilles, cornes, queue ayant perdu leur chaleur naturelle; écoulement séro-muqueux et parfois sanguinolent par les narines, engorgement froid des membres; points noirs, taches livides, plaies gangréneuses, gangrène sèche du bec et de la langue chez les oiseaux, des oreilles, de la queue, des phalanges, des membres qui se détachent peu à peu et pièce par pièce du tronc, sans inflammation ni douleur. »

Enfin, une observation de Dufour et Haber, souvent rappelée, encore qu'elle ait trait à un cas d'intoxication aiguë et non chronique, présente ici grand intérêt parce qu'elle montre associés phénomènes

convulsifs et gangrène. Il s'agit d'une femme, enceinte de 5 mois, transportée à l'hôpital en plein coma ergotique. Les manifestations convulsives furent les premières en date ; l'état de la malade était désespéré. On fut pourtant assez heureux pour la sauver et c'est alors, après coup, que les accidents gangréneux se manifestèrent.

Dès lors un problème pathogénique se pose. Si l'ergot est à l'origine de tous les accidents qu'on a décrits, dans quelles circonstances ses effets sont-ils convulsifs surtout? Dans quelles autres surtout gangréneux? Sous quelles influences convulsifs et gangréneux tout à la fois?

Les auteurs anciens qui avaient remarqué que les épidémies sévissaient sous la première forme en Allemagne et en Russie, sous la seconde dans notre Sologne française, invoquaient simplement les influences climatériques. La raphanie était spasmodique dans les pays froids, nécrotique sous un climat chaud, mixte en une région intermédiaire comme la Flandre ; mais Plenck lui-même hasarde cette explication sans paraître y croire. A la vérité, plusieurs épidémies de Silésie, où la gangrène fut le phénomène prédominant, s'inscrivent en faux contre une théorie qui, par surcroît, déplace le problème sans le résoudre.

Arnozan émet une opinion assez curieuse. « La forme gangréneuse, la plus grave, dit-il, survient plus particulièrement après l'usage de l'ergot frais ; la seconde après l'ingestion de farines conservées ; particularité qui s'accorde bien avec la notion déjà ancienne que le seigle ergoté perd assez rapidement ses propriétés thérapeutiques. » Sans compter qu'il faudrait établir qu'Allemands et Russes consommaient l'ergot frais et les Solognots seulement des farines conservées, il semble y avoir là une pétition de principe. D'une donnée sûre que l'ergot s'altère facilement, d'une appréciation discutable que la forme gangréneuse est la plus grave, on tire le reste par raisonnement, mais on oublie la démonstration. En fait, les manifestations convulsives furent aussi redoutées et tout autant mortelles que les manifestations gangréneuses et je ne puis souscrire à cette opinion de Granel que « l'aspect effroyable (de la forme gangréneuse) contraste singulièrement avec la bénignité relative de l'ergotisme qui ne se traduit que par des phénomènes convulsifs ». A s'en tenir donc aux seules déductions logiques, on pourrait poser des conclusions tout juste opposées à celles d'Arnozan.

Si l'on veut raisonner sur des hypothèses, on peut bâtir bien des théories. En voici une, par exemple, que je donne pour ce qu'elle vaut. « Lorsque le pain de seigle ergoté est épais, peu cuit, remarque Bouchardat, il est beaucoup plus dangereux que lorsqu'il est sous forme de galettes plates, durcies par une cuisson longtemps continuée. » Il paraît certain en effet que la cuisson, — comme d'ailleurs la fermentation panaire, — diminuent plus ou moins l'action toxique de l'ergot. On admet, d'autre part, assez volontiers que ce sont les doses élevées du poison qui causent les convulsions et les doses moindres la gangrène (Holmes). Rapprochez les deux faits et concluons. Le mode différent de fabrication du pain a pu déterminer des épidémies différentes. Mieux fait et plus cuit en France, le pain de seigle ergoté a causé le mal des Solognots. Mal cuit et préparé à la diable, il a fait la maladie de la crampe des Allemands.

Bonjean a émis une autre théorie. « La même quantité d'ergot, dit-il, peut également déterminer l'ergotisme convulsif ou l'ergotisme gangréneux, suivant qu'on aura mis plus ou moins de temps à la consommer. Ainsi, par exemple, 4 onces d'ergot, toujours en pain, prises en peu de jours, peuvent donner lieu à des accidents nerveux seulement, tandis que la même dose produirait très probablement la gangrène si elle avait été employée en petite quantité pendant 20 à 30 jours consécutifs. »

D'autres ont soutenu que, dans les épidémies du passé, l'ergot n'intervenait pas seul et cela expliquerait que, lors de l'épidémie allemande de 1740-1741, la population du duché de Brunswick fut relativement épargnée, bien que l'ergot y eût été plus abondant dans la moisson que dans les pays voisins où sévissait la raphanie.

On est frappé, en réalité, quand on lit, par exemple, le tableau de l'empoisonnement par l'ivraie des ressemblances qu'il offre avec l'empoisonnement par l'ergot. Dans la description qu'en donne Cornevin, dans celle de Baillet et Filhol, nombreux sont les symptômes qui peuvent se superposer aisément à ceux de l'ergotisme et seuls les grands symptômes circulatoires d'asphyxie locale ne sont point mentionnés.

Or, trois variétés de l'ivraie enivrante sont vénéneuses : le lolium leptochœton, le lolium macrochœton, le lolium oliganthum ; et facilement le grain d'ivraie peut se trouver mêlé à celui des céréales. A une époque où la condition des paysans était malheureuse, où l'épuration des grains était loin d'être ce qu'elle est aujourd'hui, les intoxications par l'ivraie devaient donc être fort communes et, dans les mélanges de lolium temulentum et d'ergot, la proportion variable de l'un et de l'autre a pu déterminer des caractères épidémiques particuliers.

Il y a plus. Beaucoup tendent à penser que c'est un champignon parasite qui donne à l'ivraie ses propriétés enivrantes et toxiques. Prillieux et Delacroix lui ont donné le nom d'endoconidium temulentum. Or, le seigle n'est pas seulement envahi par l'ergot ; il peut l'être encore par l'endoconidium temulentum. Dès lors, sans qu'il soit besoin de faire intervenir l'hypothèse d'un mélange dans l'alimentation d'ergot et d'ivraie, on conçoit que la seule farine de seigle gâté puisse causer des accidents où les symptômes de l'intoxication ergotique sont mêlés à ceux attribués habituellement à l'ivraie.

D'autres associations parasitaires ou non, et Murray en donne une longue liste, d'autres altérations des farines peuvent modifier également le génie épidémique et toutes les hypothèses sont possibles quand il s'agit de faits anciens.

Il est difficile de saisir après coup la vérité et le traitement que nos aînés opposèrent à l'ergotisme ne nous éclaire pas mieux que les discussions académiques qu'ils nous ont laissées.

Sans parler de la chair de pies cuites que Sprengel recommandait contre l'ergotisme convulsif, du lait donné par Plenck comme un antidote pour la raison que les enfants allaités par une mère raphanique n'étaient pas intoxiqués, les médications que rapporte Cazin sont bien loin d'être spécifiques. C'est à peine si l'on en peut retenir l'emploi de l'opium qui, par l'intermédiaire du système nerveux, peut produire le relâchement des parois vasculaires et qui, en tous cas, calme la douleur.

A. GARRIGUES.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 26 JUILLET 1920)

L'épreuve de l'hémoclasie digestive et l'hépatisme latent. — MM. WIDAL, ABRAMI et JANCOVESCO ont montré dans une note précédente (1) que chez les sujets atteints de maladies du foie avérées, telles que cirrhoses de types divers, ictères infectieux et toxiques, asystolie hépatique, cancers, l'épreuve de l'hémoclasie digestive permet de mettre en évidence, avec une grande netteté, l'insuffisance du foie à arrêter les produits protéiques incomplètement élaborés qui, au cours de la digestion d'un aliment azoté, pénètrent de l'intestin dans la veine porte. Dans ces cas, l'insuffisance protéopexique du foie se superpose aux autres insuffisances fonctionnelles de cet organe.

L'étude longtemps poursuivie d'un cas d'ictère aigu spirochétosique a permis aux auteurs de constater que, au cours de troubles hépatiques légers, on peut observer une dissociation entre l'insuffisance protéopexique et les autres insuffisances fonctionnelles du foie, et que la première peut encore déceler des altérations hépatiques qui ne se traduisent par aucun symptôme.

A la suite de cette constatation les auteurs ont été amenés à effectuer une série d'investigations dont les résultats ont été très importants.

Il est une classe de produits thérapeutiques qui permettent de poursuivre chez l'homme une étude véritablement expérimentale de l'insuffisance hépatique à tous les degrés, ce sont les *arsenobenzènes*. Jusqu'ici on ne connaît, en clinique, que les grandes formes d'hépatites produites par les injections d'arsenobenzols : les ictères. Grâce à l'épreuve de l'hémoclasie digestive, les auteurs ont pu se rendre compte que les altérations hépatiques sont constantes au cours du traitement par le novarsenobenzol ; qu'elles apparaissent d'une façon très précoce, et avec l'emploi de très faibles doses ; qu'elles sont susceptibles de persister plusieurs semaines après la cessation des injections.

L'ictère, seul étudié jusqu'ici, ne représente que la forme la plus sévère et, à vrai dire, exceptionnelle, de cette insuffisance hépatique créée par les arsenicaux. Dans la règle, il s'agit d'un *hépatisme latent*. De même que l'exploration de la fonction protéopexique du foie permet aussi de dépister, dès ses débuts, l'adultération hépatique latente produite par le novarsenobenzol, elle fournit le moyen d'en évaluer la durée, c'est ainsi qu'on peut déceler les lésions cellulaires du foie encore plusieurs semaines, parfois même plusieurs mois après la cessation du traitement.

En présence des résultats si nets obtenus chez les sujets traités par le novarsenobenzol, il était intéressant de rechercher si l'épreuve de l'hémoclasie digestive ne pourrait servir à dépister une insuffisance hépatique légère ou même latente dans toute une série de cas où l'on a quelque raison de soupçonner, en clinique, une altération de la cellule hépatique. Il en est ainsi dans certaines maladies infectieuses aiguës comme la scarlatine, la fièvre typhoïde au cours desquelles l'atteinte du foie ne se traduit souvent que par une urobilinurie légère ou, comme l'a montré Brulé, par une rétention des sels biliaires. Il en est ainsi dans les maladies hémorragipares, dans certaines maladies de la nutrition comme le diabète, dans d'autres cas encore.

On voit, par tous ces exemples, l'intérêt que présente l'étude de l'hémoclasie digestive, qui réalise sur l'homme une véritable exploration expérimentale absolument inoffensive. Il n'est pas d'épreuve dont les résultats soient plus impressionnants à constater pour le médecin à qui il suffit de faire absorber un simple verre de lait par un hépatique pour provoquer un bouleversement de tout son équilibre vasculo-sanguin. La chute de la pression artérielle, l'abaissement du nombre des globules blancs, l'inversion de la formule leucocytaire, les troubles de la coagulation, la diminution du taux des albumines du sang, sont, en effet, autant de phénomènes décelables par le sphygmomanomètre ou les procédés de laboratoire, mais qui, cependant, se déroulent silencieusement, sans qu'aucun signe ne vienne révéler au malade la perturbation qui s'opère dans sa circulation.

Cette épreuve de l'hémoclasie digestive fournit donc au médecin un moyen de plus pour apprécier la valeur fonctionnelle du foie. L'insuffisance protéopexique coïncide très souvent avec l'urobilinurie, la rétention des acides biliaires, ou l'abaissement du rapport azotémique ; dans bien des cas, cependant, elle apparaît isolée et constitue alors le seul témoin d'un hépatisme latent.

Culture du bacille tuberculeux sur milieu à base de levure autolysée. — M. Robert SAZERAC.

Ostéogénèse dans les greffes d'os morts. — M. NAGEOTTE.

Influence de la présence des traces infinitésimales de substances nutritives dans l'humidité de l'air sur la contagion. — M. A. TRILLAT.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 30 JUILLET 1920)

Lombalgie ayant prêté à de nombreuses erreurs de diagnostic chez une femme présentant une sacralisation bilatérale de la 5e lombaire. — MM. P. MERKLEN et P. CHASTENET DE GÉRY. La malade, âgée de 58 ans, souffre de douleurs lombaires déjà anciennes mais particulièrement vives depuis 5 ans. Ces douleurs sont nettement localisées aux 4 dernières vertèbres lombaires, continues, exagérées par les mouvements du tronc et par la pression sur les apophyses épineuses lombaires, irradiées au sacrum et au coccyx et accompagnées de pesanteur du membre inférieur droit, calmées par le décubitus horizontal. Plusieurs médecins consultés ont successivement posé les diagnostics suivants : ptose avec mauvais état général, pyélonéphrite, métrite, neurasthénie. Or, l'examen clinique des viscères thoraciques et abdominaux est tout à fait négatif ; la colonne vertébrale est souple et n'a pas de lésions apparentes ; une très légère scoliose supérieure droite due à une ancienne ostéite costale gauche déformant le thorax ne peut être mise en cause. Mais la radiographie de la région vertébrale lombo-sacrée montre une malformation de la 5e lombaire dont les apophyses transverses, allongées, élargies, touchant les ailerons du sacrum présentent le type fort net d'une sacralisation bilatérale. Et les travaux modernes nous ont appris combien la sacralisation de la 5e lombaire était fréquente chez les lombalgiques sans que la pathogénie ni surtout le traitement de l'affection aient d'ailleurs pu encore être bien établis.

Crises lombaires à début brusque et sacralisation. — MM. P. MERKLEN et TERRIER relatent l'histoire d'une malade qui fut atteinte coup sur coup de 2 crises lombalgiques fort pénibles à douleur prédominant dans la masse sacro-lombaire droite avec irradiations dans la région inguinale, la face interne de la cuisse, le mollet. Pas de signes objectifs à part de la raideur des muscles spinaux. Radioscopiquement on constate une hypertrophie en longueur et en largeur de l'apophyse transverse droite de la 5e lombaire 3 fois plus grande environ que la gauche. Cette apophyse coiffe presque toute la surface supérieure du 1er aileron sacré avec lequel elle forme une véritable articulation. Les crises répondent sans doute à la production d'accidents semblables à ceux d'une entorse banale. En tout cas toutes les lombalgies mal déterminées, continues ou paroxystiques, lumbago, névralgies lombaires, tour de rein, etc., doivent être étudiées à l'aide de la radiologie, la sacralisation pouvant quelquefois en expliquer l'origine.

Les variations en albumine du liquide céphalo-rachidien dans les psychoses. — MM. P. RAVAUT et LAIGNEL-LAVASTINE. Cette étude montre qu'il existe des variations d'albumine allant du simple au double et même plus dans des psychoses dont le substratum organique n'est pas encore exactement déterminé. Souvent l'hyperalbuminose des psychopathes est indépendante de toute réaction cellulaire et permet à elle seule d'admettre l'existence d'une perturbation du système nerveux central et de ses enveloppes.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 68, p. 1083.

L'adénite primitive du zona. — MM. L. Ramond et R. Lebel. Cette adénite est constante dans le zona vrai, elle est unilatérale et siège dans les ganglions lymphatiques correspondant à la zone tégumentaire atteinte. Précoce, elle apparaît dès le début de l'éruption, souvent même avant les vésicules. Elle ne suppure jamais et se résout toujours spontanément en quelques jours. Elle n'est pas due à une infection secondaire et paraît d'origine purement zostérienne. Elle mérite donc d'être mise au même rang que les douleurs et l'éruption dans la définition de l'herpès zoster. Dans la triade symptomatique ainsi réalisée, elle aurait l'avantage d'apporter un élément nouveau de nature nettement infectieuse susceptible de distinguer le zona vrai des éruptions zostériformes.

Méningite suppurée à bacille paratyphique B. — M. Lesné rapporte l'observation d'un malade de 25 ans qui, au cours d'une fièvre paratyphoïde à bacille paratyphique B, hyperthermique, ataxo-adynamique, fit une méningite suppurée. Le liquide céphalo-rachidien renfermait à l'état de pureté du bacille paratyphique B. Le malade guérit après plusieurs injections intrarachidiennes de solution de collargol à 1 p. 100.

Relation d'un cas de toux d'origine gastrique. — M. G. Hayem. La toux était occasionnée par la régurgitation de mucosités épaisses et fort tenaces irritant l'orifice du larynx et nécessitant pour être expulsées le secours d'efforts de toux fort pénibles. La gastrite à forme muqueuse avait pour cause l'abus des médicaments employés pendant plus de 25 ans dans un cas de dyspepsie banale. Ce fait clinique intéressant est le premier du genre nettement observé et interprété. La guérison a été obtenue à l'aide de lavages stomacaux qui ont fait sortir de l'estomac des masses compactes et volumineuses de muco-pus.

Paralysie transitoire à répétition dans un cas d'aortite avec asystolie. — MM. Achard, Foix et Leblanc rapportent un cas d'hémiparésie gauche, surtout brachiale, accompagnée de douleur précordiale et disparaissant en quelques heures. A l'autopsie le cerveau parut simplement congestionné, mais l'examen histologique révéla sur le versant postérieur de la frontale ascendante droite, au niveau du centre brachial, de petits foyers nécrotiques presque exclusivement corticaux. La tendance de ces paralysies transitoires à se répéter avec la même localisation (3 attaques dans le cas signalé) implique sans doute une prédisposition locale aux troubles circulatoires. Ce sont, en effet, des troubles circonscrits de la circulation qui paraissent être la cause essentielle de ce genre d'accidents et des lésions minimes trouvées dans les autopsies : microstase, microœdème, micronécrose.

(A suivre.)

JURISPRUDENCE

USAGE DES SUBSTANCES VÉNÉNEUSES PAR LES MÉDECINS

UN JUGEMENT IMPORTANT DU TRIBUNAL CORRECTIONNEL DE LA SEINE DU 7 JUILLET 1920

Modifiant et complétant la loi du 15 juillet 1845 sur les substances vénéneuses, la loi du 12 juillet 1916 qui concerne l'importation, le commerce, la détention et l'usage des substances vénéneuses, notamment l'opium, la morphine et la cocaïne, punit, dans son article 1er, les contraventions aux règlements d'administration sur la vente, l'achat et l'emploi des substances vénéneuses, et, dans son article 2, les contraventions aux dispositions de ces règlements concernant les stupéfiants tels que : opium brut et officinal, extraits d'opium, morphine et autres alcaloïdes de l'opium (à l'exception de la codéine), de leurs sels et de leurs dérivés; cocaïne, ses sels et ses dérivés; haschich et ses préparations.

Cette loi a été suivie d'un décret en date du 14 septembre 1916 (*J. O.* du 19 sept. 1916); aux termes de son article 1er, les substances vénéneuses sont, en ce qui concerne l'importation, l'achat, la vente, la détention et l'emploi, soumises à des régimes distincts selon qu'elles sont classées dans les tableaux A, B ou C annexés au décret. Le tableau B comprend toutes les substances vénéneuses énumérées dans l'article 2 de la loi du 12 juillet 1916 que l'on vient de relater; il y est uniquement ajouté la diacétylmorphine et ses sels. Ces substances classées dans le tableau B font l'objet de la réglementation édictée dans le titre II du décret (art. 30 à 40), avec renvoi à certaines dispositions contenues dans le titre Ier relatif aux substances classées dans le tableau A.

Les Parquets poursuivent activement ceux qui contreviennent aux dispositions légales; et les jugements de condamnations sont nombreux.

Des médecins viennent d'être poursuivis devant le tribunal correctionnel de la Seine pour s'être fait délivrer de la morphine pour leur propre usage, dans des conditions que le Parquet de la Seine estima contraires à la loi.

La question qui se posait était de savoir si des médecins pouvaient, sans contrevenir aux dispositions de la loi, se faire délivrer au moyen de simples bons de commandes les quantités de morphine destinées à leur propre usage, comme ils eussent pu le faire si ces substances avaient été employées pour des soins à donner à leurs clients.

Le tribunal correctionnel a répondu affirmativement et a acquitté par jugement du 7 juillet 1920 les médecins poursuivis. L'un d'entre eux a cependant été condamné, mais en raison d'une circonstance particulière qui n'exerce, comme on va le voir, aucune influence sur le principe admis dans la décision rendue par le tribunal.

Nous donnons *in extenso* le jugement en faisant remarquer qu'il a été frappé d'appel ; dès que l'arrêt de la Cour aura été rendu, nous le ferons connaître.

« Attendu, dit le tribunal, qu'il résulte des relevés trimestriels des substances vénéneuses délivrées par les pharmaciens du département de la Seine aux médecins, pour leur usage professionnel, que les prévenus se sont fait délivrer des quantités importantes de morphine par divers laboratoires et pharmacies pendant le dernier trimestre de 1917 et le premier trimestre de 1918;

Que le Dr A... s'est fait délivrer, pendant le quatrième trimestre de 1917, 1.800 ampoules de morphine, et, pendant le premier trimestre de 1918, 2.800 ampoules du même produit;

Que le Dr B... s'est fait délivrer, pendant le quatrième trimestre de 1917, la valeur de 1.500 ampoules de morphine et, pendant le premier trimestre de 1918, 8 g. du même produit équivalant à 800 ampoules de 1 cg.;

Que le Dr C... s'est fait délivrer, pendant le quatrième trimestre de 1917, 2.500 ampoules de morphine, et, pendant le premier trimestre de 1918, 2.000 ampoules du même produit;

Que le Dr D... s'est fait délivrer, pendant le premier trimestre de 1918, 78 g. de morphine, équivalant à 7.800 ampoules de 1 cg.;

Que le Dr E... s'est fait délivrer, pendant le premier trimestre de 1918, 182 g. de sels de morphine, représentant 18.200 ampoules et aussi 21 g. de chlorhydrate de cocaïne;

Que le Dr F... s'est fait délivrer, pendant le premier trimestre de 1918, 10g4 de morphine équivalant à 1.040 ampoules ;

Que, enfin, G..., étudiant en médecine, ayant 16 inscriptions et autorisé à exercer à Ville-d'Avray et Sèvres, s'est fait délivrer, pendant le premier trimestre de 1918, 2.000 ampoules de morphine;

Que les prévenus se sont procuré ces substances, classées dans le tableau B du décret du 14 septembre 1916, non pas au moyen d'ordonnances rédigées dans les conditions et sous les formes indiquées aux articles 19, 20 et 31, § 3, de ce décret pour le cas où l'usage de ces substances est prescrit par les médecins à leurs malades, mais en présentant seulement aux laboratoires ou pharmaciens de simples « bons de commande », établis et signés par eux, dans la forme prévue aux articles 27 et 40 du même décret pour le cas où l'emploi desdites substances doit être effectué par le médecin lui-même;

Attendu que, à raison de ces faits, les Drs A..., B..., C..., D..., E..., F... et l'étudiant G... sont prévenus d'avoir acheté ou de s'être fait délivrer des substances vénéneuses énoncées dans le tableau B du décret du 14 septembre 1916 autrement que sur la prescription d'un médecin;

Que les Drs A..., B..., C..., D... et E... sont, en outre,

prévenus d'avoir facilité à autrui l'usage à titre onéreux ou à titre gratuit de substances vénéneuses ;

Sur le premier chef de prévention :

Attendu que les prévenus soutiennent que, l'usage des injections de morphine leur étant devenu nécessaire, ils avaient le droit, en leur qualité de médecins, de se procurer directement de la morphine sur de simples bons de commande.

Attendu qu'aux termes de l'article 27 du décret du 14 septembre 1916, les pharmaciens peuvent délivrer aux médecins, sur leur demande écrite, datée et signée, les substances visées au titre Ier du décret, c'est-à-dire classées au tableau A (acide arsénieux, acide cyanhydrique, aconit, etc.), lorsqu'elles sont « destinées à être employées par eux, soit dans les cas d'urgence, soit pour des opérations, pansements ou injections » ;

Qu'aux termes de l'article 40, les pharmaciens peuvent également délivrer aux médecins « les substances du tableau B (visées au titre II, notamment morphine et cocaïne) nécessaires à l'exercice de leur profession, dans les conditions et sous les réserves fixées aux articles 27 et 28 » ; ce dernier article s'appliquant à la délivrance aux chirurgiens-dentistes et sages-femmes des produits dont il est parlé à l'article 27 ;

Attendu que, d'après la combinaison des deux articles 27 et 40, il faut donc et il suffit, pour que les médecins puissent valablement se faire délivrer par les pharmaciens les substances du tableau B, que ces substances soient destinées à recevoir l'emploi prévu par l'article 27 ;

Que la quantité des produits que les médecins peuvent ainsi se faire délivrer n'est pas limitée ;

Attendu qu'on prétendrait vainement que l'article 27 prévoit seulement des injections nécessitées par une circonstance grave et urgente, mais non des injections suivies et répétées, et constituant par cela même un traitement ;

Qu'admettre cette interprétation serait ajouter au texte qui, après avoir précisément autorisé la délivrance des dites substances « dans les cas d'urgence », l'autorise également « pour des opérations, pansements, ou injections », sans se préoccuper du nombre des injections, ni des circonstances dans lesquelles elles doivent être faites ;

Attendu, d'autre part, qu'aucune disposition légale n'empêche les médecins, pourvus d'un diplôme régulier, de se traiter eux-mêmes et, par conséquent, de se procurer, en leur qualité de médecins, et de s'administrer tous médicaments et produits qu'ils jugent propres à la conservation de leur santé, à la guérison de leurs maladies ou à la diminution des souffrances causées par celles-ci ;

Attendu que les prévenus pouvaient, par suite et sans contrevenir aux dispositions du décret du 14 septembre 1916, se faire délivrer au moyen de simples bons de commandes les quantités de morphine destinées à leur propre usage, comme ils eussent pu le faire si ces substances avaient été destinées à être employées pour des soins à donner à leurs clients ;

Que, pour en obtenir la délivrance, il ne leur était pas nécessaire de présenter aux pharmaciens des « ordonnances » rédigées par un autre médecin, dans les conditions et sous les formes indiquées aux articles 19, 20 et 31, §3 dudit décret du 14 septembre 1916 ;

Attendu qu'on ne saurait objecter que l'article 40 de ce décret, en permettant aux médecins de se faire délivrer les substances du tableau B « nécessaires à l'exercice de leur profession », suppose par cela même qu'il s'agit pour les médecins de traiter leurs malades et non de se traiter eux-mêmes ;

Que le médecin, qui se traite lui-même, est en effet dans l'exercice de sa profession ;

Attendu qu'il n'y a donc lieu de retenir contre aucun des inculpés le premier chef de prévention ;

Sur le second chef de prévention :

Attendu qu'il n'est pas établi que les Drs A..., B..., C..., D... aient, contrairement à leurs affirmations, employé autrement qu'à leur usage personnel les quantités de morphine qu'ils se sont procurées dans les circonstances ci-dessus relatées ;

Attendu que si le Dr E..., également visé par ce second chef de la prévention, reconnaît avoir employé une partie de la morphine et les 21 g. de cocaïne, qu'il s'est fait délivrer, à des injections pratiquées sur une clientèle composée, dit-il, en majeure partie de jeunes aviateurs militaires, il ajoute avoir uniquement agi dans le but de soigner et de désintoxiquer ces jeunes gens ;

Que cette allégation n'est point démentie par une preuve contraire ;

Attendu, cependant, qu'il est, en outre, reproché au Dr E... d'avoir remis au pharmacien Z... des ordonnances de complaisance pour lui permettre de justifier l'emploi d'une quantité de 30 g. de morphine, précédemment délivrée par lui sans ordonnance ; que ce fait, pour lequel Z... a, d'ailleurs, été déjà poursuivi et condamné est reconnu par le Dr E... ;

Attendu qu'en procurant ainsi à un pharmacien le moyen d'éluder les prescriptions rigoureuses du décret du 14 septembre 1916, et de se soustraire aux sanctions de ce décret, le Dr E... a incontestablement facilité à autrui l'usage des substances vénéneuses énoncées audit décret ;

Que de ce chef le Dr E... a donc commis le délit prévu et puni par l'article 2 de la loi du 15 juillet 1845, modifiée par la loi du 12 juillet 1916 ;

Par ces motifs,

Renvoie tous les prévenus du premier chef de prévention ;

Renvoie également les Drs A..., B..., C... et D... du second chef de prévention, retenu seulement contre le Dr E..., à raison du fait Z... ;

Et faisant application au Dr E... de l'article 2 de la loi du 15 juillet 1845, modifiée par la loi du 12 juillet 1916, condamne E... à 1.000 fr. d'amende et aux dépens. »

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'Éducation des enfants anormaux et arriérés. Programme des Centres d'intérêt. Initiation à la lecture par la méthode visuelle. Extension de ce programme à l'enseignement des enfants normaux, par P. SECELLE et A. DEKOCK, institutrices à la Section d'enseignement spécial de la ville de Bruxelles. Préface de M. le Dr Stéphen CHAUVET. In-8, 1920, 64 fig. Prix : 10 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

La Croissance, par le Dr L. DUFESTEL, secrétaire général de la Société des médecins-inspecteurs des écoles de Paris. In-18 gr. jésus de 300 p. avec 20 fig. dans le texte. (Encyclop. scient. Bibliot. de physiol.) — Prix : broché, 7 fr. 50 ; cart. toile, 8 fr. 50. — Paris, G. Doin.

Le Traitement des otorrhées par l'insufflation de vapeurs sulfureuses de Luchon. Indications principales, par le Dr S. BAQUE, médecin consultant à Luchon. Broch. in-8. — Monluis 1920, Imprimerie Fernand Brosset.



CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

De Nice à Mulhouse. La plus merveilleuse excursion de montagne du monde entier. — Partir de Nice, sur la Côte d'Azur, pour aboutir à Mulhouse, en Alsace, en longeant les plus hauts sommets des Alpes, du Jura et des Hautes-Vosges, voilà, pour les touristes qui désirent se reposer tout en employant utilement leurs vacances, une attraction sans pareille et véritablement féerique.

Au cours de cette merveilleuse randonnée, qui peut être réalisée en 8 étapes au moyen des services automobiles P.-L.-M. de la route des Alpes et du Jura, le voyageur parcourt une magnifique route de 1.200 kilomètres en passant par le col de la Cayolle (2.352 m.), Barcelonnette, le col de Vars (2.155 m.), le col d'Izoard (2.409 m.), Briançon, le col du Lautaret (2.075 m.), Grenoble, le massif de la Grande-Chartreuse, Chambéry, le lac Saint-Gervais, Chamonix, Evian, Genève, le lac Léman, le col de la Faucille (1.323 m.), Champagnole, Besançon, Belfort, le Ballon d'Alsace (1.245 m.) et Thann.

Circuit automobile de l'Avallonnais. — Les touristes désireux d'excursionner dans l'Avallonnais apprendront avec plaisir que la Compagnie P.-L.-M. organise dans cette région, au départ d'Avallon, du 11 juillet au 26 septembre, un circuit automobile permettant de visiter, dans la même journée, le Monastère de la Pierre-qui-Vire et son curieux calvaire, Quarré-les-Tombes, Chastellux et son château, Pierre-Perthuis avec son admirable panorama sur la Vallée-de-la-Cure, Saint-Père, Vézelay et sa remarquable église de la Madeleine de pure style roman, Pontaubert, etc.

Pour plus amples renseignements, demander le prospectus spécial à l'Agence P.-L.-M. de renseignements, 88, rue Saint-Lazare, à Paris, aux bureaux de renseignements, bureaux de ville, agences de voyages, etc.

NOTES POUR L'INTERNAT

PLAIES DE LA PLÈVRE ET DU POUMON [1]

II. **Type moyen.** — DÉBUT. — Tantôt peu grave, tantôt d'emblée sérieux.

ÉTAT. — *Signes généraux.* — Aspect. Facies pâle, fatigué, les traits tirés, souvent angoissé.

Attitude immobile, silencieuse. Voix cassée, entrecoupée de faibles plaintes. Soif vive.

Température au-dessus de la normale, cependant hypothermie au début, dans quelques cas, suivie, par contre, d'ascension thermique au 2e ou 3e jour (39° et plus).

Pouls rapide (120 à 130), hypotendu.

Signes fonctionnels. — Très accentués au début, mais calmés ensuite par le repos.

Douleur. — Peu marquée, en général, sauf en cas de fracture de côte ou de pneumothorax.

Dyspnée. — Souvent très accusée.

Hémoptysie. — Assez abondante, elle persiste longtemps, elle est remplacée ensuite par une expectoration de sang noirâtre ; tant que l'expectoration est faite de sang rutilant et aéré, la plaie pulmonaire saigne toujours.

Les signes physiques sont les mêmes que dans la forme légère et nous les étudierons plus loin dans un chapitre d'ensemble.

III. **Type léger.** — Il est caractérisé par des signes généraux atténués et des signes fonctionnels vite apaisés. Souvent même le blessé ne s'est pas aperçu de sa blessure.

Signes fonctionnels. — *Dyspnée.* — Exceptionnel, on observe un accès de suffocation lors de la blessure ; plus souvent, la dyspnée est progressive ; elle est *calmée par le repos* et *reparaît à l'effort.*

Hémoptysie. — Manque dans la moitié des cas ; elle consiste dans une expectoration de sang rouge spumeux lors de la blessure, ou à l'occasion d'un effort.

Toux accompagne parfois l'hémoptysie.

Douleur, peu vive, absente en général.

EXAMEN PHYSIQUE. — Dans les cas bénins, on note :

A. A l'inspection, l'*immobilité du côté blessé*, surtout marquée à la partie inférieure du thorax ; le diaphragme lui-même ne bouge pas comme le révèle l'immobilité de l'abdomen pendant l'inspiration et comme le confirme la radioscopie.

Percussion. — La sonorité est presque normale.

Auscultation. — Murmure vésiculaire affaibli. Gros ronchus bronchique.

Dans les jours qui suivent :

A. Si l'évolution se fait vers la guérison, on observe après une poussée thermique légère et inconstante une disparition de l'expectoration et, à l'auscultation, la présence de râles humides qui traduisent l'évacuation bronchique du sang épanché dans les alvéoles.

En 10 à 12 jours, la cicatrisation des lésions est faite, tout est rentré dans l'ordre ; le poumon a repris son jeu normal.

B. Si un pneumothorax se produit, on trouve :

Inspection : Immobilité du thorax. Voussure.

Percussion : Elasticité exagérée. Tympanisme augmenté.

Auscultation : Souffle amphorique. Bruit d'airain de Trousseau. Tintement métallique.

Si le pneumothorax est limité ou associé à un hémothorax, ces signes se retrouveront, mais localisés dans la région sous-claviculaire.

C. Signes de l'hémothorax. Ce sont les signes de tout épanchement pleural, mais sans la netteté habituelle, en raison de la participation plus ou moins fréquente de la plèvre et du poumon. C'est la voussure du thorax associée à l'immobilité, c'est l'absence de vibrations thoraciques, c'est la matité à la percussion, c'est enfin l'absence du murmure vésiculaire, avec le souffle lointain, expiratoire, l'égophonie et la pectoriloquie aphone.

Mais ces signes peuvent manquer et surtout on tiendra compte du silence respiratoire, du signe du sou de Pitres et en cas de doute on recourra à la ponction exploratrice et à la radioscopie.

Quant aux lésions pulmonaires concomitantes, elles seront décelées par les signes de condensation pulmonaire localisés, en dehors de la zone d'épanchement ; ce sont tantôt des bouffées de râles fins, c'est tantôt une zone de submatité avec souffle inspiratoire et bronchophonie. La radioscopie montre alors, au-dessus de l'épanchement pleural, une ombre estompée.

ÉVOLUTION. — L'évolution est très variable et ne dépend en rien du tableau initial ; tel blessé léger au début fera des complications graves ; tel blessé grave avec thorax ouvert guérira simplement, après la fermeture de sa plaie.

1° Guérison simple sans complication pleuro-pulmonaire.

2° Pneumothorax. A part le pneumothorax suffocant, l'évolution est bénigne ; la résorption de l'air se fait en 10 à 15 jours.

3° Hémothorax simple. En cas d'hémothorax peu abondant, la guérison se fait sans ponction en 15 à 20 jours ; si la ponction est faite au 10e ou 12e jour, le liquide ne se reproduit pas.

4° L'épanchement persiste, augmente ou récidive. Parfois on peut observer une augmentation de l'épanchement par pleurite exsudative ; au liquide habituel, s'ajoute un exsudat fibrineux ; de même une pleurésie sérofibrineuse peut survenir, caractérisée par l'exsudat fibrineux à réaction lymphocytaire. Enfin, pendant 2 ou 3 mois, on peut, dans des cas plus rares, observer la reproduction de l'épanchement après chaque ponction ; la température reste élevée et cependant l'ensemencement du liquide démontre son asepsie.

COMPLICATIONS. — *A.* **Aseptiques.** — *a.* Hernie du poumon et pneumatocèle. Rare.

b. Hémorragies secondaires et tardives. Plus fréquentes que les hémoptysies du début, elles peuvent apparaître au 15e ou 20e jour au plus tard, s'il persiste un projectile inclus ; elles peuvent être mortelles.

On peut de même voir survenir des hémothorax secondaires.

c. Emphysème sous-cutané. Généralement limité et bénin, il se voit dans les plaies à thorax fermé.

Grave est, par contre, l'emphysème médiastinal, qui donne un accès de suffocation et aboutit à la mort, malgré les incisions libératrices.

d. Pneumothorax suffocant. C'est le tableau d'une asphyxie grave à marche progressive qui amène la mort, si on n'intervient pas à temps.

e. Lésions concomitantes : fractures du squelette thoracique, graves parce qu'elles peuvent provoquer l'infection de la plaie pleuro-pulmonaire.

Plaie médullaire, plaies du cœur et du péricarde, plaies thoraco-abdominales.

B. **Complications infectieuses.** — *a.* MÉDICALES. — 1° Poussées congestives. Poussée fébrile avec toux sèche et douleur, et expectoration muqueuse ; on observe des bouffées de râles fins avec un souffle aux deux temps.

2° Congestion pulmonaire massive. Le diagnostic en est difficile avec l'hémothorax ; le signe du sou manque. Pronostic relativement bénin.

3° Symphyse pleurale précoce. Symptomatologie vague ; signes d'épanchement pleural ; la ponction ne ramène rien et fait reconnaître une plèvre épaissie et dure.

4° Pneumonie.

5° Broncho-pneumonie. Comme la pneumonie, elle se voit surtout en cas d'infection pleuro-pulmonaire. *(A suivre.)*

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 67, p. 1071, et n° 68, p. 1087.

Cures thermales chez les enfants (T. II : *Stations du Sud-Ouest*), par le Dr Ed. AUSSET, professeur agrégé, chargé de cours à la Faculté de médecine de Lille. — Prix : 8 fr. — Lille, Plateau et Cie.

Curiosa de médecine littéraire, artistique et anecdotique, par G. J. WITKOWSKI. In-12 carré, avec 89 gravures. — Prix : 6 fr. — Paris, Le François.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'Anesthésie locale en ophtalmologie, par le Dr DUVERGER, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de Strasbourg. Un vol. de 96 pages avec 19 figures. — Prix : 6 fr. 50 net. — Paris, Masson et Cie.

L'Aérophagie, *Syndromes gastriques, intestinaux, circulatoires et respiratoires,* étude clinique, radiologique et thérapeutique (l'adulte, l'enfant, le nourrisson), par le Dr G. LEVEN, ancien interne des hôpitaux de Paris, secrétaire général de la Société de thérapeutique. In-18 gr. jésus, de 228 p., avec 28 fig. dans el texte. — Prix : 6 fr. — Paris, G. Doin.

Les Maîtres de la pensée scientifique. Collection de mémoires publiés par les soins de M. SOLOVINE : I. *Observations et expériences faites sur les animalcules des infusions,* par Lazare SPALLANZANI, 2 vol. in-16 brochés; — II. *Mémoires sur la respiration et la transpiration des animaux,* par Antoine-Laurent LAVOISIER, 1 vol. in-16 broché. — Prix du volume : 3 fr. — Paris, Gauthier-Villars et Cie.

L'Alimentation simple et économique d'après l'idée française, par le Dr MONTEUUIS (de Nice). In-8 de 190 pages. — Prix : 6 fr. — Paris, A. Maloine.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Un concours pour la nomination à la place de chef du laboratoire des produits galéniques de la pharmacie centrale des hôpitaux et hospices civils de Paris aura lieu le lundi 13 décembre 1920, à midi, dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale des hôpitaux, quai de la Tournelle, n° 47.

Les candidats qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'administration (service du personnel, bureau du personnel médical), depuis le lundi 15 novembre jusqu'au samedi 27 du même mois inclusivement, de 10 h. à 15 h.

HOPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — La médaille d'or de l'internat a été attribuée après concours à M. François Leuret.

— LILLE. — Un concours pour la nomination de deux médecins adjoints des hôpitaux de Lille aura lieu le lundi 18 octobre 1920, à 8 heures du matin.

Inscriptions au secrétariat de l'administration, 41, rue de la Barre, à Lille, avant le jeudi 30 septembre 1920, à 5 h. du soir.

— ROUEN. — Le vendredi 12 novembre 1920, un concours aura lieu à l'hospice général, à 15 h. 30, pour la nomination de deux médecins-adjoints des hôpitaux, sous la présidence de l'un des membres de la commission administrative des hospices civils de Rouen.

Les candidats devront se faire inscrire à la Direction, enclave de l'hospice général, avant le 19 octobre 1920. A partir du 19 octobre aucune inscription ne sera admise.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LYON. — M. le Dr Condamin, agrégé, chargé d'un cours complémentaire de propédeutique de gynécologie, est nommé professeur adjoint.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. Famel, pharmacien à Paris.

Au grade de chevalier. — M. Patein, pharmacien en chef de l'hôpital Lariboisière, membre da l'Académie de médecine.

ARMÉE ACTIVE. — *Au grade d'officier.* — MM. les médecins principaux ou majors Ligouzat, Rolland, Faure.

Au grade de chevalier. — M. le médecin-major Théobalt.

RÉSERVE ET TERRITORIALE. — *Au grade d'officier.* — MM. les médecins principaux ou médecins-majors Boyé, Blondel, Landowski, Peyret, Carnot, Cathelin, Vigier, de Burine, Braquehaye, Courtois, Vidal, Chatin et Devaux.

M. le pharmacien-major Lafay.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors Boulanger, Fortin, Helle, Meynet, Mari, Guilleminot, Spire, Malsang, Lefèvre, Savariaud, Marcille, Bonan, Michel, Cochet, Ruel de Sourouvre de Guefosse, de Boucaud, Goudard, Cazal, Castan, Juge, Massier, Rosenthal, Beaujeu, Iribarne, Cardot, Gueniot, Laurens, Dethan, Debrigode, Gayme, Fiocre, Nespoulous, Ungauer, Labbé, Pellegrin, Vergely, Contal, Grenier de Cardenal, Seigneurin, Riche, Denoyes, Jaubert, Rieder, Lefèvre, Peyrot, Baraillaud, Cestan, Gieure, Bufnoir, Bonnamour, Augros, Delor, Robin, Fischer, Curmer, Frenkel, Gimbert, Meyer, Leard, Belloir, Bobard, Tassin, Terrade, L. Babonneix, Keim, Deschaseaux, Duffner, Brullard, Michaud, Grisel, Thubert, Sarazin, Thivet, Baudouin, Ollivier, Leray, Leroy, Coustaing, Lièvre, Brizard et Maussire.

MM. les pharmaciens-majors Blaise, Fabre, Bouty, Roche, Cocset, Peneau, Gueritte, Malet, Philippe, Muguet, Antoine.

GUERRE. — M. le médecin inspecteur Ecot, directeur du Service de santé du 4e corps d'armée, a été nommé directeur de l'Ecole du Service de santé militaire à Lyon, en remplacement du médecin-inspecteur Simonin, décédé.

— Ont été promus dans le cadre des officiers du Service de santé de réserve et de l'armée territoriale, pour prendre rang du 26 juin 1920 :

Au grade de médecin-major de 2e classe de réserve. — MM. les médecins aides-majors de 1re classe Giraudeau, Sal-

mon, Sayol, Decroc, Blanquinque, Dupire, Ravaud, Rousset, Rogery, Lemoine, Gloumeau, Miquel-Maillé, Guenot, Brabant, Merle, Chopard, L'Homme, Rose, Mignard, Meignan, Lettry, Lesobre, Chantala, Pfeiffer, Pujos.

Au grade de pharmacien-major de 2e classe de réserve. — MM. les pharmaciens aides-majors de 1re classe Madot, Louviot, Geoffroy, Chantereau, Chabaud.

Au grade de médecin principal de 2e classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de 1re classe Legrain, Pégurier, Cochez, Josué.

MARINE. — Ont été nommés dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin principal. — M. le médecin principal de la marine en retraite Maille.

Au grade de médecin de 1re classe. — M. le médecin de 1re classe de la marine démissionnaire Le Goffic.

Au grade de médecin de 2e classe. — MM. les médecins de 2e classe auxiliaires, élèves du service de la marine démissionnaires Petiteau et Bigois.

MÉDAILLES DES ÉPIDÉMIES. — *Médailles de vermeil.* — MM. les Drs Francière (de Luang-Prabang), Gobert (de Mateur).

Rappel de médaille d'argent. — M. le Dr Moreau (de Sens).

Médailles d'argent. — M. le Dr Tuefferd père (de Montbéliard), Mme le Dr Withington (de Dreux), MM. les Drs Bournoville (de Lille), Dagrève, médecin aide-major de 1re classe; Jarland, médecin-major de 2e classe; Planke (de Tunis).

Médailles de bronze. — MM. les Drs Espitalier et Perrot (de Marseille), Fraval (de Plémet), Bariéty (d'Illiers), Firmin (de Morgat-en-Crozon), Lorena (de Bordeaux), Bech (de Saint-Lunaire), Renard (de Nancy), étudiant en médecine; Jaubert (de Thiers), de Bève (de Chedde), Keeler (de Gézaincourt).

FÉDÉRATION DE SOCIÉTÉS D'AGRÉGÉS DES FACULTÉS DE MÉDECINE DE PROVINCE. — Le Bureau de la Fédération s'est réuni à Paris le 3 août pour étudier diverses questions intéressant actuellement les agrégés.

Il s'est occupé, entre autres, de l'application du dernier décret concernant les traitements; et du classement des agrégés en agrégés sans enseignement ou chargés d'enseignement. M. Baylac, président de la Fédération ayant été nommé professeur titulaire de Bureau a du être renouvelé, il est maintenant ainsi constitué :

Président, M. Garipuy (Toulouse); vice-présidents, MM. Guyot (Bordeaux); Leeulzardt (Montpellier); secrétaire-trésorier, M. Escande (Toulouse).

Le Bureau de la Fédération a été reçu le lendemain par M. le Directeur de l'Enseignement supérieur et a fait parvenir au Ministre une lettre avec pièces justificatives concernant les questions traitées au cours de la réunion de la veille.

CONGRÈS

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES [STRASBOURG, JUILLET 1920 (1)].

Essais de traitement du charbon par la pyocyanéine. — M. L. FORTINEAU (de Nantes), a expérimenté la pyocyanéine, culture stérilisée de bacille pyocyanique en milieu minéral sur 70 cas de charbon humain dont 57 pustules malignes et 13 œdèmes malins.

4 malades atteints de pustule maligne et 2 œdèmes malins ont succombé, soit 13,4 p. 100 décès pour cette dernière forme de l'affection, qui comporte habituellement une mortalité de 98 p. 100.

En dehors de l'expérimentation sur les animaux de laboratoire et le mouton, l'auteur a traité 7 bovidés, avec 6 guérisons, dans une ferme dont les animaux étaient atteints de fièvre charbonneuse : un nombre égal d'animaux non traités a succombé.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 69, p. 1090.

Du danger ou de l'inefficacité des médicaments antithermiques dans le traitement de la fièvre. — M. BLUM (de Reims, chargé de cours à la Faculté de médecine de Strasbourg) ayant cru remarquer que les antithermiques tels que l'antipyrine, le pyramidon la quinine, l'aspirine, employés à la dose quotidienne de 1 à 2 gr. restent sans efficacité sur la fièvre, a étudié en série l'action antipyrétique de ces médicaments. Ayant fait, à raison de 4 mesures par 24 heures, 200 prises de température pendant 10 jours, chez 5 malades auxquels on donnait tous les jours 1g30 d'antipyrine, 0,20 de pyramidon et 0g50 de quinine, et chez 5 autres qui étaient traités sans antipyrétique, il a constaté que la moyenne des températures a été pendant ces 10 jours de 38,4 chez les premiers et 38,6 chez les seconds. Cette différence insignifiante est la preuve de l'inefficacité des antithermiques employés à dose moyenne. Si on les prescrit à dose élevée, ils provoquent des réactions pénibles et parfois même des accidents graves qui peuvent aller jusqu'au collapsus. Bref les antithermiques sont dangereux à dose élevée et inefficaces à dose moyenne.

La conclusion de l'auteur est que la fièvre est une réaction utile et salutaire qu'il faut respecter. Elle a pour effet d'éliminer hors de l'organisme les germes infectieux. Dès que la température interne augmente, ceux-ci fuient devant cette vague de chaleur, à laquelle ils ne sont pas adaptés et s'éliminent par les selles, les urines, la salive et tous les produits d'excrétion en général. Dès 1891, le professeur Bard avait déjà constaté l'influence stérilisante de la fièvre sur la flore intestinale. La fièvre est donc curatrice : elle ouvre toutes les portes de secours sur l'extérieur. On a tort d'insister auprès du médecin pour qu'il « coupe la fièvre ». D'abord il ne peut le faire efficacement qu'au détriment du malade en employant des doses élevées d'antipyrétiques, et ensuite il serait souvent plus indiqué d'exagérer, la fièvre si on en avait les moyens. Partant de cette conception, l'auteur expose le traitement de la fièvre sans antipyrétique.

Tumeur de la notochorde. — M. PEYROU (de Marseille).

Glycosurie et saccharosurie consécutives à l'ingestion de sucre cristallisé. — M. LE GOFF (de Paris). 100 g. de sucre donnés à jeun suffisent en général à produire de la glycosurie et de la saccharosurie transitoires chez l'homme sain. Pour déceler le saccharose dans l'urine, on dose d'abord le glucose par la méthode ordinaire, prenant ensuite une autre portion de l'urine on y ajoute quelques gouttes d'acide chlorhydrique ou d'acide sulfurique, on fait bouillir, le saccharose est interverti, on neutralise et l'on dose de nouveau le pouvoir réducteur par la méthode du liquide cupropotassique.

L'augmentation de ce pouvoir représente le saccharose contenu dans l'urine. Par suite de la facilité avec laquelle le sucre cristallisé détermine de la glycosurie, il y a lieu d'en surveiller l'usage chez les sujets dont la vie est sédentaire, chez ceux qui ont des antécédents diabétiques ou cancéreux. On peut se demander également si le passage constant dans l'organisme du saccharose n'est pas susceptible d'y produire des troubles conduisant à la glycosurie permanente.

XXe CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE (6-9 OCTOBRE 1920). — Le XXe Congrès de l'Association française d'urologie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le mercredi 6 octobre 1920.

La question suivante a été mise à l'ordre du jour du Congrès : Résultats éloignés des différentes méthodes d'opérations pratiquées contre l'hypertrophie de la prostate. Rapporteur : M. le prof. Pousson (de Bordeaux).

MM. les membres de l'Association sont priés d'envoyer le titre de leurs communications à M. O. Pasteau, secrétaire général, 13, avenue de Villars, à Paris (VIIe).


ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE
VALÉRIANATE GABAIL
DÉSODORISÉ
LABORATOIRE: 3, rue de l'Estrapade, PARIS

ICTÈRE D'ORIGINE HÉPATIQUE

PAR INGESTION D'EXTRAIT ÉTHÉRÉ DE FOUGÈRE MALE

Par J. COLOMBE,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Parmi les accidents toxiques consécutifs à l'absorption d'extrait éthéré de fougère mâle, l'ictère n'est pas l'un des plus fréquents. Les traités et manuels de thérapeutique le passent souvent sous silence. Il est cependant signalé par Richaud (1), et plusieurs observations en ont été longuement relatées, tant à l'étranger qu'en France (2). Son étude présente, en effet, comme celle de l'amaurose, un intérêt particulier, car sa pathogénie prête à discussion. Depuis que la notion des ictères hémolytiques est, par les travaux de Chauffard et de Widal, mise à l'ordre du jour, beaucoup d'ictères toxiques ont été attribués à un processus hémolytique, et l'ictère filicique a été du nombre. Sans négliger le rôle du foie dans le mécanisme de son apparition, plusieurs auteurs ont attaché une importance prédominante à l'hémolyse. L'observation suivante n'a d'autre but que d'apporter un fait nouveau à l'étude de cette question.

M. C..., homme d'une trentaine d'années, émet depuis plusieurs mois des anneaux de tænia. Il éprouve des vertiges et désire prendre un tænifuge.

Antécédents : croup, rougeole et varicelle dans l'enfance. Il a contracté le paludisme dans le Sud-Algérien en mai 1916; depuis cette époque jusqu'en juin 1919, il a eu plusieurs accès qui ont nécessité des séjours répétés à l'ambulance ou à l'hôpital. En février 1917, pendant un de ces séjours, crise dysentérique avec selles sanglantes traitée par l'émétine. En septembre 1918, il est hospitalisé en Tunisie pour paludisme et dysenterie; pendant sa convalescence, il est soigné pour le tænia et absorbe 10 capsules d'extrait éthéré de fougère mâle; 24 heures plus tard, vomissements et ictère avec douleur et hypertrophie du foie; on pense à un abcès du foie; l'ictère dure environ un mois.

Le 5 septembre 1919, M. C... prend 14 capsules contenant chacune 0,50 cg. d'extrait éthéré de fougère mâle et 0,05 cg. de calomel à raison de 2 capsules toutes les 10 minutes; les précautions usuelles sont observées : régime lacté, pas d'huile de ricin. Il a dans la journée plusieurs selles, mais n'expulse pas le tænia.

Le 6 septembre au matin, vomissements abondants, répétés, douloureux, de coloration blanche, jaunâtre; douleurs abdominales; émission de deux selles; léger tremblement des membres inférieurs, qui est transitoire. A midi, le malade présente une teinte ictérique légère des conjonctives et de la peau. Les pupilles sont dilatées. Pouls : 76, bien frappé. T. : 36° (axillaire). Abdomen souple, non douloureux à la palpation; foie plutôt petit. Pas de refroidissement des extrémités; pas de troubles de la vue. Oligurie avec urines foncées. Examen cardio-pulmonaire négatif.

Le soir, pouls : 60, bien frappé. La journée a été calme, sans vomissements nouveaux ni douleurs. Légère céphalée après lecture. Foie de dimensions normales. La teinte ictérique n'a pas varié. Constipation. Les urines, un peu moins foncées, ne contiennent ni albumine, ni sucre; réaction de Gmelin négative (disque de pigment rouge brun); réaction de Hay positive.

Traitement : lait, tisanes, eau albumineuse.

Le 7 septembre, bon état général. Aucun phénomène nouveau : ni troubles de la vue, ni tremblement des membres. Mais l'ictère est net, la constipation persiste, les urines sont un peu moins foncés. T. : 36° (axillaire). Pouls : 52, bien frappé, régulier. Pas de prurit. Langue saburrale. Matité hépatique de dimensions normales; la rate n'est pas perceptible. On ajoute au traitement 40 g. de lactose et un lavement.

Le 8 septembre, état stationnaire. Une selle obtenue par lavement est de teinte café au lait. Pouls : 48. Tension artérielle (Pachon) : 16,5-8; oscillation maxima : 9; dicrotisme net. La matité hépatique mesure 7 cm. sur la verticale mamelonnaire; la rate n'est pas percutable. Urines : la recherche des pigments biliaires (procédé de Grimbert), de l'urobiline et de l'urobilinogène (procédés à l'acétate de zinc et au paradiméthylaminobenzaldéhyde) est négative. La réaction de Hay est nettement positive, bien qu'un peu tardive. On note la présence d'indol en quantité considérable.

On permet une alimentation légère : potages, purées.

Le 9 septembre, l'ictère est moins accusé. Une selle, obtenue par lavement, est de teinte café au lait, un peu grisâtre. Les urines sont plus abondantes. Pouls : 60. Le malade se plaint de légers picotements sur la peau, particulièrement au niveau des cuisses. L'auscultation pulmonaire révèle quelques râles sibilants à la base droite en arrière. L'appétit est sensible. Même régime, auquel on ajoute 100 g. de viande rouge pulpée.

Le 10 septembre, l'amélioration continue. L'ictère est en voie de régression rapide; les conjonctives sont à peine teintées. Foie toujours petit. Les urines, beaucoup plus claires, ne contiennent pas d'albumine; la réaction de Hay est tardive et très faible. Le malade se lève et augmente son régime alimentaire. Sulfate de soude à petites doses.

Le 15 septembre, l'ictère a complètement disparu, et le malade peut être considéré comme guéri.

L'intérêt de cette observation réside dans la constatation des signes cliniques et urologiques de rétention des sels biliaires : réaction de Hay positive pendant plusieurs jours, bradycardie, léger prurit. Ces témoignages d'une altération de la cellule hépatique apportent un fait nouveau et important dans la discussion ouverte sur la pathogénie des ictères toxiques dus à l'extrait éthéré de fougère mâle.

Grawitz, qui en a relaté plusieurs cas (1), attribuait l'ictère à une destruction exagérée des globules rouges dans le foie; chez un sujet non ictérique, il avait signalé une diminution du nombre des hématies après l'ingestion du médicament. C'est sur ce seul signe hématologique, l'anémie, et sur l'existence de l'hypertrophie splénique que se basent Étienne et Perrin pour classer le cas d'ictère filicique qu'ils ont observé parmi les ictères hémolytiques; leurs recherches de la fragilité globulaire, des hématies granuleuses, du pouvoir hémolytique du sérum sont demeurées vaines, ainsi d'ailleurs que l'étude des réactions des pigments et sels biliaires dans les urines. L'observation de R. de Gau-

---

(1) Richaud. *Précis de thérap.*, 1911, 2e édition, p. 759.

(2) Bouteiller. Des accidents causés par la fougère mâle, *Th. de Bordeaux*, 1895 (2 obs. pers.). — Etienne et Perrin. Ictère par hémolyse après ingestion d'extrait de fougère mâle, *XIIe Congrès franç. de méd.*, Lyon, 22-25 oct. 1911; — Deux cas d'ictère par hémolyse après ingestion d'extrait de fougère mâle, *Progrès méd.*, 10 fév. 1912. — Achard et Saint-Girons. Ictère par hémolyse consécutif à l'ingestion d'extrait éthéré de fougère mâle, *Progrès méd.*, 9 nov. 1912.

(1) Voir Bouteiller. Loc. cit.

léjac, rapportée également par ces auteurs (1), signale seulement des symptômes cliniques d'anémie. Dans le cas de Achard et Saint-Girons, la réaction de Gmelin est faiblement positive dans l'urine; il n'existe ni hématies granuleuses, ni hémolysines; mais la fragilité globulaire étudiée par le procédé des hématies déplasmatisées donne, au premier examen, un résultat probant.

En présence de ces constatations hématologiques, les auteurs, partisans de l'origine hémolytique des ictères toxiques dus à l'extrait éthéré de fougère mâle, pensent que leurs recherches ont déjà surpris le sang « en voie de restauration active » (Etienne et Perrin), « l'hématolyse n'ayant dans cette intoxication filicique, d'ailleurs toute passagère, qu'une durée fort courte » (Achard et Saint-Girons).

Comme Grawitz qui admettait le rôle du foie dans la destruction globulaire, Etienne et Perrin attribuent d'ailleurs au foie un rôle secondaire et rappellent les résultats expérimentaux de van Aubel qui a produit la cirrhose hépatique chez le chien par administration répétée de l'acide filicique.

L'observation précédente met hors de doute, semble-t-il, cette participation du foie dans la pathogénie de certains ictères filiciques : si elle manque de recherches hématologiques, elle fournit des preuves indiscutables de lésion de la cellule hépatique : présence prolongée de sels biliaires dans l'urine, bradycardie très nette, léger prurit, signes qui ne se rencontrent pas dans les ictères purement hémolytiques. Aussi convient-il d'admettre, dans le groupe des ictères toxiques consécutifs à l'ingestion de fougère mâle, à côté des ictères par hémolyse, des ictères d'origine hépatique. Cette conclusion est conforme à l'opinion émise par Brulé sur la nature de la plupart des ictères toxiques (2) et aux résultats des recherches cliniques, anatomo-pathologiques et expérimentales obtenus par de nombreux auteurs dans l'étude des ictères par intoxication phosphorée, chloroformique ou picrique. Il est fort possible d'ailleurs que beaucoup de ces ictères toxiques relèvent d'un mécanisme mixte, à la fois hémolytique et hépatique. « Peut-être, écrit Brulé (3), au cours de certaines affections dans lesquelles les lésions hépatiques interviennent certainement pour une grande part, existe-t-il parallèlement des destructions globulaires atténuées, qui peuvent faciliter l'apparition de l'ictère. »

Dans le but de vérifier le rôle du foie dans la pathogénie de l'ictère filicique, j'ai tenté l'expérience suivante sur le cobaye.

Expérience. — La recherche des sels biliaires dans l'urine, avant l'expérience, est négative.

Le 26 novembre 1919, ingestion de 1 cmc. environ d'extrait éthéré de fougère mâle, mélangé au lait.

(1) *Progrès méd.*, 10 fév. 1912.

(2) M. Brulé. *Recherches récentes sur les ictères*, Paris 1919. « On peut affirmer aujourd'hui que pléiochromie et phénomènes hémolytiques manquent dans la grande majorité des ictères toxiques. » (P. 17.) « Bien des ictères toxiques ont été aussi attribués, à tort croyons-nous, à des phénomènes hémolytiques. » (P. 177.)

(3) Loc. cit., p. 173.

27 novembre : réaction de Hay faiblement positive, mais tardive, dans l'urine; recherche des pigments biliaires et de l'urobiline négative.

28 novembre : réaction de Hay précoce, mais faible.

30 novembre : réaction de Hay négative; urines foncées.

2 décembre : réaction de Hay très minime et très lente.

4 décembre : réaction de Hay absolument nulle, urines plus claires.

Pendant toute cette période, le cobaye n'a jamais présenté le moindre subictère des conjonctives.

7 décembre : 2e essai d'ingestion d'extrait éthéré. Le cobaye présente aussitôt après les phénomènes suivants : agitation, mouvements d'inspiration profonde, poil hérissé, et meurt 10 minutes après l'ingestion.

L'autopsie montre un estomac très distendu par la bouillie ingérée.

Si la présence des sels biliaires dans l'urine ne provient pas, dans cette expérience, du contact, rendu aussi fugace que possible, de l'urine avec les matières fécales, elle atteste une légère altération de la cellule hépatique. L'expérience aurait, du reste, besoin d'être renouvelée.

Plusieurs observations d'ictère consécutif à l'ingestion d'extrait de fougère mâle rapportées par Bouteiller dans sa thèse, ont trait à des malades antérieurement atteints de cirrhose du foie (obs. V et VI, de Grawitz; obs. VIII et IX); le foie, au cours de ces cirrhoses alcooliques ou syphilitiques, a constitué un locus minoris resistentiæ qui a évidemment favorisé l'apparition de l'ictère. On est d'autant plus fondé à retenir l'importance de ce facteur prédisposant chez certains sujets que des observations anciennes, comme celles de Bérenger-Féraud (1), montrent, au milieu d'accidents toxiques graves, l'absence d'ictère après absorption de doses considérables d'extrait de fougère chez des individus jeunes, exempts de tare hépatique.

Il ne paraît pas douteux que, chez le malade que j'ai observé, les nombreux accès de paludisme antérieurs ont de même, en lésant plus ou moins gravement le foie, favorisé l'éclosion de l'ictère filicique. Un premier traitement par la fougère mâle, en septembre 1918, pendant un séjour à l'ambulance pour paludisme et dysenterie, avait déjà provoqué des accidents (vomissements, ictère, hypertrophie et douleur hépatiques) qui avaient fait soupçonner l'apparition d'un abcès du foie. Chez ce malade, la fragilité hépatique a, une seconde fois, déterminé l'éclosion d'un ictère léger, de courte durée, mais dont les caractères cliniques et urologiques attestent nettement l'origine. Il importe de ne pas perdre de vue cette débilité viscérale chez les nombreux sujets atteints, pendant la guerre, de paludisme, de dysenterie, de néphrite, d'intoxication par gaz, et d'user à leur égard d'une sage prudence thérapeutique.

(1) Bérenger-Féraud. De la valeur tænifuge de la fougère mâle de Normandie. *Bull. gén. de thérapeut.*, 1886, t. CX, p. 481.

ACTUALITÉS

Y A-T-IL PLUSIEURS SYPHILIS?

MM. C. Levaditi et A. Marie (de Villejuif) viennent d'appeler l'attention sur des faits assez troublant, faits cliniques et faits expérimentaux.

Les faits cliniques sont connus, *grosso modo*, mais peu se présentent avec autant de netteté que dans l'observation de Morel-Lavallée, relative à une fille qui contamina successivement cinq jeunes gens, lesquels moururent tous, dans un délai plus ou moins long, paralytiques généraux. Quelques observations du même genre ont été recueillies par divers auteurs et l'opinion courante était que les complications nerveuses tardives de la syphilis, ce que l'on appelait la parasyphilis, dépendent de la nature du terrain sur lequel le germe se développe plus que de la qualité du germe lui-même. Cependant certaines constatations s'imposent. C'est d'abord que la syphilis nerveuse ne s'accompagne ordinairement que de manifestations cutanées assez limitées et bénignes, et inversement, comme on le voit dans les pays intertropicaux où les accidents cutanés et viscéraux s'accusent tandis que la paralysie générale et le tabes se montrent presque inexistants. C'est, en second lieu et surtout, que, dans la contamination conjugale, la syphilis transmise présente toujours les mêmes caractères, nerveux ou cutanés, que celle du sujet contaminant. Dès lors on a été amené à admettre qu'il existe deux types cliniques de syphilis et probablement deux races correspondantes de tréponèmes, le tréponème dermotrope, responsable des accidents cutanés, muqueux et viscéraux, et le tréponème neurotrope, responsable des accidents nerveux.

Les faits expérimentaux semblent conduire à une conclusion identique. Depuis la découverte, par Noguchi, de tréponèmes dans le cerveau des paralytiques généraux, il n'est plus contesté que cette affection soit, de même que le tabes, d'origine nettement syphilitique. Y a-t-il entre le tréponème des centres nerveux et celui des lésions superficielles des différences permettant d'expliquer le tropisme de chacun d'eux et, par suite, l'évolution particulière qu'ils confèrent à l'infection? Telle est la question que MM. Levaditi et A. Marie ont cherché à élucider. Le résultat de leurs expériences a été le suivant : 1° l'incubation du virus neurotrope est plus longue que celle du virus dermotrope; 2° les lésions produites par le premier sont plus superficielles que celles du second; elles déterminent moins d'infiltration et d'ulcération; 3° la virulence est inégale; le germe dermotrope reste virulent pour le singe après nombreux passages chez le lapin; le germe neurotrope cesse d'être virulent après un seul passage; 4° enfin une première inoculation de virus dermotrope protège contre une nouvelle inoculation de celui-ci mais non contre une inoculation de virus neurotrope. Les auteurs en déduisent qu'il s'agit bien de deux races différentes de tréponèmes, expliquant, suivant que l'une ou l'autre entre en jeu, la forme spéciale que revêt l'infection.

***

Mais la question de la pluralité des germes syphilitiques est loin d'être aussi simple qu'elle le paraît. Si des faits cliniques semblent la résoudre par l'affirmative, d'autres incitent plutôt à adopter la négative. En effet, après Kraft-Ebing, M. J. A. Sicard rapporte des cas où la tentative de réinoculation syphilitique, chez des paralytiques généraux, fut suivie d'échec. De plus, si la syphilis cutanée intense donne rarement lieu à la paralysie générale et au tabes (je ne parle pas des hémiplégies et paraplégies dues à l'artérite et par conséquent au virus dermotrope), cependant on note parfois, ainsi que l'avait signalé A. Fournier, chez ces mêmes malades, des accidents nerveux très tardifs. Comment interpréter ce retentissement, cette localisation éloignée, si l'on admet la dualité originelle des germes?

M. Pagniez fait, de son côté, valoir un argument semblable. « Le laboratoire, dit-il, ne peut trancher cette question de savoir si le futur paralytique général est contaminé *dès le début* par cette variété spéciale de tréponème, ou si, au contraire, cette variété ne représente que le résultat d'une adaptation progressive, due précisément à la vie du parasite dans les centres nerveux » (1). Cette adaptation admise, créant une variété de parasite à neurotropisme fixe et exclusif, on comprendrait que l'éclosion des accidents parasyphilitiques soit due à la contamination par une telle variété.

Ici se présente néanmoins une difficulté, indiquée par M. J. A. Sicard. La syphilis à virus neurotrope ne peut guère être contagieuse qu'à la période de chancre, puisque, dans cette forme, les accidents superficiels sont réduits au minimum et que, en vertu de son tropisme, le parasite gagne rapidement les centres encéphalo-médullaires. Donc les cas de syphilis nerveuse devraient diminuer de nombre. Or, il semble, au contraire, que leur fréquence augmente sensiblement.

***

En définitive, nous en restons à peu près toujours au même point. S'agit-il d'une variété adaptative? Est-ce affaire de terrain individuel? Il y a des arguments pour l'une et l'autre alternative. Seule la biologie expérimentale mettra fin au débat, mais déjà certaines notions sont importantes à rappeler, car elles ont été un peu perdues de vue.

On ne saurait comparer le polymorphisme des bactéries à celui des protozoaires. Les premières se modifient avec la plus grande facilité; il n'en est pas ainsi des seconds, qui ont héréditairement des conditions de vie plus étroites, et ne présentent en conséquence qu'un polymorphisme d'évolution (et non d'adaptation), comme l'hématozoaire par exemple. De fait, je ne crois pas qu'on ait signalé de différences appréciables de formes ou de réactions histochimiques entre le tréponème neurotrope et le tréponème dermotrope. Mais cela n'empêche pas que les protozoaires parasites aient une faculté d'adaptation temporaire qu'on désigne sous le nom de *résis-*

(1) *Presse méd.*, 1er mai 1920.

tance et qu'on peut aussi bien observer chez les protozoaires libres. On a remarqué, en effet, que les agents chimiothérapiques ou, plus exactement parasitotropes, sont plus nombreux et plus efficaces contre les protozoaires que contre les végétaux inférieurs. On a remarqué aussi que les protozoaires peuvent s'adapter progressivement à ces substances chimiques, leur résister, caractère acquis et non transmissible, mais qui peut persister dans les générations soumises aux mêmes conditions. Cette résistance atténue, en même temps, comme il est facile de le comprendre, leur nocivité spécifique, leur virulence.

Ceci posé, il est bien certain que tous les tréponèmes ne trouvent pas, chez les individus qu'ils infectent, les mêmes conditions de milieu. C'est l'action du terrain qui joue un rôle en matière de syphilis comme de paludisme ou de maladie du sommeil, mais beaucoup moins important que quand il s'agit d'infections bactériennes. A ce rôle du terrain (qu'éclaire cette double constatation : la syphilis tropicale est surtout dermotrope, la syphilis neurotrope augmente de fréquence en Europe et aux Etats-Unis), s'ajoute celui des médicaments à résistance, mercure et arsenic surtout. Par suite, des tréponèmes, atténués par l'une ou par l'autre de ces circonstances, peuvent, comme dans les expériences de MM. Levaditi et A. Marie, présenter une évolution retardante, une action lésionnelle moins énergique, ce qui rend compte du reste, au moins autant que la localisation, du peu d'efficacité relative des médicaments usuels dans la syphilis nerveuse. Mais ces caractères ne sont pas définitifs. Transmis à d'autres sujets, les tréponèmes récupèrent leurs anciennes propriétés, à moins que les conditions qui ont créé leur atténuation ne se retrouvent de nouveau, soit d'emblée, soit plus tard, et alors la réinoculation expérimentale tentée avec ces germes sera positive ou négative suivant que le milieu du sujet réinoculé est différent ou semblable. Dans tous les cas le tréponème reste le même, capable de produire la même maladie; il est donc unique, autant qu'il semble jusqu'à présent. Ce sont les circonstances, naturelles ou artificielles, qui changent et qui, changeant, lui imposent momentanément une autre allure.

Paul, quand il fait froid, prend un pardessus et s'agite pour se réchauffer; quand il fait chaud, il se déshabille et s'immobilise pour ne pas transpirer. Dans les deux circonstances, malgré le changement d'habitus, Paul n est-il pas toujours Paul?

J. LAUMONIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 20 AOUT 1920)

Sur une culture pyocyanique. — M. C. Gessard.

Atténuation des effets pathogènes de certains microbes par des mélanges avec les mêmes microbes morts. — M. J. Danysz et Mme St. Danysz.

Les microorganismes persistant dans le lait après la pasteurisation : leur rôle sur la décomposition de l'eau oxygénée. — M. M. Fouassier.

Prix décernés. — L'Académie des sciences a décerné pour 1920 les prix suivants :

Médecine et chirurgie. — Prix Montyon. — Un prix de 2.500 fr. est décerné à MM. Pierre Delbet et Noël Fiessinger, pour leur ouvrage intitulé : *Biologie de la plaie de guerre.*

Un prix de 2.500 fr. est décerné à M. Joseph Franchini pour ses divers travaux sur les protozoaires pathogènes.

Un prix de 2.500 fr. est décerné à M. François Maignon pour son ouvrage : *Recherches sur le rôle des graisses dans l'utilisation des albuminoïdes.*

Une mention honorable de 1.500 fr. est attribuée à MM. Henri Alezais et Albert Peyron pour leurs recherches sur l'histogenèse de certains groupes de tumeurs.

Une mention honorable de 1.500 fr. est attribuée à M. Maurice Heitz-Boyer pour ses recherches concernant la physiologie et la chirurgie osseuses.

Une mention honorable de 1.500 fr. est attribuée à M. P. Lassablière pour ses études sur le lait et l'alimentation des nouveau-nés.

Prix Barbier (2.000 fr.). — Le prix est décerné à M. Albert Berthelot pour ses recherches sur la flore intestinale.

Prix Bréant. — Un prix de 3.000 francs est décerné à MM. Auguste Marie et Levaditi pour leurs travaux sur la paralysie générale.

Un prix de 2.000 fr. est décerné à M. Henri Violle pour son ouvrage sur *Le Choléra.*

Prix Godard (1.000 fr.). — M. Henri Chabanier pour son mémoire : *Etudes des lois numériques de la sécrétion rénale.*

Prix Dugaste. — Un encouragement de 1.000 fr. est accordé à M. Jules Leclercq pour son mémoire : *Au sujet des inhumations précipitées.*

Un encouragement de 500 fr. est accordé à M. Albert Terson pour son mémoire : *Signes et nouveaux réactifs oculaires de la mort.*

Prix Bellion (1.400 fr.). — Le prix est décerné à MM. M. Courtois-Suffit et René Giroux pour leur ouvrage : *La Cocaïne.*

Prix du baron Larrey (750 fr.). — Le prix est décerné à M. Peyrot pour son mémoire : *Etude sur la médecine sociale dans le Palatinat bavarois.*

Physiologie. — Prix Montyon (750 fr.). — Le prix est décerné à M. Emile F. Terroine pour son ouvrage : *Contribution à la connaissance de la physiologie des substances grasses et lipoïdes.*

Prix Lallemand (1.800 fr.). — Le prix est décerné à MM. Paul Sollier, Marius Chartier, Félix Rose et Ch. Villandre pour leur ouvrage : *Traité clinique de neurologie de guerre.*

Prix L. La Caze (10.000 fr.). — Le prix est décerné à M. Maurice Arthus pour l'ensemble de ses travaux.

Prix Martin-Damourette (1.400 fr.). — Le prix est décerné à M. J.-F. Heymans pour son ouvrage : *Iso-hyper et hypothermisation de mammifères par calorification et frigorification du sang de la circulation carotido-jugulaire anastomosée.*

Prix Philippeaux (900 fr.). — Le prix est décerné à M. Ch. Dhéré pour ses recherches sur l'hémocyanine.

Fonds de recherches scientifiques. — Fonds Charles Bouchard (5.000 fr.). — L'annuité est attribuée à M. Charles Vaillant en récompense de ses travaux de radiographie qu'il a payés d'une série de douloureuses mutilations.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 30 JUILLET 1920) [*fin*]

Trophœdème chronique et spina bifida. — MM. A. Léri et Engelhard présentent une malade atteinte d'un trophœdème chronique de tout le membre inférieur droit et d'une malformation sacrée (spina bifida occulta ou malforma-

tion congénitale analogue). Les auteurs se demandent s'il existe une relation entre le trophœdème et le spina bifida ou s'il s'agit de deux malformations associées chez le même malade.

Les lésions médullaires au cours de l'hérédo-ataxie, de la maladie de Friedreich et de la paraplégie spastique familiale. — MM. Ch. FOIX et TRÉTIAKOFF. De ce travail, basé sur l'examen anatomique de 5 cas de maladie de Friedreich et de 4 cas d'hérédo-ataxie cérébelleuse, les auteurs concluent : 1° à l'individualité anatomique des lésions cérébelleuses de l'hérédo-ataxie; 2° à la nature plutôt toxi-infectieuse des lésions dont la systématisation est loin d'être absolue; toutes réserves faites pour les prédispositions héréditaires qui peuvent constituer sur tel ou tel point du névraxe une cause d'appel.

De l'interprétation des orthoradiogrammes cardiaques. — M. C. LIAN expose sa méthode qui résulte de recherches faites au Havre avec la collaboration de M. Duhain, radiologiste des hôpitaux de Lille.

Il attache peu d'importance aux diamètres classiques longitudinal et transversal. En effet, ces lignes coupent dans une direction arbitraire les diverses cavités cardiaques, aussi ne correspondent-elles à aucune donnée anatomique et sont-elles d'une interprétation à la fois variable et complexe.

Il table sur des mensurations de lignes ou d'angles qui sont en rapport direct avec des données anatomiques caractérisant chacune des diverses cavités cardiaques.

Pour le ventricule gauche, il mesure la corde du bord ventriculaire gauche, c'est-à-dire la ligne droite rejoignant la pointe au point G qui marque sur le bord gauche la limite entre le ventricule et l'auricule gauches. Afin d'apprécier la convexité du bord gauche, il mesure la flèche qui rejoint cette corde au point le plus saillant du bord ventriculaire gauche. Ou encore il mesure à l'aide d'un fil la longueur de ce bord gauche lui-même.

Pour le ventricule droit, il mesure la corde du bord ventriculaire droit ou corde du bord inférieur de l'ombre cardiaque, c'est-à-dire la ligne qui rejoint la pointe à la limite du ventricule droit et de l'oreillette droite, limite qui, en général, siège approximativement au point de contact D' de l'ombre cardiaque avec l'hémidiaphragme droit.

Pour la masse ventriculaire, il mesure la dimension classique qui est connue sous le nom de diamètre oblique et qui, rejoignant les points D' et G correspond grosso modo au sillon interauriculoventriculaire. Il calcule aussi la surface du triangle ventriculaire circonscrit par le diamètre oblique et les deux cordes ventriculaires gauche et droite. Il établit enfin le rapport : corde ventriculaire droite; corde ventriculaire gauche.

Pour l'oreillette droite, il mesure avec un rapporteur l'angle que fait l'oreillette droite avec le diamètre oblique, angle volumétrique auriculaire droit. Cette donnée s'ajoute à l'appréciation classique de l'importance plus ou moins grande du débord à droite et de la convexité de ce bord auriculaire droit (arc inférieur du bord droit).

Pour l'oreillette gauche, il se contente de l'appréciation classique basée sur l'abaissement de G et la convexité plus ou moins marquée de l'arc moyen du bord gauche.

Ces diverses mensurations permettent de déduire des renseignements précieux d'un orthoradiogramme cardiaque recueilli en position frontale. En s'ajoutant aux données fournies par l'examen dans les positions obliques et par les mesures de profondeur du ventricule gauche (angle de disparition de la pointe en OPD et indice de profondeur de Vaquez et Bordet), elles permettent d'apprécier l'importance respective des diverses cavités cardiaques, notion capitale au point de vue clinique.

Traitement de la fièvre typhoïde par une émulsion microbienne préconisée par A. Mauté. — MM. A. FLORAND et P. NICAUD ont traité un certain nombre de cas de fièvres typhoïde et paratyphoïde par les injections intraveineuses d'une émulsion microbienne obtenue en partant d'un microbe isolé de l'eau. L'injection est faite à un taux qui a varié de 20 à 50 millions. La réaction consécutive dépend des doses employées. Au taux précédent elle est marquée par un frisson suivi de sueurs avec une ascension thermique. L'action sur la courbe est rapide, souvent après la première injection. La chute se fait de façon brusque, ou en lysis, ou en échelons. Avec les doses moyennes ce dernier mode est le plus fréquent.

Deux ou trois injections consécutives peuvent être nécessaires et il peut être utile d'augmenter les doses injectées. L'état général s'améliore très rapidement. Les selles redeviennent normales, la langue se nettoie, l'appétit reparaît. On peut diminuer les réactions aux injections en employant des doses plus faibles ou en faisant précéder l'injection massive d'une injection préparante.

Il s'agit sans doute d'une action élective d'une protéine microbienne sur les ferments du sang. Les modifications du milieu sanguin assez brusques auraient une action empêchante sur le bacille d'Eberth ou les bacilles paratyphiques. Le résultat est rapide et définitif et différencie l'action de cette protéine microbienne de celle d'autres albumines hétérogènes, peptone ou métal colloïdal capable de provoquer des réactions vives sans résultat aussi complet ni aussi durable.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 3 JUILLET 1920)

Etude des techniques dans la détermination du rapport azotémique. — M. LAUDAT apporte les résultats d'une série de vérifications qu'il a faites des techniques qui servent actuellement à déterminer le rapport azotémique. Il en résulte qu'en opérant dans les conditions indiquées par l'auteur on peut doser l'urée et l'azote total même sur de faibles quantités de sérum avec une erreur qui ne dépasse pas 2 p. 100. Les résultats obtenus en appliquant cette technique paraîtront dans de prochaines communications.

La période antéallergique dans la tuberculose expérimentale du cobaye. — MM. R. DEBRÉ, J. PARAF et L. DAUTREBANDE ont étudié chez le cobaye la durée de la période antéallergique après inoculation de doses de bacilles de Koch, variant de 1 cg. à 1/1000 mmg., en pratiquant, chez ces animaux, des intradermo-réactions à la tuberculine tous les 2 jours, depuis la date de l'inoculation. La durée de la période antéallergique c'est-à-dire de la période qui s'écoule entre l'inoculation du bacille et la première intradermo-réaction positive est essentiellement fonction de la dose de bacilles inoculés. Elle varie de 3 jours pour 1 mg., à 28 jours pour 1/1000 de mg. L'apparition de l'allergie coïncide toujours exactement avec la première lésion perceptible au point d'inoculation.

Modification de la méthode histologique de Prenant par insolubilisation de l'éosine dans l'alcool au moyen de l'acide phosphomolybdique. Coloration élective des flagelles chez les protozoaires. — M. A.-Ch. HOLLANDE. Les préparations colorées à l'hématoxyline-éosine sont plongées dans un bain d'acide phosphomolybdique qui insolubilise l'éosine; on peut traiter ensuite par le vert-lumière. La différenciation, d'autant plus lente que l'action de l'acide phosphomolybdique a été plus prolongée, s'effectue dans l'alcool éthylique à 96°. Les résultats sont constants, facilement obtenus, et analogues à ceux donnés par une préparation réussie, colorée selon la méthode de Prenant. Après fixation au mélange cupropicro-formol acétique de l'auteur (ce fixateur renferme 4 g. d'acide picrique p. 100. *C. R. Soc. biol.*, 1er janv. 1918), et coloration à l'hématoxyline-éosine sans vert-lumière, les flagelles des protozoaires se colorent intensément en rouge vif. Cette élection de l'éosine pour les flagelles serait due probablement à une action spéciale du cuivre sur les substances protéiques du flagelle.

Le ferment protéolytique des tumeurs et du sang des cancéreux. — MM. LOEPER, FAROY et TONNET ont apprécié l'activité de ce ferment par l'action sur une solution titrée de peptones d'un extrait de tumeur maligne ou du sérum.

Comme l'érepsine dont il est très voisin, ce ferment transforme les peptones en acides aminés.

La transformation avec l'extrait de tumeur digestive est plus grande qu'avec la tumeur du sein.

L'activité du sérum de cancéreux est plus du double de celle du sérum normal.

Ces recherches ne visent pas comme celles d'Alderhalden à

établir la spécificité du ferment pour chaque variété de tumeurs, mais à donner un procédé de dosage comparatif. Elles permettent néanmoins d'expliquer la richesse constatée par les auteurs en acides aminés du sang des cancéreux et comportent peut-être des conclusions diagnostiques et pronostiques.

Coloration vitale du chondriome des cellules cartilagineuses par le bleu de méthylène. — MM. Horia, C. Slobozianu et Jean Turchini colorent vitalement le chondriome des cellules cartilagineuses par le bleu de méthylène et retrouvent les figures obtenues par les méthodes mitochondriales courantes.

Etude sur l'oxydation du carotène des crustacés et sur la présence, parmi les produits d'oxydation, d'un corps donnant les réactions d'une cholestérine. — M. Verne.

(Séance du 10 juillet 1920)

Kyste séreux du rein. — M. Sabrazès montre le revêtement endothélial en feuilles de chêne de ce gros kyste et donne des indications sur l'examen chimique du contenu (énorme hyperalbuminose), pas de lymphocytes ni d'hématies. Il l'impute à des troubles de développement d'une ébauche vasculaire lymphatique isolée en cæcum où s'exsudent les liquides plasmatiques de la poche qui est très vascularisée.

Rouget du porc chez l'homme. — MM. J. Sabrazès et L. Muratet. Une inoculation au doigt par l'aiguille chargée de 2e vaccin fut suivie de rouget local, après 4 jours d'incubation. Un fort badigeon iodé n'en empêcha pas le développement. Le pansement humide au sublimé à 1 p. 1.000 est le meilleur topique; appliqué dès la piqûre et maintenu pendant quatre jours, il préviendrait le mal. Il existait une leucocytose marquée et localement un taux assez élevé de mastleucocytes et d'éosinophiles. Le sang extrait des lésions ne cultivait pas, mais montrait de rarissimes bacilles du type rouget.

A propos d'une note de M. Ch. André sur l'élimination des matières colorantes par le rein. — M. Jean Turchini. L'étude cytologique de l'élimination rénale du bleu de méthylène permit à l'auteur de suivre le mécanisme de l'activité sécrétrice chondriosomique des cellules rénales. Les récentes expériences de Ch. André avec le trypanblau ne lui paraissent pas être aussi concluantes.

Les anticorps dans l'entérococcie expérimentale, leur mise en évidence par la réaction de fixation du complément. — M. Raoul Tricoire étudie la réaction de fixation du complément dans l'entérococcie expérimentale, il montre qu'elle apparaît très rapidement et persiste longtemps, plus de 4 mois, après la dernière inoculation: cette réaction met en évidence une parenté de groupe assez étroite entre le pneumocoque et le streptocoque et sépare nettement ces microbes du streptocoque.

Augmentation paradoxale de l'albumine du sérum de certains cancéreux. — MM. Lœper et Tonnet signalent chez les malades atteints de tumeurs malignes les variations notables du taux des albumines totales du sérum : tantôt normales, tantôt accrues et tantôt diminuées.

La diminution tient souvent à l'hydrémie, plus souvent encore à la cachexie.

L'augmentation, aux vomissements abondants et à l'assèchement des tissus.

Ce sont là des variations relatives.

L'hyperalbuminose réelle de 86 p. 100 et même 90 p. 100 se voit dans des grosses tumeurs de l'ovaire, du sein, de l'estomac et surtout du foie.

Elle s'oppose à l'augmentation déjà signalée du ferment éreptique.

Elle semble tenir à la mobilisation des albumines d'une tumeur volumineuse et fragile et à leur passage dans le sang.

La période antéallergique dans la tuberculose expérimentale du cobaye. — MM. R. Debré, J. Paraf et L. Dautrebande ont étudié les variations de la durée de la période antéallergique de la tuberculose expérimentale du cobaye suivant la voie d'inoculation du bacille.

Par injection intrapéritonéale, l'intradermo-réaction apparaît, pour une même dose de bacilles, dans les mêmes délais que par injection sous-cutanée. Par contre, en inoculant le bacille par voie intracardiaque, il y a un retard constant dans l'apparition de l'allergie; la période antéallergique dure huit à treize jours de plus qu'après l'inoculation sous-cutanée. L'autopsie des animaux montre que l'apparition de l'intradermo-réaction positive coïncide exactement avec l'éclosion de la première lésion perceptible au niveau des viscères (granulie splénique et pulmonaire).

Elections. — MM. Fourneau et Comandon sont élus membres titulaires.

(Séance du 17 juillet 1920)

La période antéallergique dans la tuberculose expérimentale du cobaye. — MM. R. Debré, J. Paraf et L. Dautrebande ont étudié l'influence que peut avoir sur la durée de la période antéallergique de la tuberculose expérimentale du cobaye la grossesse et l'âge de l'animal.

Ils ont pu constater que la grossesse à la fin de son évolution provoque chez la femelle tuberculeuse un retard dans l'apparition de la sensibilité tuberculinique malgré l'apparition à la date normale d'une lésion au point d'inoculation. En outre ils ont pu mettre en évidence après l'accouchement l'existence d'un véritable état anergique se traduisant par la disparition de l'intradermoréaction positive pendant une dizaine de jours.

Chez le cobaye nouveau-né la sensibilité à la tuberculine peut apparaître dans les mêmes délais que chez le cobaye adulte.

Recherche des pigments biliaires dans les selles de la dyspepsie du lait de vache chez le nourrisson (selles mastic, selles savonneuses). — MM. Marfan et Dorlencourt rappellent que la dyspepsie du lait de vache est caractérisée par l'émission de selles fermes, pâteuses, homogènes, presque blanches (selles mastic), alcalines, d'odeur putride, renfermant un excès d'indol et d'ammoniaque, et surtout un excès de savons alcalino-serreux (selles savonneuses). Ils se sont préoccupés d'étudier un des caractères de ces selles qui a été l'objet de discussions. Les pigments biliaires sont-ils présents dans ces selles? Sous quelle forme s'y trouvent-ils?

Ils font la critique de la réaction au sublimé, si répandue aujourd'hui, et indiquent la méthode qu'ils ont employée (réaction de Gmelin et alcool chlorhydrique pour la recherche de la biliverdine et de la bilirubine; réactions de Grimbert pour la stercobiline et le stercobilinogène).

Leurs recherches leur ont montré que, dans la selle mastic de la dyspepsie du lait de vache, l'absence complète de pigments biliaires est exceptionnelle; mais la bilirubine et la biliverdine qu'on y rencontre ordinairement sont en faible quantité. La stercobiline et le stercobilinogène font souvent défaut; ces deux corps sont presque toujours associés; le chromogène paraît plus abondant dans leur mélange. Ces constatations rendent compte de la décoloration des matières.

Ces caractères sont-ils dus à ce que la putréfaction, par son action réductrice, transforme les pigments en substances qui ne sont plus décélables par les procédés ordinaires? Ou sont-ils dus à ce que le foie insuffisant ne secrète plus suffisamment de bile. Sans se prononcer encore d'une manière ferme, les auteurs inclinent à accepter la seconde explication.

Etude de la takadiastase « in vivo ». — MM. P. Carnot, P. Gérard et F. Rathery, ont étudié *in vivo*, l'action de la takadiastase en injection intraveineuse chez le chien. Ils ont observé une glycémie légère survenant après une 1/2 heure et cessant très rapidement. Si on étudie non plus seulement le sucre libre, mais le sucre protéidique, on constate que le sucre total atteint le maximum de son augmentation dès une 1/2 heure après l'injection et cette augmentation persiste plusieurs jours; le sucre protéidique augmente plus lentement que le sucre libre mais reste plus longtemps à un taux élevé.

Etude de la zymase « in vivo ». — MM. P. Carnot, P. Gérard et F. Rathery, ont étudié l'action de la zymase *in vitro*

et *in vivo*. Ils ont utilisé pour la préparation, la technique de Lebedeff. La zymase paraît augmenter *in vitro* son pouvoir diastasique en présence du sang. *In vivo* on constate un abaissement de la glycémie très net mais passager, dès la 5e heure l'organisme réagit et rétablit à peu près son taux de glucose normal. La grande toxicité de ce corps et la nécessité d'en injecter de grandes quantités en rendit son maniement difficile pour l'usage thérapeutique.

La parenté des albumines des tumeurs et du sérum cancéreux prouvée par l'anaphylaxie. — MM. Loeper, Forestier et Tonnet, frappés de l'augmentation paradoxale des albumines de certains cancéreux ont tenté d'établir la parenté de ces albumines avec celles de la tumeur par l'anaphylaxie. Ils se servent non de l'extrait total de la tumeur ou du sérum complet, mais des albumines pures, précipitées par l'alcool puis redissoutes. Et ils les injectent à titre préparant ou déchaînant dans le cerveau du cobaye.

Les résultats, positifs dans 3 cas sur 4, où sont utilisés des tumeurs et des sérums homologues, négatifs dans 6 sur 6 quand on se sert de sérums étrangers et non cancéreux, tendent à prouver la parenté de ces albumines et le passage dans le sérum de certaines albumines de la tumeur.

Réaction de précipitation du benjoin colloïdal avec les liquides céphalo-rachidiens pathologiques. — MM. Georges Guillain, Guy-Laroche et Lechelle décrivent une nouvelle réaction basée sur la propriété de certains liquides céphalo-rachidiens pathologiques, contrairement aux liquides céphalo-rachidiens normaux, de précipiter avec des dilutions progressives une suspension colloïdale de benjoin; la précipitation est complète dans un certain nombre de tubes dont l'emplacement dans la série est variable suivant la maladie causale. On peut suivre par l'examen ultra-microscopique l'évolution de cette réaction et constater dans les tubes positifs l'arrêt des mouvements browniens et l'agglutination des corpuscules réfringents. La réaction a paru importante aux auteurs pour le diagnostic de la syphilis du névraxe, de la paralysie générale, du tabes, de la méningite tuberculeuse.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 11 JUIN 1920)

Kyste de l'ovaire. — M. Peraire présente un kyste de l'ovaire opéré à 3 mois 1/2 d'une grossesse et un fibrôme utérin extirpé au 4e mois de la grossesse. Dans les 2 cas, les grossesses ont évolué normalement. Donc, toute tumeur annexielle ou utérine diagnostiquée au cours d'une grossesse, à condition qu'elle ne dépasse pas le volume d'une noix, commande l'intervention à cause : 1° de la torsion ou de la rupture de la tumeur; 2° des accidents à craindre de dystocie grave ou d'avortement.

La P. G. P. traitée dès le début peut-elle guérir? — M. Goubeau a rapporté en février 1914 deux observations de P. G. au début traitées par le traitement mixte triple (arsénobenzol), puis Hg, puis K. I.) de façon intense et pénétrante chez lesquels une guérison apparente avait été obtenue. Cette guérison s'est maintenue depuis 7 et 8 ans chez ces 2 malades. Il ne faut donc pas désespérer de la guérison et ne pas hésiter à recourir au traitement spécifique au début de la P. G. P. A des questions posées par MM. Gastou et Pinard, M. Goubeau pense également qu'il est très difficile de dire quand commence la P. G. P. : en dehors des signes cliniques, les neurologistes l'affirment, quand il y a lymphocytose et Wassermann positif.

Action thérapeutique des radiations invisibles du spectre. — M. Ch. Benoit montre que les radiations ultra-violettes ont une action double suivant la distance de la surface à traiter à la source lumineuse : 1° action abiolique : foyer très près, courtes longueurs d'onde, action révulsive; 2° eubiolique : foyer à 1 m. 50 à 2 m., intervention des rayons à grande longueur d'onde, à pénétration très faible, action sur les capillaires superficiels et modifications profondes du sang qui y circule, d'où répercussion heureuse sur les organes profonds et l'état général. Les rayons infra-rouges ont une action surtout locale, ayant une grande facilité de pénétration; ils provoquent une vive hyperémie, modifiant en la vitalisant la structure des cellules. Ils sont aussi analgésiants et fibrolytiques.

Contrôle scientifique du travail musculaire et des impotences (*présentation d'appareil enregistreur*). — M. R. Dausset, montrant combien la mécanothérapie manque d'appareils de mesure, a pu, par les tracés du goniomètre enregistreur de Gallot, inscrire le nombre des mouvements effectués, leur amplitude en degrés et le travail produit en kilogrammètres. Ces tracés peuvent être pris sans modification de l'appareil pour tous les segments de membres. C'est un instrument de mesure scientifique analogue au milli-ampèremètre pour l'électricité.

L'examen radiologique dans les opérations de vissage du col du fémur pour pseudarthroses et fractures récentes. — M. Aubourg présente une série de clichés montrant les avantages du contrôle, au cours de l'opération, sous bonnettes, des repérages radioscopiques ou radiographiques faits avant l'intervention, car les repères peuvent se déplacer après l'incision de la peau. La sécurité de l'opérateur, est d'autant plus grande qu'il peut opérer sous le contrôle intermittent de l'écran et avoir ainsi la certitude de placer la greffe osseuse dans les meilleures conditions anatomiques.

Les purgatifs provoquent des crises chez certains épileptiques. — M. P. Hartenberg, sur 50 comitiaux, en a observé 12 chez lesquels des purgatifs divers, même à faibles doses, déterminent une recrudescence d'accidents.

L'auteur passe en revue les divers mécanismes possibles, réflexes, toniques, fonctionnels, de cette action.

A propos des accidents des arsenobenzols (*suite*). — M. Gougerot, d'après de nombreux cas recueillis depuis 1910, conclut que les accidents postarsenicaux n'ont pas le plus souvent une pathogénie unique : ils seraient dus à un mélange de lésions toxiques, de réactions d'Hersheimer et de reprise de la syphilis, mais de syphilis modifiée par l'arsenic, avancée, tertiarisée, à tendance destructive. Pour le traitement de ces accidents, il serait capital de déterminer la proportion de lésions toxiques et de résistance.

(SÉANCE DU 26 JUIN 1920)

Sur les tumeurs qui accompagnent la gravidité. — M. Dartigues présente le cas d'un kyste dermoïde de l'ovaire gros comme une tête d'enfant, opéré chez une femme enceinte de 2 mois, sous anesthésie rachidienne. Les vomissements quotidiens cessèrent après l'intervention et la grossesse continue normale. M. Dartigue pense que la plupart des tumeurs compliquant la grossesse doivent être opérées, les complications pouvant survenir étant plus graves que l'opération faite en temps opportun.

Chirurgie gastrique. Complications tardives postopératoires de l'ulcus du duodénum. — M. Pauchet montre que l'hyperacidité amène l'ulcus duodéno-jéjunal 1 ou 2 ans après l'opération, il faut donc la combattre à tout prix et contre l'ulcus, faire une gastrectomie large avec résection jéjunale. Il faut encore pour éviter l'ulcus, ne jamais employer de fil, mais du catgut pour les sutures et ne pas traumatiser l'intestin avec les doigts ou les instruments.

M. Leredde pense qu'il faut systématiquement rechercher la syphilis chez les malades atteints d'ulcus, et faire le traitement d'épreuve.

Essence de térébenthine et trachéo-fistulisation. — M. G. Rosenthal a pu, chez le chien, déterminer la tolérance expérimentale de l'injection intratrachéale transcutanée de l'essence de térébenthine, diluée au 1/10 dans l'huile. La dose à utiliser est approximativement de 1 cmc. Cette injection est à tenter contre les œdèmes diffus et congestions massives des poumons pour localiser en dernier ressort le processus morbide.

Les indications de la prostatectomie. — D'après M. Le Fur, la prostatectomie en 2 temps a considérablement

augmenté les indications de cette intervention. Bien peu de cas, en effet, ne relèvent pas de la prostatectomie transvésicale infiniment supérieure aux sondages. Elle doit être pratiquée dès que la rétention dépasse 250 à 300 gr. de résidu. Il faut savoir attendre, longtemps parfois, que la fonction rénale soit devenue bonne et que l'infection ait disparu, pour pratiquer le 2e temps.

Un cas de syphilis et de tuberculose traité par l'arsenobenzol et le manganate calcio-potassique. — Ce cas, rapporté en détail par M. MÉLAMET montre combien celui-ci a obtenu un résultat intéressant par la solution de manganate calcico-potassique, jointe au traitement spécifique. L'auteur projette des photographies de lames où, dans les crachats, on voit les bacilles de Koch, sous l'influence de sa méthode, perdre leurs caractères ordinaires, se désagréger. L'auteur pense qu'ils perdent leur virulence. L'inoculation au cobaye a permis de le prouver.

A propos des arsenobenzols. — M. LORTAT-JACOB établit par des faits la part que prennent les glandes à sécrétion interne dans l'intolérance des arsenobenzols ; il montre l'importance du syndrome dysthyroïdien et il en donne les signes. L'auteur fait remarquer aussi l'importance de la rupture de l'équilibre dans le jeu des glandes à sécrétion interne. Il pose les contre-indications du traitemunt intraveineux.

JURISPRUDENCE

ASSOCIATION MUTUELLE MÉDICALE EN CAS DE MALADIE DROIT A INDEMNITÉ

Une question intéressante d'interprétation des statuts d'une association mutuelle médicale, en cas de maladie, vient d'être soumise aux tribunaux. Ces statuts contenaient l'article 2 suivant :

« Elle (l'association) a pour but d'allouer une indemnité pécuniaire aux membres de l'association placés par la maladie *dans l'impossibilité absolue d'exercer leur profession, soit temporairement, soit d'une manière permanente.* »

Cette disposition était complétée par un article 23, aux termes duquel l'association allouait à ses membres participants une indemnité de 10 fr. par jour pour toute maladie dûment constatée par un administrateur ou un délégué, excédant une durée de huit jours et *entraînant l'incapacité absolue d'exercer la profession médicale.*

Comment entendre les mots *impossibilité ou incapacité absolue d'exercer la profession médicale ?*

Le Dr T..., qui était membre participant de l'association et qui avait régulièrement acquitté toutes les obligations à la charge des sociétaires, forma, à la suite d'une maladie, contre l'association une demande en justice tendant à obtenir une indemnité fondée sur les articles 2 et 23 ci-dessus indiqués, en disant qu'il se trouvait précisément dans les conditions qui lui permettaient d'exiger une indemnité tant que sa santé ne serait pas rétablie.

L'association, concluant au rejet de la demande, invoquait l'interprétation qui avait toujours été donnée aux mots « impossibilité absolue d'exercer la profession ». Elle était celle-ci : pour le sociétaire exerçant la profession médicale, l'incapacité absolue devait s'entendre de l'impossibilité de pouvoir faire des visites ou donner des consultations ; pour le sociétaire n'exerçant plus la médecine, pour raison d'âge ou changement de profession, le droit à l'indemnité était acquis par l'obligation de garder la chambre ou le lit ou par un état morbide chronique dûment constaté.

Le sociétaire, exerçant la médecine, devait prouver, d'après l'association, qu'il ne pouvait ni faire de visites, ni donner de consultations, pour avoir droit à l'indemnité fixée par les statuts ; il devait établir son incapacité absolue d'exercer. Le Dr T... faisait observer, en réponse, que s'il était possible à certains médecins spécialistes de se borner à donner des consultations à leur domicile, il en était autrement pour beaucoup d'autres qui, comme lui, pratiquaient la médecine générale et étaient le plus souvent appelés à sortir pour aller voir leurs malades ; ce que les sociétaires avaient eu en vue, c'était le cas où ils seraient privés du moyen effectif de gagner leur vie et que, n'ayant aucune spécialité, ils ne pouvaient tirer profit de consultations.

Le tribunal de la Seine, dans un jugement du 22 février 1912, n'a pas suivi la thèse du Dr T... Il a estimé que la clause de l'article 2 des statuts était très nette et précise et qu'elle ne pouvait par suite, contrairement à la prétention du Dr T..., être invoquée par le sociétaire qui, ne pouvant pas faire de visites, pouvait cependant donner des consultations.

La Cour d'appel de Paris a confirmé la décision des premiers juges dans un arrêt du 8 janvier 1920.

Il en résulte donc que, pour pouvoir invoquer une clause comme celle contenue dans l'article 2 des statuts ci-dessus indiqués, il faut que le médecin, pour avoir droit à l'indemnité prévue, prouve qu'il ne peut *ni faire de visites, ni donner des consultations,* c'est-à-dire qu'il est dans l'impossibilité ou l'incapacité absolue d'exercer la profession médicale.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

La Tension artérielle en clinique, sa mesure, sa valeur séméiologique (1), par M. Louis GALLAVARDIN.

Cette seconde édition de l'ouvrage de M. Gallavardin est presque un nouveau livre : la partie clinique a pris, en effet, un développement considérable que nécessitait le grand nombre de travaux parus dans ces dix dernières années.

M. Gallavardin a fort bien condensé la plupart de ces travaux en des chapitres abondamment illustrés de figures et de graphiques et dont chacun est suivi d'indications bibliographiques très précises. Nous voudrions pouvoir louer sans réserve cette remarquable étude d'ensemble : cependant il nous semble que la préférence que M. Gallavardin donne, aujourd'hui comme il y a dix ans, à la méthode de Riva-Rocci sur toutes les autres méthodes de mesure de la tension artérielle est surtout affaire de goût et d'expérience personnelle et ne justifie pas le quasi ostracisme dont il frappe l'oscillométrie à laquelle nous devons cependant tant de notions nouvelles et intéressantes, en dehors même de la prise des tensions.

L. LE SOURD.

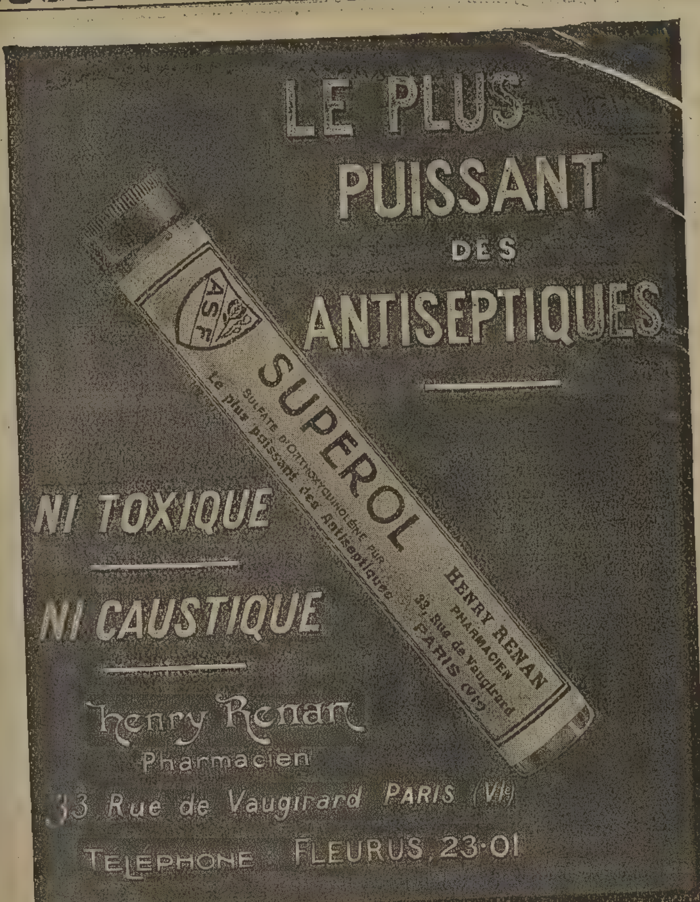
La Méningite tuberculeuse de l'enfant (2), par le Dr A. LESAGE.

Il semble difficile, au premier abord de dire quelque chose de nouveau sur la méningite tuberculeuse. Il est, en effet, peu d'affections qui aient été aussi souvent et aussi complètement étudiées, et qui aient été l'objet d'autant de descriptions didactiques. M. Lesage s'est cependant attelé à cette tâche, et on peut dire que, grâce à son expérience, et à ses connaissances approfondies en médecine infantile, il a pleinement réussi. Il passe successivement en revue toutes les notions relatives à la méningite tuberculeuse, rectifiant et complétant au besoin les données classiques. Il insiste sur l'hérédité, qu'explique peut-être, dans certains cas, la présence d'une tuberculose cérébrale congénitale ; détaille la symptomatologie, tout entière groupée autour de la somnolence, signe fondamental, et dont l'interprétation a pris tant d'importance en ces derniers temps ; consacre un chapitre substantiel, écrit en collaboration avec M. Collin, au diagnostic, et insiste, beaucoup plus qu'on ne le fait d'habitude, sur les formes cliniques. En somme, monographie intéressante, documentée, et, cependant, marquée au coin de cette originalité de bon aloi qui caractérise les œuvres de M. Lesage.

L. BABONNEIX.

(1) In-8 de 717 pages avec 200 figures. — Prix : 30 fr. — Paris, Masson et Cie.

(2) In-18 de 194 p. — Prix : 5 fr. net. — Paris, Masson et Cie.



Manuel médical. Formulaire thérapeutique, par le docteur Ernest LIOTARD (de Nice). — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

NOTES POUR L'INTERNAT

PLAIES DE LA PLÈVRE ET DU POUMON [1]

b. CHIRURGICALES. — *a. Gangrène gazeuse pleuro-pulmonaire.* — Rare ; tableau de shock avec dyspnée à marche progressive, sans cause appréciable, pouls petit rapide, facies révélateur : teinte terreuse, blafarde, abattement extrême et délire léger.

Le liquide retiré à la ponction est tantôt gris verdâtre à odeur fétide, tantôt séro-sanguinolent, rouge cerise sale. L'évolution est rapide en 36 à 48 heures.

b. Pleurésie purulente. — Elle apparaît précocement au 4e ou 5e jour ou tardivement au 15e ou 20e jour.

Signes généraux. — Température élevée à grandes oscillations. Etat général grave avec malaise, inappétence, insomnie, sueurs profuses, diarrhée.

Signes physiques. — Un seul est bon, c'est l'examen direct du liquide retiré par ponction. Il faut donc répéter souvent les ponctions et les faire en plusieurs endroits, en se rappelant l'existence fréquente de pleurésies cloisonnées. La pleurésie purulente est une complication redoutable qui amène souvent la mort, malgré le traitement chirurgical ; la forme précoce est plus grave que la forme tardive.

c. Infection du poumon. Abcès du poumon. — Tantôt précoces et gangréneux, tantôt tardifs et phlegmonneux ; ils se caractérisent par une recrudescence de la fièvre, des douleurs thoraciques vagues, une toux quinteuse persistante, puis une expectoration puriforme, mal odorante à l'examen, ils peuvent ne pas être décelés ou, au contraire, donner un foyer mat avec râles caverneux et souffle.

Parfois la symptomatologie peu nette peut faire penser à la tuberculose pulmonaire.

L'abcès gangréneux est grave, l'abcès phlegmonneux l'est moins ; mais tandis que le premier tire sa gravité de la qualité de sa flore, le second dépend de l'action chirurgicale (Grégoire et Courcoux). Parfois ils donnent lieu à une vomique, généralement, il se dirigent vers la paroi donnant une pleurésie purulente ou s'ouvrant au dehors.

C. **Complications tardives. Séquelles.** — Les blessés de la plèvre et du poumon peuvent conserver par la suite des troubles pulmonaires fonctionnels ; douleur, toux, hémoptysies, des troubles cardiaques, des troubles digestifs et à l'examen physique, on trouve :

1° LÉSIONS EXTÉRIEURES PARIÉTALES. — Cicatrices étendues et adhérentes ; déformations ; scoliose ; fistules après pleurésies et abcès du poumon ; ces dernières fistules broncho-cutanées étant très difficiles à guérir.

2° LÉSIONS PLEURALES. — Symphyse pleuro-pulmonaire.

3° LÉSIONS PULMONAIRES. — Cicatrices avec ou sans projectile inclus.

Tuberculose. — D'abord les troubles persistants pourraient faire penser à tort à la tuberculose ; mais une autre question se pose ; les plaies pleuro-pulmonaires prédisposent-elles au développement de la tuberculose pulmonaire ? Très discutée, la solution est résolue, semble-t-il, actuellement du côté de la négative.

PRONOSTIC. — Le pronostic des plaies pleuro-pulmonaires est très grave et la mortalité est bien supérieure d'après l'expérience de la guerre récente, aux notions admises jusque-là. Sur 100 blessés partis du poste de secours, 60 p. 100 atteindront seulement l'ambulance, 15 à 20 p. 100 mourront encore malgré le traitement et si on ajoute ceux qui meurent d'emblée sur le champ de bataille, on voit que moins de 23 p. 100 des blessés de poitrine arrivent à la guérison.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic pour les blessés de poitrine soulève 3 questions.

1° Y a-t-il pénétration ? Si oui.
2° Le blessé saigne-t-il encore ?
3° Le blessé est-il en voie d'infection ?

1° **Diagnostic de pénétration.** — Ce diagnostic est évident, en cas de thorax ouvert ; mais il peut être difficile en cas de plaie punctiforme. Seule l'hémoptysie donne la signature absolue de la lésion, ou bien l'emphysème sous-cutané ou la présence d'un hémothorax ou d'un pneumothorax. En dehors de ces cas, le diagnostic est impossible, mais il est pratiquement sans intérêt.

2° **Diagnostic d'hémorragie.** — On trouve les signes d'un épanchement, le chirurgien doit aller rechercher si l'hémorragie est arrêtée ou en cours ?

Ce diagnostic, facile si le thorax est ouvert, est plus difficile en cas de thorax fermé.

On pourra se baser sur les signes suivants :

Gravité persistante des signes fonctionnels et des signes généraux (Baudet).

Caractères de l'hémoptysie : noirâtre, si l'épanchement est arrêté (Grégoire).

Etude de la tension artérielle : si la pression baisse, l'hémorragie continue (P. Duval).

Etude du liquide retiré par ponction : si le liquide coagule, l'hémorragie continue (Grégoire). La valeur de ce signe est très discutée.

Augmentation d'étendue de la matité du cœur et déplacement de cet organe (Delorme).

Reproduction immédiate après ponction (Quénu).

3° **Diagnostic d'infection.** — La température peut monter sans infection : fièvre de résorption sanguine.

Mais il importe de dépister les pleurésies purulentes et pour cela les ponctions seront répétées, même si elles sont négatives ; il ne faut jamais poser le diagnostic de bronchopneumonie, sans « s'assurer qu'il n'existe pas en même temps ou seulement une suppuration pleurale » (Grégoire et Courcoux).

De plus, l'examen du liquide retiré est intéressant, la présence de polynucléaires neutrophiles oblige à surveiller de près le malade.

TRAITEMENT. — **Immédiat.** — 1° CAS LÉGERS. — Traitement médical. Repos. Morphine.

2° CAS GRAVES. — *Thorax ouverts.* Fermeture du thorax. Hémostase. Suture ou tamponnement. Pas de drainage. *Hémorragiques.* Intervention. Hémostase.

3° CAS MOYENS. — C'est sur ces cas que porte la discussion ; les chirurgiens étant divisés en 3 camps.

a. Les interventionnistes : Rochard, Delorme, Baudet, Pierre Duval.

b. Les abstentionnistes : Maisonnet, Grégoire et Courcoux.

c. Les opportunistes : Hartmann.

Technique : 1. Volets en U, section de 2 ou 3 côtes.
2. Costectomie : résection de 10 côtes. Duval.

Traitement des complications. — *Hémothorax* augmente, persiste ou récidive. Ponction ou pleurotomie en cas de récidive.

Hémorragie secondaire. Pneumothorax d'hémostase.

Pneumothorax suffocant. Ponction ou pleurotomie.

Infection. Pleurotomie avec résection costale. Dakin.

Traitement des séquelles. — Gymnastique respiratoire. Ablation tardive des projectiles, discutée.

BIBLIOGRAPHIE. — *Précis de pathologie externe*, t. II. — *Nouveau Traité de chirurgie*, t. XXII. — GRÉGOIRE et COURCOUX. *Plaies de la plèvre et du poumon.* — Pierre DUVAL. *Les plaies de guerre du poumon.* — R. G. A. SCHWARTZ. Les plaies de poitrine, étude clinique et thérapeutique, *Paris médical*, 21 juin 1919. — *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, 1911, 1915, 1916, 1917, 1918.

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 67, p. 1071 ; n° 68, p. 1087, et n° 70, p. 1119.

N° 72. — SAMEDI 21 AOUT 1920 — 93e ANNÉE. — SAMEDI 21 AOUT 1920. — N° 72.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LYON. — Le concours du clinicat s'est terminé par les nominations suivantes :

Chef de clinique médicale (prof. Roque) : M. le Dr André Devic.

Chef de clinique des maladies vénériennes et cutanées (prof. Nicolas) : M. le Dr Gaté.

Chef de clinique des maladies mentales (prof. J. Lépine) : M. le Dr Chaumier.

— NANCY. — M. Simonin est nommé chef de travaux de pathologie expérimentale.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — AMIENS. — M. Bouchez, licencié ès sciences, pharmacien de 1re classe, est institué, pour une période de 9 ans, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale.

M. Caraven, docteur en médecine, est institué, pour une période de 9 ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

M. Hanot, licencié ès sciences, pharmacien de 1re classe, est institué, pour une période de 9 ans, suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

— CAEN. — M. Vigot, docteur en médecine, est institué, pour une période de 9 ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

— MARSEILLE. — MM. Mattei et Payan, docteurs en médecine, sont institués, pour une période de 9 ans, suppléants des chaires de pathologie et de clinique médicales.

— Il est créé, à dater du 1er novembre 1920, une chaire de clinique thérapeutique.

Le cours de pathologie exotique est transformé en cours d'hygiène et pathologie coloniales.

M. Audibert, professeur de clinique des maladies exotiques, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique thérapeutique (chaire nouvelle).

M. Reynaud, chargé d'un cours d'hygiène, climatologique et épidémiologie coloniales, est nommé, à partir du 1er novembre 1920, professeur de clinique des maladies exotiques, en remplacement de M. Audibert.

M. Olmer, professeur d'hygiène, est nommé, sur sa demande, à partir du 1er novembre 1920, professeur de pathologie interne et pathologie générale, en remplacement de M. Laget, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

M. Raybaud, chargé d'un cours de pathologie exotique, est chargé d'un cours d'hygiène et pathologie coloniales.

M. Platon, docteur en médecine, est chargé sans limite de temps, à partir du 1er novembre 1920, d'un cours de clinique gynécologique.

— NANTES. — M. Guilbaud, professeur de pathologie externe, est nommé, sur sa demande, à partir du 1er novembre 1920, professeur de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Vignard, admis à la retraite.

— POITIERS. — M. Perdoux, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est nommé, pour l'année scolaire 1920-1921, chef des travaux de médecine opératoire.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Le *Journal officiel* du 15 août 1920 publie un décret relatif à l'établissement, au fonctionnement et à la surveillance des sanatoriums.

MARINE. — Ont été nommés dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin-major de 1re classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de 2e classe Gallois, Thubert, Louart, Job, Simonin, Cade, Dubourdieu, Faivre-d'Arcier, Lenoble, Pouliot, Barthélemy, Bourlier, Simonnin, Genova, Coignerai, Stoltz.

Au grade de médecin-major de 2e classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins aides-majors de 1re classe Santenoise, Bournoville, Pourtier, Hernette, Chevron, Frappier, Cache, Poirier, Lenormand, Lévy, Auvinet, Gigaud-Lafont, Meusnier, Billaud, Cadéot, Ginet, Pollet, Arnal, Jacobsohn, Biliac, L'Hirondel, Herbaux, Ruyssen, Ravaud, Fiatte, Bacque, Viteman, Stouff, Bailleul, Fumoux, Lecoconnier,

Hocquette, Guiraud, Halberchtadt, Fau, Carrière, Feuillette, Butruile, Top, Giraud, Germès, Vincent, Janicaud.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur, au *grade de chevalier* (à titre posthume) :

M. Bathias (Henri), médecin aide-major de 2e classe : a fait preuve, pendant les premiers mois de la campagne, d'un dévouement professionnel et d'une énergie remarquable. Blessé, le 8 septembre 1914, d'un éclat d'obus, a refusé de se laisser évacuer. Etant hors d'état de monter à cheval, s'est néanmoins maintenu à son poste en utilisant des voitures du train de combat et n'a jamais interrompu son service. A été tué, le 25 octobre 1914, par un gros obus dans le poste de commandement du secteur. A été cité. (*J. O.*, 18 juin 1920.)

M. Moreau (Joseph), médecin aide-major de 2e classe : sur le front depuis le début de la campagne. A pris part à toutes les affaires du régiment où il a été engagé et a obtenu 6 citations. Extrêmement brave, très dévoué, inspirant la plus grande confiance aux blessés. A été tué, le 23 octobre 1917, en se portant au secours d'un homme blessé sous un tir de barrage violent. A été cité. (*J. O.*, 18 juin 1920.)

M. Thiry (Auguste), médecin aide-major de 1re classe : affecté à un régiment territorial, faisant partie de la garnison de Toul, a demandé instamment à quitter cet emploi pour partir avec la brigade mixte où il s'est fait remarquer et particulièrement apprécier par un dévouement de tous les instants envers les malades et les blessés. A été tué, le 30 janvier 1915, en revenant de visiter les tranchées de première ligne. A été cité. (*J. O.*, 18 juin 1920.)

M. Vallot (Claude), médecin aide-major de 2e classe : médecin d'élite, tout entier à son devoir. Déjà cité trois fois à l'ordre. Tombé mortellement frappé à son poste, lors d'un bombardement de la formation sanitaire à laquelle il était affecté. A été cité. (*J. O.*, 18 juin 1920.)

M. Pigache (René), médecin aide-major de 2e classe : médecin absolument remarquable, joignant aux plus solides qualités professionnelles les plus belles qualités morales et militaires, ayant pris part à toutes les affaires de la 39e division, depuis le commencement de la guerre, comme médecin chef d'un régiment d'infanterie et comme médecin chef G. B. D. A toujours fait preuve du dévouement le plus absolu et du courage le plus calme et le plus souriant, donnant à tous l'exemple du devoir en se dépensant sans compter et se trouvant toujours sans aucun souci du danger, là où sa présence était utile. A trouvé une mort glorieuse, le 22 juillet 1918, à Verdilly où il a été tué par un obus ennemi alors qu'il assurait l'évacuation des blessés de première ligne. A été cité. (*J. O.*, 18 juin 1920.)

M. Fabre (Alphonse), médecin-major de 2e classe : après avoir participé, depuis fin 1914, à toutes les affaires du régiment avec un beau dévouement, a fait preuve de belles qualités d'abnégation en refusant de se laisser évacuer après atteinte par les gaz pour participer aux dernières opérations. N'a enfin consenti à cette évacuation que sur l'ordre formel de ses chefs et alors que sa santé était gravement compromise. Mort, le 17 juin 1919, des suites d'intoxication. Une blessure. Quatre citations antérieures. A été cité. (*J. O.*, 19 juin 1920.)

M. Thiéry (Georges), médecin aide-major de 1re classe : médecin de beaucoup de valeur, admiré de tous pour son activité, son dévouement, son mépris du danger. Deux fois cité à l'ordre, avait revendiqué, le 4 septembre 1916, la mission de suivre les vagues d'assaut. Gravement frappé au sortir de la tranchée, a fait preuve du plus grand esprit de sacrifice en demandant à n'être soigné et évacué qu'après les autres blessés. A succombé à sa blessure. A été cité. (*J. O.*, 19 juin 1920.)

M. Fabre (Jean), médecin aide-major : médecin aide-major d'un courage et d'une activité remarquables, au front depuis le début de la campagne. Venu volontairement suppléer son médecin chef au poste de secours du régiment. A été tué en prodiguant ses soins aux blessés, le 1er août 1917, devant Verdun. A été cité. (*J. O.*, 19 juin 1920.)

BILLIOTHÈQUES UNIVERSITAIRES. — M. Déribéré-Desgardes (Pierre), docteur en médecine, est autorisé à faire à la bibliothèque de l'Université de Paris (section de la médecine) le stage prévu par l'arrêté du 20 décembre 1893.

LA MAISON DU MÉDECIN. — La tombola au bénéfice de la Maison du médecin, autorisée par le préfet de police, est maintenant complètement organisée.

Cinq mille billets à 2 fr. Un nombre respectable de lots artistiques d'une valeur peu commune : bon pour un portrait par Pierre Carrier-Belleuse, par Frédéric Lauth, par Thomas Porter Miller; aquarelles, pointes sèches, pastels, par Dagnan-Bouveret, Helleu, Dewambez, Steinlen, etc., bronzes, objets d'art, etc.

Tirage le 15 octobre.

Demander directement des billets au siège social de l'œuvre, 9, rue d'Astorg, en envoyant le montant.

Ceux qui désirent participer au placement des billets, et nous espérons que beaucoup de nos confrères y penseront pendant leurs vacances, n'auront qu'à demander des listes de billets.

Ces listes remplies, ils n'auront qu'à les retourner avec les fonds au siège social qui enverra directement les billets à leurs propriétaires.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les Drs Bouffé (de Paris) ; Loys Bodin, ancien professeur à l'Ecole de Tours; J.-Pierre Morat, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Lyon, membre correspondant de l'Académie des sciences, ancien élève de Claude Bernard; Morat a consacré sa vie à l'étude du système nerveux, ses travaux sur le sympathique resteront classiques.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE TAUX DES BOURSES

M. Barthe, député, signale à M. le ministre de l'Instruction publique qu'un certain nombre d'étudiants boursiers d'agrégation à la faculté de médecine de Montpellier, ne touchent qu'irrégulièrement leur mandat mensuel; qu'avec le coût actuel de la vie, la somme de 250 fr. par mois doit leur être insuffisante, et demande au ministre s'il ne pourrait pas donner les instructions nécessaires pour que le payement dont il s'agit soit effectué plus régulièrement et examiner la possibilité d'augmenter le taux de ces bourses. (*Question du 19 mai 1920.*)

Réponse. — L'ouverture des crédits afférents à l'exercice 1920, sous forme de douzièmes provisoires, entraîne, au début de chaque trimestre, des retards dans les payements. Des mesures ont été prises à l'effet d'abréger ces retards. Le taux des bourses a été plus que doublé par rapport à celui d'avant-guerre. Actuellement, l'état des crédits ne permettrait pas d'accorder aux boursiers une nouvelle augmentation. La question sera examinée après le vote par le Parlement du relèvement des crédits demandés au projet de budget pour l'exercice 1920.

LES ENGAGEMENTS DE TROIS ANS POUR LES ÉTUDIANTS

M. Roustan, sénateur, demande à M. le ministre de la Guerre, s'il n'y aurait pas lieu d'accorder aux étudiants de la classe 1921, comme à ceux de la classe 1920, l'autorisation de contracter un engagement de trois ans dans une ville de Faculté, afin de pouvoir continuer leurs études. (*Question du 30 juin 1920.*)

Réponse. — L'appel de la classe 1921 résultera de l'adoption de la prochaine loi de recrutement et les dispositions à prendre à l'égard des étudiants de cette classe découleront des modalités qui seront prévues dans cette loi en ce qui concerne les étudiants. (*J. O.*, 24 juillet 1920.)

REVUE GÉNÉRALE

L'ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE[1]

Par le Dr M. POTET,
Médecin-major de première classe.

II

Anatomie pathologique, étiologie, épidémiologie, bactériologie, pathogénie et nature, prophylaxie et traitement. — I. **Anatomie pathologique.** — Ce sont von Economo, Netter, P. Marie et Trétiakoff, Marinesco qui ont établi l'anatomie pathologique de l'E. L.

Le *mésocéphale* est surtout lésé, comme le faisait prévoir l'existence de signes morbides tels que l'ophtalmoplégie, l'asynergie, l'ataxie. Les lésions sont fréquentes dans les pédoncules cérébraux (P. Marie et Trétiakoff); de là les lésions irradient vers le corps strié et la couche optique, d'une part, vers la protubérance et le bulbe, d'autre part. Le locus niger de Sömmering, dans les pédoncules cérébraux, et les noyaux de la IIIe paire sont les parties le plus touchées; les cellules pigmentaires du locus niger sont rares et les cellules restantes ont subi la dégénérescence hyaline aiguë, leur cylindraxe est gonflé, couvert de nodosités; dans les noyaux de la IIIe paire, et parfois aussi dans le corps strié, la couche optique, les noyaux des Ve, VIe et VIIe paires, les cellules sont granuleuses ou chromatolysées; la substance blanche paraît peu lésée, surtout à l'examen macroscopique; mais il s'y rencontre, ainsi que d'ailleurs dans la substance grise du mésocéphale, des vaisseaux dilatés, des suffusions sanguines parfois étendues qu'on trouve même dans les méninges ou dans l'écorce cérébrale [« corticite »] (Chauffard, Caussade, de Verbizier); les gaines périvasculaires des régions lésées sont infiltrées d'éléments du tissu conjonctif et de lymphocytes (Marinesco). Ainsi on rencontre dans l'E. L. « des lésions profondément destructives du locus niger, des lésions dégénératives et chromatolytiques des noyaux oculo-moteurs, des lésions conjonctivo-vasculaires intenses et étendues » (Lhermitte).

Il n'y a pas toujours des lésions aussi typiques; Bonnamour n'a trouvé qu'un aspect dépoli de la pie-mère, une dilatation légère des vaisseaux surtout au niveau des scissures, pas de granulations; enfin, un petit piqueté hémorragique au niveau des manteaux blancs du pédoncule et du bulbe; Ely n'a vu que de minuscules hémorragies dans le corps strié; Oberndorfer, un léger œdème du cerveau dans la substance blanche et quelques hémorragies dans la substance grise. Dor dit qu'il n'existe pas de polio-encéphalite, qu'il y a seulement inflammation de la substance blanche.

Mais la plupart des auteurs qui ont étudié récemment l'anatomie pathologique de l'E. L. ont retrouvé les lésions décrites plus haut; pour Mott, l'E. L. a comme lésions : de l'inflammation des lymphatiques périvasculaires, des hémorragies dans la protubérance, le bulbe, les pédoncules et autour du IIIe ventricule, lésions qui ne lui paraissent pas différer de l'« encéphalite bulbo-protubérantielle » d'Oppenheim et Cassirer; d'après Bassoe, il y a de l'œdème et de la congestion généralisée du cerveau avec menues hémorragies dans le mésocéphale et les ganglions de la base, où existent également de l'infiltration périvasculaire de mononucléaires et des extravasations sanguines sans nécrose. Marinesco insiste sur l'infiltration cellulaire autour des veines et des veinules avec de petites hémorragies dans la substance grise, tout cela rappelant les processus inflammatoires de la paralysie générale, de la syphilis, de la maladie du sommeil, de la poliomyélite; il a trouvé de grandes cellules à plusieurs noyaux ainsi que des altérations dégénératives des cellules de Purkinje. Froment et Gardère retrouvent les lésions déjà signalées avec, en plus, du ramollissement de la paroi de la corne frontale du ventricule latéral droit fusant dans la région ventriculaire. Bériel note de petites altérations méningées en capsules, comme dans la paralysie générale, et, dans tout le névraxe, une infiltration de cellules lymphocytaires dans les zones lymphatiques périvasculaires, lésions inflammatoires diffuses et superficielles, surtout nettes au niveau du pédoncule cérébral (locus niger) et allant en diminuant vers le cortex. Suivant son expression, dans l'E. L. il s'agit d'un « feu de paille », alors que dans la paralysie générale, l'évolution subaiguë permet la formation de lésions secondaires. Claude et Schaeffer estiment que les lésions se rapprochent de celles de la polio-encéphalite de Wernicke, de la maladie de Heine-Medin, mais n'ont aucun rapport avec celles de la syphilis nerveuse; Wegeforth et Ayer ont vu, macroscopiquement, une vive congestion cérébrale et de la mollesse du tissu nerveux; histologiquement, des exsudations périvasculaires, de l'infiltration diffuse du tissu nerveux par des mononucléaires grands et petits, des lymphocytes, des « plasmazellen », des hémorragies exceptionnelles; toutes ces lésions intéressent surtout l'isthme de l'encéphale, les ganglions de la base, en particulier la substance grise voisine de l'aqueduc de Sylvius et du IVe ventricule. Oberndorfer confirme les lésions déjà notées; Stern a vu des plasmazellen dans le pédoncule cérébral et dans la couche optique; Harvier et Levaditi ont observé des lésions de neuronophagie très accentuées, exclusivement localisées dans le locus niger, mais différentes de celles de la poliomyélite; ils n'ont pas rencontré de lésions cellulaires, mais ont vu toujours les mêmes lésions inflammatoires périvasculaires. Brouardel, Levaditi et Forestier notent, en plus des lésions ordinaires, des lésions médullaires localisées aux cornes postérieures dans un cas d'encéphalite myoclonique. Bériel et Branche, Souques et Bertrand, par des examens attentifs, ont mis en évidence des lésions très accusées des méninges, surtout nettes au fond des sillons. Ducamp, Blouquier, de Clant et Tzelepglon ont noté dans un cas les lésions classiques.

Dans le cas d'E. L. chronique qu'a observé von Economo, il existait deux foyers de lésions, de deux âges différents, l'un correspondant à la poussée aiguë et l'autre à l'évolution chronique de la maladie.

Tucker avait incriminé l'*hypophyse* qu'il avait trouvée augmentée de volume, avec des cellules ayant subi le gonflement trouble. Mais P. Marie et Trétiakoff, dans un cas de narcolepsie accentuée, n'ont trouvé dans l'hypophyse aucune autre altération que de la congestion diffuse.

A noter, enfin, que des lésions rénales accentuées existent souvent (von Economo).

En résumé, les lésions qui caractérisent l'E. L. sont :

1° La localisation au mésocéphale, surtout au locus niger, avec extension au bulbe, aux noyaux gris de

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 69, p. 1093.

la base et à la substance, blanche et grise, cérébrale.

2° La nature inflammatoire du processus lésionnel : vascularite et périvascularite constituée par un manchon lymphocytaire, petites hémorragies, altérations des cellules et des fibres nerveuses.

3° L'absence presque absolue de lésions macroscopiques.

II. **Étiologie. Épidémiologie. Bactériologie.** — *A*. D'après Oberndorfer, la maladie survient surtout vers 30 ans et est plus fréquente chez la femme que chez l'homme ; Netter a montré également qu'elle s'observe dans 55 p. 100 des cas chez la femme et dans 45 p. 100 des cas chez l'homme.

Les enfants peuvent être frappés aussi bien que les adultes (Finlay) ; Netter, Batten et Still ont même dit que les enfants étaient atteints de préférence ; toutefois, Sainton, Mouriquand, Netter, J. Lépine, L. Bernard et J. Renault ont établi que l'E. L. est plutôt rare chez l'enfant. Pour Lhermitte, les vieillards seraient très rarement atteints. Les observations de l'E. L. chez les vieillards sont en effet exceptionnelles. Serre et Brette ont noté un cas chez un vieillard de 84 ans ; les âges extrêmes auxquels Rice-Oxley a observé la maladie sont 3 et 74 ans.

La nature du terrain joue très probablement un rôle considérable (Bret et Jourdanet) dans l'étiologie de la maladie ; elle survient surtout chez les hommes surmenés et chez les femmes mal réglées (J. Lépine); Audibert considère le surmenage cérébral comme une des causes de l'E. L.; cependant les cas sont aussi nombreux dans la population rurale que dans les districts urbains (K. Wilson). Les causes sont donc encore très mal connues.

B. En ce qui concerne les données épidémiologiques, nous ne sommes pas non plus très documentés. Comme l'ont fait remarquer Achard et Paisseau, l'E. L. est assez fréquemment sporadique; mais ces auteurs estiment qu'elle procède surtout par bouffées épidémiques. Pendant l'hiver 1919-1920, en effet, c'est d'une véritable épidémie qu'il s'agit. Netter dit que, jusqu'en mars 1920, 1.500 cas avaient été observés à Paris et pas moins de 10.000 dans toute la France. La diffusion de la maladie est grande ; les foyers épidémiques sont nombreux. L'E. L. a été signalée en Amérique, dans la Nouvelle Galles du Sud; en Afrique, à Tanger (Remlinger), à Alger (Ardin-Delteil) ; en Europe; elle est surtout fréquente en Autriche, en Angleterre et en France, mais a été également observée en Suisse, en Hollande, en Grèce. En France, c'est surtout à Paris, à Montpellier, à Lyon, à Lille, à Marseille, à Bray-sur-Marne, au Havre, à Rouen, à Bourges, en Bretagne, en Alsace, qu'elle a été rencontrée. A Paris, la maladie est disséminée un peu partout, mais elle touche avec prédilection les Ve, VIIe, XVIe et XXe arrondissements (Netter).

La maladie affecte une réapparition saisonnière, soit au printemps, soit pendant le mois de septembre et d'octobre. Cette maladie, sporadique, épidémique, saisonnière, est une maladie d'allure infectieuse, très probablement microbienne. Serre et Brette ont observé un cas isolé d'E. L. chez un malade qui n'avait jamais quitté la région où il se trouvait; et, dans de nombreuses circonstances (P. Courmont, Pic, etc.), la contagiosité ne peut pas être mise en évidence; cela arrive, en effet, très fréquemment (Netter), mais la contagion a pu être prouvée; J. Lépine a observé 2 cas d'E. L. dans la même école, chez le directeur et chez une institutrice; Netter a vu des cas familiaux (à Paris et dans la banlieue, dans la Sarre); récemment Laubie a observé nettement la contagion directe ou indirecte à Chaumont et à Brive. En tout cas l'épidémie est toujours clairsemée (J. Bernard et J. Renault).

Le contage se transmet très probablement par l'intermédiaire des sujets sains, c'est ce qui rend la contagion difficile à démontrer; sa porte d'entrée dans l'organisme est sans doute la muqueuse nasopharyngée (Marinesco), comme dans la poliomyélite. Conservé à la faveur des cas sporadiques qui jouent le rôle de « porteurs de flambeaux », le virus se réveille parfois sous des influences inconnues, dont les influences cosmiques (Netter); et ainsi se produisent les épidémies ; il semble que, au cours de ces épidémies, la virulence du contage soit très notablement augmentée, mais la contagion est relativement faible (P. Marie), le sujet qui dort ne pouvant pas éparpiller, par la parole ou par la toux, des gouttelettes de salive chargées de germes; les formes cliniques myocloniques s'observent surtout vers la fin de l'épidémie, les formes léthargiques vers le début (Netter).

Le virus, probablement véhiculé par la salive, est transporté par les convalescents et des personnes saines (Netter), par les malades atteints de formes ambulatoires (Widal) ou frustes (Lortat-Jacob).

C. Le contage, cause réelle de la maladie, quel est-il ? On sait que Harris et Hall avaient pensé que l'E. L. était déterminée par la localisation du bacillus botulinus sur le mésocéphale ; les études ultérieures, clinique, épidémiologique, anatomo-pathologique ont fait abandonner pareille opinion.

Les recherches de von Wiesner et de Marinesco ont conduit ces auteurs à isoler, chez les individus atteints d'E. L., un coccus, prenant le Gram, cultivé par von Wiesner; ce coccus, que von Wiesner a baptisé « streptocoque pléomorphe », se présente sous l'aspect de cocci isolés, de chaînettes courtes ou de diplocoques; il serait l'agent causal de la maladie. Pour Crookshank, il est le même que celui trouvé par Rosenow en 1916 dans quelques cas de poliomyélite. Brasker, Caldwell et Coombe ont aussi rencontré, dans le liquide céphalo-rachidien, de petits cocci, prenant le gram, intra et surtout extracellulaires, groupés en diplocoques ou en courtes chaînettes; les ensemencements sur gélose, sur sérum de Löffler, sur gélose à l'hémoglobine sont restés stériles. On sait que Rieux et Mme Macarian-Porcher, ainsi que Besson, ont trouvé un coccus dans le sang d'un malade, tout dernièrement.

Comme les essais de cultures et d'inoculation aux animaux restaient négatifs, de nouvelles études furent entreprises, en France surtout; Lereboullet, J. Hutinel et Pettit n'ont pas obtenu d'infection en inoculant au singe le liquide céphalo-rachidien des malades; Brouardel, Levaditi et Forestier n'ont pas non plus réussi à reproduire la maladie en inoculant au singe cynocéphale de la substance cérébrale d'un individu mort d'encéphalite myoclonique. Mac Intosh, Wegeforth et Ayer ont eu également des résultats négatifs dans leurs tentatives d'inoculation au singe. Froment et Gardère disent que jusqu'ici les tentatives d'inoculation sont restées vaines et que les hémocultures ont été toujours à peu près négatives. Mais, Dor, Netter rapportent les expériences de Bashford et Wilson, de Bradford, de Strauss, de Loewe et Hirschfeld qui auraient cultivé l'agent pathogène de l'E. L. par la méthode de

Noguchi et reproduit la maladie en inoculant sous la dure-mère d'un singe la macération de substance cérébrale ou les produits provenant du lavage de la bouche et du nez après filtration à travers la bougie de porcelaine.

Enfin, récemment, Levaditi et Harvier ont réussi à reproduire chez le lapin l'encéphalite léthargique par inoculation intracérébrale d'une émulsion de substance grise provenant d'un cas humain. Le virus entretenu par des passages réguliers sur le lapin devient « virus fixe » et tue alors, en 4 à 6 jours, le lapin qui présente les signes typiques de l'E. L.; à la vérification, on trouve les lésions ordinaires de la maladie.

Le virus n'a pas pu être cultivé, disent ces auteurs, c'est un virus filtrant, inoculable au lapin aussi bien par les nerfs périphériques que par voie cérébrale. Après de nombreux passages par le lapin, il devient pathogène pour le singe. De plus, il est inoculable aussi au lapin par voie oculaire, et inoculable au cobaye après passage par le lapin. Il n'est pas inoculable au lapin par la voie péritonéale veineuse et trachéale; l'inoculation par le nez ne donne de résultats positifs qu'après scarification de la muqueuse nasale. Le sang et les divers tissus ne contiennent pas le virus de l'E. L. Le singe infecté avec le virus de l'E. L. par voie sous-cutanée peut contracter la poliomyélite.

Ainsi il est très probable que l'E. L. est causée par un virus filtrant nettement spécifique et différent de celui de la poliomyélite. Ce virus est peut-être l'hôte habituel de l'homme et devient agent pathogène si l'organisme perd l'immunité qui le protège ou si la virulence du microbe est accrue par de nombreux passages au cours d'épidémies graves (S. P. James).

III. **Pathogénie et nature.** — *A.* PATHOGÉNIE. — L'étude de la pathogénie ne saurait comprendre celle du mécanisme par lequel l'infection atteint le mésocéphale; seules des hypothèses, par exemple celle de l'entrée du contage par le naso-pharynx et son arrivée dans le cerveau par les gaines lymphatiques (Marinesco) sont possibles sur ce sujet.

Mais il est loisible de montrer, parmi les lésions, celles qui sont susceptibles d'expliquer tel ou tel symptôme de l'E. L.

1° Les troubles marqués de l'état général montrent que l'E. L. est une maladie infectieuse générale (Lhermitte). Chauffard a constaté chez certains malades la raie blanche de Sergent, il est possible que l'asthénie observée dans l'E. L. ressortisse à des modifications fonctionnelles ou lésionnelles des surrénales (Lhermitte).

2° Les paralysies oculaires à caractères si spéciaux : parcellaires, dissociées, extensoprogressives, migratrices, relèvent des lésions localisées, souvent microscopiques, des noyaux des oculo-moteurs ; le ptosis, la paralysie des muscles droits, la diplopie, les troubles du réflexe accommodateur sont dus à l'atteinte de la IIIe paire; la déviation du globe en dedans et la diplopie consécutive peuvent être dues à l'atteinte de la IVe paire.

Pour Lhermitte il s'agirait toujours de lésions nucléaires; pour Dor, il s'agit non de paralysies nucléaires mais de paralysies supranucléaires car, dit-il, il y a surtout de l'inflammation de la substance blanche.

Les phénomènes oculaires peuvent manquer, quand les lésions sont localisées à la partie inférieure du bulbe (Sainton).

3° Les lésions des Ve, VIIe, VIIIe paires expliquent le trismus (irritation du noyau moteur de la Ve paire), la paralysie faciale (rapports topographiques étroits des noyaux des VIe et VIIe paires), le vertige et l'hypoacousie (modifications du nerf vestibulaire).

4° La catatonie est d'une pathogénie incertaine (Lhermitte); peut-être trouve-t-elle son explication dans les lésions de la région sous-optique du noyau lenticulaire et de ses connexions striothalamiques, strionigriques en particulier (Foster, Lhermitte).

5° L'asynergie, l'ataxie, le tremblement s'expliquent par les lésions inflammatoires vasculaires et périvasculaires étendues à tout le mésocéphale, en particulier à la calotte pédonculaire, car le pédoncule cérébelleux supérieur et le noyau rouge sont souvent intéressés.

6° Les clonies sont certainement dues à des lésions du mésocéphale, puisque Sicard et Kudelski ont observé une forme clinique réalisant, sous la forme myoclonique, le syndrome protubérantiel inférieur alterne du type Millard-Gübler.

Claude croit que la forme myoclonique est due aux lésions du locus niger, puisque, dit-il, les modifications du tonus musculaire de la maladie de Parkinson relèvent des altérations de cette région.

Lortat-Jacob et Hallez, qui ont décrit, comme nous l'avons vu, un syndrome particulier de la calotte pédonculaire, pensent que, dans l'espèce, la lésion siégeait surtout au niveau de la racine ascendante du trijumeau, près du pédoncule cérébelleux supérieur et du noyau rouge, en raison de l'existence simultanée de douleurs de la face, du cuir chevelu d'un côté, de tremblements et de mouvements involontaires de la face et du corps du côté opposé.

Von Economo, en analogie avec la maladie de Wilson, rapporte la raideur généralisée à une lésion du corps strié, les mouvements choréo-athétosiques à une lésion de la couche optique ou de la région sous-thalamique.

Dans un cas de Howe, où il n'y avait ni hémianesthésie, ni astéréognosie, mais où existaient de la dysesthésie, des douleurs, de l'ataxie, des mouvements choréo-athétosiques, avec troubles oculaires (parésie des mouvements de latéralité, accommodation difficile, hémianopsie), et parésie des membres, la couche optique était très probablement lésée.

7° Quand les algies sont intenses, mobiles, cédant à la faradisation, ou au massage vibratoire, elles sont dues sans doute (Netter) à des lésions intéressant les faisceaux sensitifs du mésocéphale.

L'abolition des réflexes tendineux, coexistant avec la conservation normale des réflexes cutanés, montre dans l'E. L., l'atteinte éventuelle du névraxe (Guillain).

8° Quant à l'hypersomnie, sa physiologie pathologique n'est pas éclaircie. L'existence d'un centre du sommeil, dans le pédoncule cérébral, n'est pas du tout démontrée. La glande pituitaire ne saurait être mise en cause (P. Marie et Trétiakoff, Chauffard et Mlle Bernard, Lhermitte). On sait que le syndrome infundibulaire comprend parmi ses symptômes constitutifs, l'hypersomnie; celle-ci, dans l'E. L., peut donc relever d'une lésion de l'infundibulum, assez fréquemment atteint (Claude et Lhermitte). En tout cas, il est à peu près certain que les lésions du cerveau moyen sont surtout à incriminer, dans

la narcolepsie de l'E. L., comme dans tout sommeil pathologique (Lhermitte).

B. Nature. — Du point de vue clinique, il faut d'abord, comme le voudrait Lhermitte, délimiter le domaine de l'E. L.

1° La « nona », que Traujen, Hammerschlag, Prilster, Pannerheimer, Halayer et Barret, Henry, Nathan, Raw, Suglott, Longuet, Lhermitte étudièrent, ne semble pas à Lhermitte devoir être identifiée à l'E. L., car, dans les cas signalés par ces auteurs, souvent les paralysies oculaires faisaient défaut et il ne s'agissait que de narcolepsie psychonévrosique ; peut-être, dit Lhermitte, certains cas de « nona » ressortissaient-ils à l'E. L. ; Netter et surtout Sainton croient que la plupart des cas de « nona » étaient de l'E. L. ; les observations de Gillet de Grandmont, d'Uthoff, de Bozzolo, de Goldzieher, de Benjamin, de Mauthner paraissent bien se rapporter à l'E. L.

2° Les signes de la polioencéphalite supérieure aiguë hémorragique de Gayet et de Wernicke rappellent ceux de l'E. L. ; en particulier la somnolence et les paralysies oculaires ; mais cette maladie survient surtout chez les alcooliques, le délire domine souvent la scène ; on y observe des lésions fréquentes du fond de l'œil, et la fièvre manque habituellement.

3° Cruchet, Moutier et Calmettes ont décrit déjà en 1917, en même temps par conséquent que von Economo à Vienne, des encéphalo-myélites subaiguës dont les formes très variées présentaient parfois, par la somnolence, le ptosis, les paralysies oculaires oculaires, les séquelles, etc., une analogie marquée avec l'E. L.

4° La syphilis paraît susceptible de réaliser le syndrome de l'E. L. comme les observations de Lortat-Jacob et Hallez, de Claude et Schaeffer le montrent. Dans ces cas les lésions constituaient un foyer profondément destructif ou étaient diffuses dans le mésocéphale.

5° Un abcès cérébral chez un sujet probablement tuberculeux (Parkes, Weber et K. Wilson), une hémorragie dans un hémisphère cérébral (Burger et Focquet) ont pu en imposer pour des cas d'E. L.

6° L'infection encéphalique due aux oreillons (Grenet) à la pellagre (Ortega et Urechte) peut revêtir le masque de l'E. L. mais n'est pas pour cela à identifier avec cette dernière.

7° La méningite cérébrospinale est à distinguer très nettement de l'E. L., il est inutile d'en donner les raisons connues. Suivant S. P. James et Salisbury Mac Nalty, on doit définitivement rejeter toute assimilation de l'E. L. avec le botulisme.

La maladie, pour Marinesco et pour Mac Intosh, est bien distincte du botulisme et de la méningite cérébro-spinale.

Marinesco ajoute que, par ses lésions surtout, l'E. L. appartient à la classe des polioencéphalites de nature inflammatoire ; elle se distingue par là de la polioencéphalite du botulisme et de la polioencéphalite hémorragique de Wernicke, où l'élément inflammatoire fait défaut.

8° La maladie du sommeil, à évolution beaucoup plus lente, à étiologie actuellement bien connue, atteignant rarement les Européens, ne peut guère être confondue avec l'E. L.

9° De plus deux questions d'ordre clinique se posent à propos de l'E. L. : quels sont les rapports de la maladie avec :

a. La poliomyélite ;
b. La grippe.

a. *Encéphalite léthargique et poliomyélite.* — Crookshank croit que l'E. L. est de la même série, du même groupe morbide que la poliomyélite. Elle serait, dit-il, une région, une « raie » du « spectre » où la paralysie infantile s'inscrirait à l'une des extrémités, le délire aigu et les autres formes d'encéphalite se trouvant à l'autre extrémité.

Marinesco n'assimile les deux maladies qu'en ce qui concerne la porte d'entrée du virus, qui serait dans les deux cas la muqueuse nasale.

Pour Salisbury Mac Nalty, l'E. L. est à la poliomyélite ce que la paratyphoïde est à la typhoïde, et doit être distinguée de la poliomyélite.

Les constatations faites dans la poliomyélite et dans l'E. L., en ce qui concerne la leucocytose sanguine et l'examen du liquide céphalo-rachidien, montrent que ces deux maladies sont différentes l'une de l'autre (Vaidya et Bombay).

Bassoe, da Fano, Mott font remarquer que les lésions de l'E. L., presque toujours localisées autour de l'aqueduc de Sylvius et du IIIe ventricule, ne sont jamais les mêmes que dans la poliomyélite.

Du point de vue expérimental également, l'E. L. se distingue de la poliomyélite, pour laquelle le singe offre une sensibilité beaucoup plus grande que pour l'E. L. (Harvier et Levaditi).

Kennedy ne croit pas à l'identité étiologique des deux maladies.

Le rapprochement de l'E. L. des maladies du groupe « Heine-Médin » reste d'après S. P. James et d'après Salisbury Mac Nalty, soutenable ; toutefois, disent ces auteurs, la maladie n'est pas assimilable à la poliomyélite en raison des différences portant sur le tableau clinique, les lésions, l'âge des sujets atteints, l'évolution, la durée, la mortalité.

Mac Intosh estime également que les deux maladies ne sont pas identifiables.

En résumé, il semble bien que l'E. L. soit à distinguer de la poliomyélite (L. Bernard et J. Renault).

b. *Encéphalite léthargique et grippe.* — Brasker, Caldwell et Coombe ont observé deux fois l'apparition de l'E. L. au cours de broncho-pneumonies grippales. Mais il n'est pas certain qu'ils aient eu affaire à de l'E. L.

Milian a observé un cas de grippe grave à localisation pulmonaire qui s'est terminé par un tableau clinique ressemblant au syndrome de l'E. L., et il conclut à l'identité d'origine de la grippe pulmonaire et de l'E. L.

Bosc appelle l'E. L. : « Grippe à forme nerveuse primitive ».

Achard, Cade font remarquer la coexistence de l'E. L. et de la pneumonie, mais ne concluent pas à l'identité de nature entre les deux maladies.

Pour Tucker, pour Siemerling, l'E. L. serait de nature grippale.

Schlesinger, Reinhardt montrent que les signes de début de l'E. L. sont analogues à ceux de la grippe, et que la maladie est survenue à Vienne alors que l'épidémie de grippe était très étendue.

Comby a vu survenir l'E. L. fruste dans la convalescence traînante d'une grippe grave.

G. Re, qui avait été envoyé dans la province de Naples par le gouvernement italien pour lutter contre l'épidémie de grippe, conclut ; lors de l'épidémie de grippe de 1889-1890 on décrivit sous le nom de « nona » une affection très voisine de l'E. L. ;

les déterminations nerveuses de la grippe sont importantes et fréquentes ; l'E. L. coexiste avec la grippe, à Naples ; les observations anatomo-pathologiques, bactériologiques et expérimentales apportées jusqu'à ce jour ne s'opposent nullement à ce que le virus grippal soit la cause de l'épidémie d'E. L. Donc, bien d'autres preuves que celles fournies jusqu'ici devront être apportées pour permettre de considérer l'E. L. comme une entité morbide.

Schlesinger, récemment, estime qu'il y a un lien causal certain entre la grippe et l'E. L.

Mais Claude et Schaeffer ont montré que dans l'encéphalite grippale la lésion prédominante est l'œdème, que la dilatation des vaisseaux est peu accusée, qu'il n'existe pas d'infiltration lymphocytaire des gaines périvasculaires, lésions spéciales à l'E. L. Il y a souvent absence de fièvre dans les manifestations nerveuses de la grippe (Lhermitte).

L'hyperthermie fait très rarement défaut dans l'E. L. L'ophtalmoplégie manque presque toujours dans l'encéphalite grippale ; la polypnée et la tachycardie y sont observées (Milian).

Bériel, tout en reconnaissant qu'il s'agit d'un état infectieux sans rapport avec aucune maladie connue, se demande si l'E. L. ne serait pas une affection « paragrippale ».

Lépine, rappelant l'épidémie d'une maladie analogue qui a sévi en 1892 à Parme, à Modène et dans toute l'Emilie après la grippe de 1890, ne croit pas que dans l'E. L., il s'agisse de phénomènes nerveux de nature grippale, mais pense qu'il s'agirait plutôt d'une sorte d'anaphylaxie résultant de la grippe.

Lhermitte est d'avis que l'évolution de l'E. L., ne ressemblant en rien à celle de la grippe, les lésions de l'encéphalite grippale et de l'E. L. étant très différentes, enfin la localisation du virus, dans l'E. L. se produisant d'emblée sur les centres nerveux, les deux maladies sont bien distinctes l'une de l'autre. Il estime même que le fait d'observer un cas d'encéphalite au milieu d'une épidémie de grippe doit faire écarter le diagnostic d'E. L.

Von Economo, dans un article de la fin de 1919, assigne à l'E. L., en raison de ses caractères cliniques et évolutifs, une place spéciale dans la nosologie, « d'autant plus », ajoute-t-il, « qu'il s'agit non d'une infection par le bacille de l'influenza, mais vraisemblablement d'une maladie due au streptocoque pléomorphe de von Wiesner et que cette polioencéphalite est transmissible, avec ses symptômes, au singe. »

Nous avons vu que le rôle de ce « streptocoque pléomorphe » n'est en aucune façon démontré puisqu'il semble que l'E. L. doive être rapportée à un virus filtrant (Netter, Levaditi et Harvier); d'autre part la transmission directe au singe n'a pas été réalisée en France. Mais von Economo développe en faveur de la distinction de l'E. L. de la grippe les arguments suivants :

La concordance dans le temps, que Speidel, Sohlern regardent comme une preuve de la nature grippale de la maladie, dit-il, n'est pas suffisante pour entraîner l'identification des deux maladies, en effet :

1° A Vienne, l'épidémie de grippe n'a fait son apparition que 20 mois après les premiers cas d'E. L.

2° Dans la même ville, la grippe, en juillet 1918, a revêtu des formes très variées, y compris des psychoses et des manifestations cérébrales, mais le syndrome de l'E. L., avec ses lésions typiques, ne fut pas observé ; il ne fut noté qu'au printemps de 1919, alors que l'épidémie de grippe était éteinte. Dans les autres villes où a existé l'E. L., celle-ci forme, quand elle coïncide avec la grippe, de petites épidémies, particulières, isolées épidémiologiquement, limitées dans le temps.

3° L'E. L. présente les lésions spéciales d'une polioencéphalite (hémorragies annulaires, infiltration des vaisseaux et des tissus, neuronophagie localisée); dans les cas où, au cours d'une grippe franche, apparaissent des phénomènes cérébraux (crises apoplectiformes, épileptiques, hémiplégie, coma, délire asthénique, délire fébrile, psychoses) s'observent soit des lésions toxiques des vaisseaux conduisant à des hémorragies, soit des lésions toxiques de la substance cérébrale, soit enfin des processus cérébraux mycoso-métastatiques, provenant d'abcès pulmonaire et, dans des circonstances très rares, des processus vraiment primaires qui atteignent ensuite la substance médullaire ; mais on ne rencontre jamais les lésions caractéristiques de l'E. L. Pour ces motifs, même si le virus de la grippe était le même que celui de l'E. L., cette maladie doit être distinguée de la grippe à symptômes cérébraux.

4° Cliniquement, l'E. L. apparaît même au milieu d'une pandémie grippale, parfois sans fièvre, et, en tous cas, après un court stade de malaise général, sans tous les signes de la grippe : le liquide céphalo-rachidien n'a pas les mêmes caractères dans les deux maladies ; l'E. L. peut conduire à une maladie chronique du système nerveux central ; enfin elle se manifeste souvent à l'état sporadique, ce qui n'est pas noté pour la grippe.

Telles sont les raisons que donne von Economo pour étayer son opinion de l'individualité de l'E. L. Il termine en disant : « Toutefois, quand l'épidémie d'E. L. et de grippe coexistent il peut exister des infections mixtes ou greffées l'une sur l'autre ; peut-être même le virus de l'E. L. cause-t-il cette maladie, et à un autre stade de son développement, la grippe ; c'est là une question ouverte ; d'ailleurs la grippe est une grande inconnue ; avant que sa cause ne soit éclaircie, il est préférable de ne pas confondre avec elle des formes morbides bien définies comme l'E. L. »

D'après Kennedy, les relations entre l'E. L. et la grippe sont au moins incertaines. Mais d'après les médecins qui ont renseigné L. Bernard et J. Renault, la possibilité de rapports très étroits entre la grippe et l'E. L. est envisagée.

Comme le dit P. Marie, et c'est — nous l'avons vu — l'opinion de von Economo, la question de savoir s'il y a des rapports entre l'E. L. et la grippe est difficile à résoudre, car on ne sait guère ce qu'est la grippe.

Oberndorfer croit que les rapports de l'E. L. avec la grippe seraient les suivants : avant la grande épidémie de grippe on a observé, en même temps que les cas d'E. L., des pneumonies spéciales, sortes de formes « panachées », avec troubles nerveux assez fréquents, puis vint la grippe franche. Il semble donc y avoir eu une période préparatoire prégrippale — pneumonique ou encéphalitique — qui a peut-être ouvert le chemin à la grippe.

Ainsi, du point de vue clinique, le syndrome de l'E. L. est à distinguer — très vraisemblablement — de la poliomyélite et des formes nerveuses de la grippe (Groebbels), comme il est à différencier de certaines formes cliniques d'encéphalite non suppurée que nous avons passées en revue.

S'en suit-il qu'il faille considérer l'E. L. comme une entité morbide? Comby s'est un des premiers posé la question; Galtier considère à peine la maladie comme un syndrome spécial. Page est d'avis que le syndrome peut être produit par plusieurs toxi-infections, parmi lesquelles surtout la grippe, la tuberculose et peut-être la syphilis. Lhermitte et, après lui, de nombreux auteurs ont cherché à élucider le problème. La question de la place nosologique de l'E. L. ne saurait être résolue que par des études bactériologiques. Von Economo affirme qu'il a eu affaire à une maladie spéciale parce qu'il considère les cas d'E. L. observés par lui comme dus au streptocoque pléomorphe de von Wiesner, mais les recherches françaises, anglaises, américaines, surtout celles de Netter, Levaditi, Harvier, montrent que le contage de l'E. L. est un virus filtrant. Si l'existence et la nature pathogène de ce virus sont à nouveau prouvées et confirmées, l'autonomie nosologique de l'E. L. sera démontrée.

Peut-être même sera-t-il possible de contrôler l'hypothèse de Etienne, Caussade et Benech, qui, rapprochant les cas d'E. L. qu'ils ont décrits d'une épidémie de myélite aiguë qu'ils ont observée, se demandent si myélite et encéphalite ne constituent pas un ensemble de formes à localisations différentes d'un même virus comme le suggèrent l'évolution générale assez semblable, la tendance identique à la guérison, le même type épidémique très disséminé et le même mystère de l'agent pathogène, opinion analogue à celle que viennent d'exprimer Bériel et Branche en l'étayant sur la fréquence des lésions méningées microscopiques dans l'E. L.

L'appellation qu'il y a lieu de réserver à l'E. L. a été également l'objet de controverses et n'est pas définitivement fixée.

Lhermitte et de Saint-Martin estiment que, étant donné la localisation des lésions aux noyaux gris du mésocéphale, il vaudrait mieux appeler l'E. L. « Poliomésocéphalite primitive avec narcolepsie ». Mais nous avons vu que les algies des membres, les troubles mentaux, les troubles du côté des racines étaient parfois observés dans l'E. L; Claude a vu des névrites dans des cas très nets d'E. L.; des lésions ont été notées dans l'écorce cérébrale et dans la substance blanche; le terme de « poliomésocéphalite » est donc trop restrictif. Les termes de « polioencéphalite supérieure », d' « encéphalite ophtalmoplégique » (Pic), de « paragrippe ophtalmoplégoléthargique » (Dor), un peu compliqués, ont été proposés; ceux de maladie de Gayet, maladie de Gayet-Wernicke, maladie de Netter, ont le défaut de ne pas être descriptifs.

Sicard a proposé, en présence des réactions polymorphes qui peuvent s'étendre à tout le système nerveux ou atteindre des départements localisés, le terme de « névraxite épidémique ».

Chauffard, après Hall, voudrait que les diverses formes de l'E. L. fussent réunies dans le cadre de ce qu'il appelle l' « encéphalite épidémique ».

Von Economo s'élève contre cette appellation parce que la poliomyélite et la paralysie cérébrale infantile peuvent se présenter sous la forme d'encéphalite épidémique.

Mais Chalier et de nombreux auteurs trouvent excellente la dénomination d' « encéphalite épidémique », qu'il semble préférable d'adopter.

Bien entendu l'encéphalite épidémique comprendrait aussi bien les formes myocloniques que les formes léthargiques, qui ne semblent pas être d'essence différente (Netter, R. Bénard et Boissart).

IV. **Prophylaxie et traitement.** — *A.* Prophylaxie. — Comme la contagiosité est de plus en plus démontrée la prophylaxie de l'E. L. doit être instituée comme celle de la méningite cérébro-spinale par exemple.

Netter a proposé et l'Académie de médecine a émis le vœu que la déclaration de l'E. L. fût obligatoire. En Angleterre cette obligation existe.

D'après Bonnamour, il y aurait intérêt à isoler les malades. Les porteurs de germes, malades à formes ambulatoires, porteurs sains ou convalescents seront également à isoler et à surveiller.

B. Traitement. — Certains auteurs, par exemple Reinhardt, ont pensé que la ponction lombaire avait par elle seule une valeur curative dans l'E. L.; pour Groebbels elle n'a aucune influence sur l'évolution de la maladie.

Flexner, ayant constaté les réactions du formol dans le liquide céphalo-rachidien des malades auxquels il avait injecté de l'urotropine, cette substance est depuis lors préconisée dans le traitement de l'E. L. (Mouriquand), Bonnamour dit ne pas avoir obtenu de résultat par une injection intra-veineuse de 1g50. Carrol et Nesbitt s'élèvent contre l'abus de cette substance qui provoquerait des hématuries. Toutefois Netter, Lhermitte, Mouriquand, Rebattu, Pic, Chalier, Sicard, ont obtenu des succès en l'utilisant. Il y a donc lieu de tenter son emploi, en injection intra-veineuse, après soustraction de liquide céphalo-rachidien.

Pour Stertz, l'aspirine, les affusions et le maillot d'eau chaude, avec surveillance étroite du cœur, sont à employer.

Sittmann, ayant trouvé une fois des spirochètes dans le liquide céphalo-rachidien, a employé le salvarsan argentique.

Siemerling préconise la vessie de glace, le repos au lit, l'aspirine, les ponctions lombaires peu fréquentes; Sainton, l'injection intra-musculaire d'électrargol; Cade et Ardisson ont utilisé l'adrénaline.

Le sérum antitétanique en injection intra-rachidienne a été employé par Laubie, de Donzenac. Le sérum antipesteux n'a pas donné de succès (Gaillard et Robin); Chalier a utilisé les métaux colloïdaux.

Bien que le sérum des malades convalescents d'E. L. ou myoclonique depuis un mois n'atténue pas la virulence du virus, la méthode préconisée par Netter pour le traitement de la poliomyélite épidémique, l'injection au malade du sérum d'un malade guéri d'E. L., a été utilisée; de nombreux auteurs ont obtenu de cette méthode des résultats satisfaisants.

A. Léri ne conclut pas d'une façon ferme sur la valeur du traitement par le sérum des malades guéris d'E. L.

Sicard a obtenu de très bons résultats par ce moyen; Chalier également.

Pic a joint, dans des cas très graves, à l'urotropine, les injections sous-cutanées d'oxygène et l'abcès de fixation; il a eu des résultats; il est très partisan de ce dernier procédé thérapeutique.

La provocation d'abcès par injection sous-cutanée d'essence de thérébentine (méthode de Fochier), a donné des résultats précieux à Netter qui la recommande dans les cas graves.

Netter avait noté, après d'autres auteurs, une

augmentation de volume des parotides et une salivation abondante chez les malades atteints d'E. L.; la présence du virus de l'E. L. a été démontrée dans la salive. Aussi Netter conseille-t-il les sialagogues, comme le jaborandi ou son alcaloïde, la pilocarpine, qui contribuent à éliminer le virus de l'organisme.

Dans un cas d'E. L. datant de plus de 3 mois, Mouriquand a obtenu une amélioration nette après deux injections autohémothérapiques.

PRATIQUE MÉDICALE

LE RISSOLAGE IODO-ENFUMÉ DANS LE TRAITEMENT DES CANCROIDES

On connaît les très intéressants travaux du Dr Louge (de Marseille) sur l'enfumage iodé. Cette méthode a rendu de grands services dans le traitement des plaies infectées avant la guerre et au début de celle-ci quand il n'était encore question ni du Dakin et de la méthode de Carrel, ni de la suture primitive.

La méthode que décrit M. Louge sous le nom de *rissolage iodo-enfumé* (1) consiste dans l'association de la thermocautérisation (2) optimum avec l'enfumage iodé.

L'expérience a prouvé à M. Louge, en ce qui concerne le traitement des cancroïdes par cette méthode, qu'il existe une *thermocautérisation à température optimum.*

Cette cautérisation doit être légère (*thermo-effleurage, thermorissolage*, ou simplement *rissolage*) et intéresser toute la surface de la lésion.

Le thermo entretenu au rouge sombre, au rouge « qui s'éteint », produit au contact des tissus une fumée plus ou moins abondante (*thermocautérisation fumigène ou capnique, thermocapnisation*).

En un mot le *rissolage* du cancroïde ou de ses croûtes doit être *fumigène*.

Il ne s'agit donc point d'une cautérisation inhérente et profondément désorganisatrice, la plus violente de la « pyrotechnie chirurgicale » ancienne ou moderne, mais d'une sorte d'amorce cytophylaxique, réactionnelle et vitale, préparatoire à l'enfumage iodé.

Dès que la réaction se manifeste (réaction rouge de la peau, battements pulsatils accusés par le malade), on procède à l'enfumage iodé.

On peut employer à cet effet, soit les enfumoirs anciens, fort simples, déjà décrits par l'auteur (3), soit de préférence son dernier appareil de construction élémentaire présenté à la Société médico-chirurgicale de la XVe région (4) et reproduit récemment par le *Carnet médical français* (5).

Le cancroïde est laissé à l'air libre sans aucun pansement et les séances ont lieu en moyenne tous les six jours

M. Louge a employé avec succès, chez tous ses malades, la *capnothérapie iodée iodoformique* (6).

Le rissolage iodo-enfumé est applicable à toutes les tumeurs cutanées, dégénérées ou non, à plusieurs affections de la peau et même des muqueuses lorsqu'elles sont superficielles.

La méthode ne met pas seulement en jeu l'emploi de la cautérisation actuelle, mais la production de deux fumées différentes, véritables colloïdes gazeux.

La première, due au rissolage, n'a guère été étudiée; la seconde, déterminée par l'enfumage iodé, est mieux connue, grâce aux remarquables travaux de Verdollin (1). Mais, à l'heure présente, malgré les progrès de la science, le monde mystérieux des fumées et des associations capniques, à la limite de la chimie intraatomique et des équilibres de la matière, reste encore inexploré aussi bien par le physicien que par le thérapeute.

L. G.

(1) Comité médical des Bouches-du-Rhône, 23 avril 1920, in *Marseille méd.*, 1er juin 1920, n° 11.

(2) P. Louge. L'enfumage iodé ou l'emploi des vapeurs d'iode en thérapeutique locale, *Gaz des hôpit.*, 1911, n° 86. p. 1295.

(3) P. Louge. L'enfumage iodé actuel. Nouvelles recherches, *Gaz. des hôpit.*, 1912, nos 66 et 67, p. 997.

(4) P. Louge. Présentation d'un nouvel appareil élémentaire pour enfumage iodé, Soc. méd.-chir. de la XVe région, séance du 3 mars 1919, *Marseille méd.*, 15 avril 1919, n° 8, p. 376.

(5) *Carnet médical français*, déc. 1919, n° 6, paragr. 110, fig. 1, 2 et 3, A. Poinat, éditeur.

(6) P. Louge. *Gaz. des hôpit.*, 1912, loc. cit. — Constantin Anagnostopoulos. Capnothérapie iodée iodoformique, *Th. de Montpellier*, 1919.

(1) A. Verdollin. Etude et considérations particulières à propos de l'enfumage iodé, *Th. de Bordeaux*, 1912.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 9 AOUT 1920)

Comment évaluer le rendement des ouvriers. — M. Jules Amar a montré, depuis une vingtaine d'années, que l'expression fidèle de l'activité musculaire est la consommation d'oxygène. Il préconise aujourd'hui pour sa vérification l'emploi d'une *soupape respiratoire* adaptée à la bouche et sur laquelle une dérivation par tube de caoutchouc réuni à un tambour inscripteur permet d'enregistrer les inspirations et expirations nettement séparées.

Sur quelques propriétés de la sérine. — MM. Piettre et Vila.

La virulence du lait dans la fièvre aphteuse. — M. Ch. Lebailly.

Quelques observations sur la culture du bacille tuberculeux en milieu non glycériné. — MM. Alilaire et Fernbach.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 24 JUILLET 1920)

La prédominance de la globuline dans le sérum des cancéreux. — MM. M. Loeper et J. Tonnet par des dosages aussi précis que possible s'efforcent de prouver que l'augmentation paradoxale des albumines du sérum des cancéreux est due à un excès de globuline. Alors que la proportion normale de globuline est seulement de 1/3 de l'albumine totale, la proportion dans le cancer s'élève à 1/2 et même à 2/3 renversant ainsi le rapport classique.

Ces globulines diminuent après l'ablation d'une tumeur, ce qui suffit à prouver leur origine.

Elles sont d'ailleurs en abondance dans le tissu néoplasique.

Elles sont détruites progressivement, mais lentement dans le sérum par le ferment éreptique d'où l'accroissement de l'azote non uréique et des acides aminés, signalés par les auteurs.

La diminution de la sérine est fonction de la cachexie; l'augmentation relative de la globuline est fonction du volume de la tumeur.

Procédé clinique pour le dosage de l'albumine dans les liquides pleurétiques et péritonéaux. — MM. G. Roussy et E. Peyre présentent un tube permettant le dosage des albumines des liquides pleurétiques ou péritonéaux par l'appréciation volumétrique du précipité albumineux.

Ces liquides rendus incoagulables par une solution citratée sont traités à froid par l'acide trichloracétique à 20 p. 100.

Ce procédé a pour point de départ le même principe que celui employé par Sicard et Cantaloube pour les liquides céphalo-rachidiens. Il peut par la facilité de sa technique rendre des services au clinicien.

La réaction du benjoin colloïdal dans la syphilis du névraxe. — MM. Georges GUILLAIN, GUY-LAROCHE et P. LECHELLE montrent l'intérêt de la réaction de benjoin colloïdal dans le diagnostic de la syphilis du névraxe.

Dans une série de tubes à hémolyse numérotés de 1 à 16, on met en présence d'un centimètre cube de la suspension colloïdale de benjoin une quantité décroissante d'un mélange du liquide céphalo-rachidien à examiner et d'une solution saline.

Les liquides céphalo-rachidiens de paralytiques généraux, de tabétiques en évolution ou de sujets atteints d'une syphilis diffuse du névraxe donnent une réaction de précipitation dans les premiers tubes de la série de 1 à 9, de 1 à 13; les liquides céphalo-rachidiens normaux ou ceux de sujets atteints d'affections diverses, non syphilitiques, du système nerveux ne donnent pas une semblable réaction de précipitation.

La réaction du benjoin positive dans les tubes 1 à 9 s'est toujours montrée parallèle à la réaction de Bordet-Wassermann.

L'intensité de la réaction ne paraît pas en rapport avec l'hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien.

(SÉANCE DU 31 JUILLET 1920)

Rôle du tissu lymphoïde dans la nutrition. — M. JOLY. Le tissu lymphoïde a été considéré jusqu'ici comme destiné presque uniquement à la formation et à la rénovation des cellules sanguines. Les expériences d'inanition, l'étude de l'involution des organes lymphoïdes montrent qu'il constitue aussi une réserve de nucléo-protéides.

Les difficultés techniques et les erreurs d'interprétation dans l'examen de l'irritabilité ectodermique aneurale des amphibiens. — M. WINTREBERT critique la manière d'explorer les réactions des embryons pratiqués par certains savants américains qui ne peuvent éviter dans leur stimulation les causes d'erreur d'ordre mécanique.

— La Société de biologie s'ajourne au 16 octobre après avoir voté la création d'une filiale à Buenos-Aires. Les filiales sont désormais Bordeaux, Marseille, Lyon, Nancy, Lille, Strasbourg, pour la France; Pétrograd, Bucarest, Athènes, Barcelone, Lisbonne, Bruxelles, Copenhague, Buenos-Aires pour l'étranger.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

SUR LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS (1)

Par le Dr CARCY (de Toulouse).

L'auteur vient de publier une étude sur la nécessité d'un *traitement d'entretien* efficace et bien toléré chez les spécifiques. Il résulte de ses différents essais thérapeutiques et de ses observations, que le lipogyre a sa place marquée en thérapeutique pour soutenir et parachever l'effet des cures arsenicales et aussi pour s'opposer aux diverses manifestations du virus tréponémique lorsque les traitements d'assaut, pour une raison ou une autre, ne pourront être institués, ou bien encore, lorsque l'on aura affaire à des syphilis très anciennes, lesquelles sont certainement plus justiciables d'un traitement mercuriel de longue haleine que de cures arsenicales énergiques. Celles-ci, dit le Dr Carcy, ne sont pas sans danger chez des sujets plus ou moins âgés, presque toujours porteurs de tares organiques. L'intervention thérapeutique a alors pour but d'atteindre les spirochètes dans la profondeur des organes. Pour y arriver, le Dr Carcy vante l'efficacité du traitement par le lipogyre, en raison de la facilité avec aquelle se fixe sur les tissus cet éther gras iodé mercuriel.

(1) *Concours méd.*, n° 28, 11 juillet 1920.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

THÈSES D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE

M. Jean ROCH. *Contribution à l'étude du prolapsus de l'utérus chez la femme, en particulier chez la petite fille* (3 décembre 1919, n° 47). — Observée avant la puberté dans les deux tiers des cas, cette affection relève des efforts répétés susceptibles d'augmenter la pression abdominale, et aussi de l'affaiblissement des tissus dû à la plupart des maladies infectieuses, la tuberculose plus spécialement. La présence du meat urinaire rend le diagnostic plus facile. D'un pronostic bénin, la plupart des cas guérissent par simple application de nitrate d'argent ou l'ignipuncture. Seuls les cas graves et anciens relèvent de l'excision méthodiquement menée.

M. Joseph VILLEBRUN. *De l'analgésie chirurgicale par injection rachidienne; choix de l'anesthésique* (24 décembre 1919, n° 63). — Mémoire consacré à établir la supériorité de la novocaïne sur les autres analgésiques. Mais l'exposé n'entraîne pas la conviction encore que l'auteur confonde volontiers l'activité d'un agent avec sa toxicité, plus spécialement en ce qui concerne la cocaïne, dont des doses six fois plus faibles donnent sans plus d'inconvénients une insensibilisation tout aussi parfaite.

M. Léon LOUVRIER. *Contribution à l'étude des rétro déviations douloureuses de l'utérus* (28 février 1920, n° 91). — Tantôt primitives chez les prédisposées, tantôt secondaires à l'infection des organes génitaux, la rétrodéviation revêt chez les premières le type version mobile et réductible; chez les secondes on observe plutôt la flexion irréductible. En raison de la persistance des douleurs et du syndrome utérin après échec du pessaire, la ligamentopsie est à conseiller, d'autant plus que la douleur est supprimée dans 80 p. 100 des cas et sensiblement atténuée dans 15 p. 100. Les grossesses ultérieures n'ent sont nullement entravées.

M. Pierre BOURGIN. *Sur un cas de galactocèle traumatique* (6 mars 1920, n° 96). — Due à une accumulation de lait en arrière d'un rétrécissement des canaux galactophores sous la dépendance d'une hyperplasie du tissu conjonctif, secondaire elle-même au traumatisme ou à l'infection, le galactocèle est riche en globules blancs, dans sa cavité et autour d'elle. M. Grynfeltt pense qu'ils agissent sur le contenu liquide par leurs lipases, ce qui peut expliquer la régression spontanée du galactocèle quand la poche ne suppure pas.

M. Désiré BUIX. *A propos d'un cas d'hématocèle ante utérine* (6 mars 1920, n° 99). — Aux causes déjà connues (oblitération du cul-de-sac postérieur, adhérences péritoniales antérieures), l'observation reproduite ajoute un nouveau mode de localisation par suite d'adhérences épiploïques au fond de l'utérus et aux annexes, le Douglas demeuré d'ailleurs libre.

M. Félix CHAMPEIL. *Quelques cas de malformation congénitale du vagin* (27 mars 1920, n° 111). — Des quelques observations qu'il rapporte, l'auteur conclut à l'abtention là où les organes génitaux sont atrophiés. S'il existe de l'hématocèle, il faut aboucher la tumeur à la vulve.

M. Maurice ROQUEMAURE. *Contribution à l'étude du cancer primitif de l'ovaire* (27 mars 1920, n° 118). — Le carcinome ovarien s'observe à un âge moins avancé que le cancer des autres organes. Les foyers de dégénérescence hyaline qu'il présente souvent ne doivent pas être confondus avec des cavités kystiques. Son diagnostic souvent difficile se base sur la bilatéralité de la lésion, son indépendance d'avec l'utérus, la consistance de la tumeur et l'atteinte de l'état général. D'un pronostic sévère, son traitement consiste dans l'hystérectomie, aussi précoce que possible, avec ablation des annexes.



CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Service automobile entre Montélimar et Vals-les-Bains. — Les baigneurs désireux de se rendre à Vals-les-Bains apprendront avec plaisir que, pour faciliter leur voyage et leur éviter plusieurs transbordements en cours de route, la Compagnie P.-L.-M. organisera, du 1er juillet au 15 septembre prochains entre Montélimar et Vals, un service automobile en correspondance directe avec les trains de et pour Paris, Lyon et Marseille, arrivant à Montélimar dans la matinée.

Les gares de Paris, Lyon-Perrache et Marseille St-Charles délivreront des billets directs (Chemin de fer et Service automobile) aux voyageurs avec enregistrement direct des bagages par chemin de fer de bout en bout.

Pour plus amples renseignements, demander le prospectus-horaire à l'Agence P.-L.-M., 88, rue St-Lazare, à Paris, aux bureaux de ville, bureaux de renseignements du réseau et aux agences de voyages.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel médical. Formulaire thérapeutique, par le docteur Ernest LIOTARD (de Nice). — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

LIVRES NOUVEAUX

La Cure de Bouchardat (1), par F. RATHERY.

M. Rathery, dont on connaît les beaux travaux sur les maladies de la nutrition, a eu l'idée de rappeler au public médical ce que c'était que la cure de Bouchardat, et son application au diabète sucré. Son livre est divisé en quatre parties : *cure des diabètes*, telle qu'elle a été intégralement établie par Bouchardat; *mise en pratique de cette cure*, telle qu'on peut la prescrire en s'appuyant sur toutes les données scientifiques actuellement connues relativement au diabète; et en distinguant selon que l'on a affaire à l'une des trois grandes formes du diabète : simple, consomptif, mixte; *traitement des complications*; questions relatives au *régime*. Grâce à l'ouvrage de M. Rathery on pourra connaître, dans toute sa pureté, l'œuvre de Bouchardat dont la pensée a été si souvent dénaturée et se rendre compte que le traitement du diabète sucré reste aujourd'hui, à très peu de choses près, celui qu'avait établi cet auteur dans une série de travaux mémorables, échelonnés de 1858 à 1883, que tant de personnes citent de confiance et que si peu ont lus. L. BABONNEIX.

La Survivance de l'âme et son évolution après la mort (2), par P.-E. CORNILLIER.

Ce gros volume est tout entier constitué par le récit des expériences faites par l'auteur avec son médium Reine. Le récit en est fait sans recherches avec une grande rigueur d'exactitude. L'auteur nous affirme sa bonne foi et nous n'avons pas de peine à l'admettre; il nous garantit celle de son médium, ce qui est également vraisemblable. Sans être médecin, l'auteur qui est artiste est aussi depuis longtemps un convaincu des doctrines spirites et de la réincarnation des esprits. Le récit de ses expériences, dont l'intérêt va croissant de la première jusqu'à la 107e et dernière, donne l'impression d'une éducation progressive du médium. Celui-ci arrive à lui développer petit à petit toute la doctrine comme s'il l'apprenait inconsciemment jour par jour; Reine ne fait rien que de servir de preuve par sa bonne foi à la théorie que l'auteur aurait pu nous exprimer sans elle.

On le lira avec intérêt mais je doute que cette lecture puisse convaincre les « intéressés » pour lesquels M. Cornillier dit écrire. Sa classification des lecteurs est un peu simpliste. On peut le lire avec intérêt tout en trouvant par places matière à raillerie et à critiques. J. FERRAND.

Traitement des arrêts de croissance (3), par M. SPRINGER.

Dans cette brochure, l'auteur se propose de présenter l'ensemble de nos connaissances actuelles sur les médications à l'aide desquelles on peut stimuler la croissance des enfants dystrophiques. Il montre que, ce qui domine toute la question, c'est la détermination de la cause : syphilis, tuberculose, paludisme. Celle-ci une fois élucidée, il convient de vérifier le fonctionnement des principaux appareils, et, particulièrement, des glandes vasculaires sanguines. Il faut, en outre, faire disparaître les causes si nombreuses qui peuvent entraver la croissance normale, qu'il s'agisse d'erreurs alimentaires ou d'insuffisance d'oxygénation. On s'efforcera alors de la stimuler par l'emploi de certaines médications : phosphates, fer, décoction de céréales, riche en vitamines, arsenic, électricité. L. BABONNEIX.

La graphomanie. *Essai de psychologie morbide* (4), par OSSIP-LOURIÉ.

La graphomanie est une affection caractérisée par une impulsion irrésistible à écrire.

Sans vouloir objecter, même du point de vue médical, aux termes de cette définition, le psychiatre y voit seulement un syndrome résultant d'une déviation particulière de l'activité du langage, d'une émancipation fâcheuse ou mieux encore d'une exaltation anarchique d'un mode de l'activité psychique. Cette tendance morbide à écrire sans nécessité, avec excès ou sans but licite frappe un grand nombre d'individus en dehors des asiles; elle est bien souvent de nature psychopathique.

Dans une étude intéressante des troubles qui l'accompagnent, dans une analyse psychologique pénétrante des conditions étiologiques dans lesquelles elle apparaît ou se développe, M. Ossip-Lourié montre que la graphomanie n'est pas le produit de la seule constitution foncière de l'individu, mais qu'elle résulte de conditions étiologiques multiples, qu'elle se manifeste, sur un terrain évidemment prédisposé, comme un phénomène psycho-social acquis. Il dégage précisément parmi ses causes le rôle de l'imitation et de la contagion, l'influence de la critique et de la publicité, la notoriété des faux talents, la commercialisation et l'esclavage littéraire, le fétichisme de la langue écrite et imprimée.

De là découlent des indications thérapeutiques ou mieux prophylactiques; elles consistent surtout dans les réformes à apporter à notre système d'instruction, dans la nécessité de réhabiliter le travail manuel et agricole et de lutter contre l'encombrement si néfaste des carrières dites libérales, dans la nécessité aussi de développer la conscience morale et de créer enfin une déontologie littéraire et scientifique.

Des chapitres curieux sur les origines et la psychologie du langage écrit, des études de la graphomanie dans ses différentes formes, élémentaire, épistolaire, littéraire, féminine, des observations personnelles sur la manie de la lecture, sur la bibliomanie agrémentent encore cet ouvrage.

M. Ossip-Lourié avait publié, on le sait, il y a déjà plusieurs années, une première étude de psychologie morbide sur le langage et la verbomanie. Analysant ce livre ici même, en 1912, je l'ai considéré, et je ne veux pas m'en dédire, comme un livre excellent dont on ne saurait trop recommander la lecture à des gens qui, bien souvent, cultivent trop l'art de parler et laissent s'atrophier l'art d'agir. Je ne peux qu'ajouter au sujet de ce nouvel ouvrage sur la graphomanie qu'il est le nécessaire et digne complément du premier.

Pour tout médecin, la lecture de cette étude sera instructive et intéressante. Je souhaiterais, sans oser trop l'espérer, qu'elle soit utile au moins à quelques-uns, qu'elle contribue à combattre un prurigo scribendi qui n'est que trop fréquent, qu'elle soit un astringent efficace chez ceux d'entre nous dont la graphorrhée encombre trop souvent notre littérature médicale. P. CAMUS.

(1) In-8 de 276 pages. — Paris, F. Alcan.
(2) In-8 de 578 pages. — Prix : 14 fr. 40. — Paris, Alcan.
(3) In-18 de 94 pages, Paris, J.-B. Baillère et fils.
(4) Un vol. in-8 de la bibliothèque de philosophie contemporaine, 232 p. Prix : 7 fr. 50. Paris, F. Alcan.

Quatre leçons sur les sécrétions internes (1), par E. GLEY, professeur au Collège de France, membre de l'Académie de médecine.

Dans cet ouvrage, M. Gley a voulu montrer les directions suivies ou à suivre, dégager les idées des recherches heureusement accomplies ou en voie sûre d'exécution, déterminer les conditions et indiquer, si possible, quelques-unes des lois des phénomènes étudiés, bref découvrir les principes qui permettent d'établir une doctrine.

Dans la première leçon, l'auteur a voulu, en présentant un exposé historique et critique de la doctrine des sécrétions internes, en donner une idée générale précise.

La deuxième montre à quelles conditions exactes doit répondre le fonctionnement d'une glande pour que celle-ci puisse être légitimement qualifiée d'endocrine.

La troisième est consacrée à la critique approfondie des méthodes employées dans l'investigation des sécrétions internes et à l'exposé des méthodes rationnelles qui devraient seules être mises en œuvre pour cette étude.

La quatrième présente les résultats acquis jusqu'à ce jour ou en voie d'acquisition dans le domaine des sécrétions internes et en dégage la signification biologique. L. G.

(1) In-8 de 160 pages, 1920. — Prix : 6 francs (sans majoration). — Librairie, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 73. — MARDI 24 & JEUDI 26 AOUT 1920 93e ANNÉE. MARDI 24 & JEUDI 26 AOUT 1920. — N° 73

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LILLE. — La chaire d'histoire naturelle des parasites est transformée en chaire de thérapeutique.

— NANCY. — M. Mutel, chef des travaux d'anatomie, est chargé, en outre, des fonctions d'agrégé.

M. Watrin, chef des travaux d'histologie, est chargé, en outre, des fonctions d'agrégé.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — RENNES. — M. le Dr Chenet est institué, pour une période de 9 ans, suppléant de la chaire de clinique chirurgicale (ophtalmologie et oto-rhino-laryngologie).

MINISTÈRE DES COLONIES. — Le *Journal officiel* du 20 août publie un décret approuvant un arrêté du gouverneur général de l'Indo-Chine réglementant l'exercice de la médecine sino-annamite traditionnelle en Cochinchine.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — Ont été élus : membre honoraire étranger, M. le prof. Teissier (de Lyon).

Correspondant belge : M. le prof. A. Lemaire (de Louvain).

Correspondants étrangers, MM. les prof. S. Delépine (de Manchester), Francis (de Bristol), Vallée (d'Alfort).

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS. — CONCOURS POUR L'ADMISSIBILITÉ A L'EMPLOI DE RÉDACTEUR. — Un concours pour l'admissibilité à l'emploi de rédacteur dans les services de l'administration générale de l'assistance publique à Paris sera ouvert le mercredi 1er décembre 1920.

Le nombre maximum des candidats à admettre est fixé à 15.

Sont admis à se présenter :

1°..... Les docteurs en médecine.....

Les candidats, hommes ou dames, étrangers à l'administration, doivent être de nationalité française; ils doivent avoir plus de vingt ans accomplis et avoir moins de trente ans accomplis le 1er janvier 1920

Les candidats hommes devront avoir satisfait à la loi sur le recrutement, c'est-à-dire avoir été ou être inscrits, soit sur les contrôles de l'armée, soit sur les tableaux de recensement. La limite d'âge de trente ans est prorogée d'une durée égale aux services accomplis dans l'armée active pour satisfaire aux obligations de la loi sur le recrutement.

Toutefois, en ce qui concerne les candidats, placés sous le régime de la loi militaire du 7 août 1913, cette limite de trente ans sera reculée d'un an pour ceux ayant accompli trois années de services militaires. Elle sera abaissée d'un an par année de services militaires non accomplie (toute année, pendant laquelle il a été fait quatre mois, compte pour une année de services).

A titre exceptionnel et transitoire, la limite d'âge de trente ans ne pourra être opposée aux candidats hommes qui auront atteint cette limite d'âge durant la période comprise entre le 2 août 1914 et le décret fixant la cessation des hostilités.

Les inscriptions seront reçues au service du personnel de l'administration, 3, avenue Victoria, jusqu'au samedi 20 novembre 1920 inclusivement, dernier délai.

Les candidats inscrits devront s'adresser au service du personnel pour connaître les jours, lieux et heures où ils auront à se présenter pour subir les divers épreuves.

Des convocations donnant ces indications leur seront envoyées à domicile; mais l'administration décline toute responsabilité dans le cas où ces convocations ne leur parviendraient pas.

Le programme des connaissances exigées des candidats est déposé au service du personnel et sera remis ou envoyé à toutes les personnes qui en feront la demande.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr E. Sottas (de Paris).

HYGIÈNE PUBLIQUE

INTERDICTION DES BOISSONS ANALOGUES A L'ABSINTHE

M. Pouzin, député, signale à M. le ministre de l'hygiène que des boissons diverses analogues à l'absinthe sont mises en vente dans un grand nombre de débits, que leur usage se répand, que ces produits offrent l'inconvénient de favoriser sous une forme extrêmement séduisante la consommation de l'alcool, que la liberté commerciale, si respectable qu'elle soit en principe, ne peut pas être, en l'espèce, un obstacle à l'intervention législative, et demande quelles mesures il compte prendre pour préserver la race française d'un fléau qui se présente à nouveau devant elle. (*Question du 28 juillet 1920.*)

Réponse. — La loi du 16 mars 1915, publiée au *Journal officiel* du 17 du même mois, interdit la fabrication, la vente en gros et au détail non seulement de l'absinthe, mais aussi des liqueurs similaires visées par les lois des 30 janvier 1907 et 26 décembre 1908. Les boissons signalées par l'honorable député de la Drôme tombent, par conséquent, sous le coup de la loi. (*J. O.*, 22 août 1920.)

JURISPRUDENCE

QUESTION DE RESPONSABILITÉ

ÉTABLISSEMENT MÉDICAL

La question vient de se poser de savoir dans quels cas peut être responsable un docteur en médecine qui exploite un établissement médical destiné au traitement des maladies du système nerveux, à l'exclusion des maladies mentales.

On sait que, pour tenir une maison de santé, il faut, conformément à l'ordonnance de police du 9 août 1828, avoir l'autorisation de l'administration qui spécifie les conditions dans lesquelles cette autorisation est donnée. Ces conditions sont les suivantes : un registre doit être tenu, sur lequel sont inscrits les nom, prénoms, âge, profession et domicile de chaque pensionnaire, ainsi que la date précise de l'entrée et de la sortie ou du décès de chacun d'eux ; les personnes atteintes d'aliénation mentale ne doivent pas être admises. D'autre part, il faut une autorisation spéciale émanée du préfet, si la maison de santé reçoit, en outre, des personnes atteintes d'aliénation mentale (voir *Répertoire pratique de Dalloz*, v° aliénés, n° 67). En cette circonstance, il y a deux établissements distincts : une maison de santé et un asile d'aliénés. La loi n'exige pas des bâtiments distincts ; il suffit qu'on assigne aux aliénés des quartiers séparés (L. 30 juin 1838, art. 5, § 2 et 3).

Dans le cas d'un médecin qui tient une maison de santé, consacrée uniquement au traitement des maladies nerveuses, quelle est sa responsabilité, s'il arrive à un de ses pensionnaires un accident indiquant qu'il pouvait être atteint d'aliénation mentale ? Peut-on lui reprocher une faute, résultant d'un manque de surveillance, qui engagerait sa responsabilité pécuniaire ?

C'est incontestablement une question de fait à résoudre par les tribunaux. Un cas particulier qui vient d'être soumis à la Cour d'appel de Paris va permettre de s'en rendre compte : Une femme présentait des signes d'un état psychopathique, caractérisé par des obsessions, de l'anxiété, des peurs et des craintes irraisonnées ; elle était atteinte de neurasthénie. Elle est placée, après avis de son médecin habituel, dans une maison de santé *ne s'occupant que du traitement des maladies nerveuses* ; le traitement suit son cours normal. Un matin, alors que la garde-malade était sortie momentanément, la malade ouvre la fenêtre de sa chambre, se jette d'une hauteur de plusieurs mètres et se blesse.

Procès en responsabilité contre le médecin, à qui on reprochait une faute en raison d'un manque de surveillance.

La Cour d'appel de Paris (arrêt du 25 juin 1920), après le tribunal civil de la Seine, a estimé que la responsabilité du médecin n'était pas engagée. La Cour commence par constater que seuls étaient admis dans l'établissement dont il s'agissait, les malades atteints d'affections nerveuses, à l'exclusion de ceux qui étaient frappés d'aliénation mentale ; l'état de la malade nécessitait-il son internement dans une chambre dont les fenêtres dussent être cadenassées ?

« Considérant, déclare l'arrêt, que le fait par le Dr X... de n'avoir pas muni les fenêtres de son établissement, et notamment celles de la chambre occupée par la dame K..., d'un dispositif de fermeture en dehors de la partie du malade, ne peut être considéré comme une faute,

« Que, s'il est vrai que le directeur de la maison n'a pas pris cette précaution particulière, il suffit de noter que ses pensionnaires, soignées pour des affections nerveuses comme l'était la dame K..., ne doivent pas être enfermées et que leur intérêt commande de ne pas leur donner l'impression d'une claustration ;

« Que l'état de ladite dame qui n'avait jamais manifesté d'intention de suicide n'obligeait pas le médecin, ni les préposés de celui-ci à une surveillance étroite et continue, comme celle qui pourrait être exercée sur des personnes atteintes d'aliénation mentale. » La malade ne devait pas être soumise à une surveillance allant jusqu'à une contrainte matérielle et préventive.

Les considérants de l'arrêt de la Cour de Paris sont justes. En effet, les soins à donner à une personne atteinte de neurasthénie sont très délicats, si l'on veut arriver à la guérison : une surveillance trop incessante et des précautions trop minutieuses allant jusqu'à la claustration peuvent y être nuisibles. Le traitement approprié peut consister principalement à éloigner le malade de sa famille, de sa maison, de toutes les causes ayant pu influer sur son état avant son entrée dans la maison de santé ; une mesure d'internement n'est nullement indiquée.

Pour apprécier la responsabilité éventuelle du médecin, il faut tenir compte de l'objet et de la destination de l'établissement médical. Le médecin qui ne s'occupe que des maladies du système nerveux ne peut être contraint à organiser son établissement comme s'il s'agissait d'un asile d'aliénés ; le malade lui est envoyé par le médecin traitant qui ne manque pas de faire connaître à la famille, aux parents, à l'époux ou aux enfants, l'établissement où le traitement va être effectué et les maladies qui y sont soignées. Les intéressés savent la nature de l'établissement médical où va être placé le malade.

Dans ces conditions, si on présente au médecin, directeur de l'établissement, un malade comme atteint d'une affection nerveuse, seule maladie soignée chez lui, on ne peut lui imputer une responsabilité sous prétexte qu'il n'aurait pas pris les précautions matérielles suffisantes, pour éviter un accident alors que rien ne permettait de le prévoir.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

Cavernes pulmonaires et phénomènes caverneux (1) par le Dr Ch. SABOURIN.

Depuis Laennec on sait que les symptômes dits caverneux peuvent exister sans cavernes et réciproquement que certaines cavernes ne donnent pas de signes caverneux.

M. Sabourin a repris l'étude de cette question de séméiologie si intéressante. Après une description des phénomènes cavitaire en général, il rappelle que ceux-ci peuvent se présenter dans diverses manifestations de la tuberculose pleuropulmonaire : lésions tuberculeuses banales, congestions pleuropulmonaires des tuberculeux, pneumonies nécrosantes, pleurésies enkystées de la grande cavité et pleurésies interlobaires.

La caverne pulmonaire donne parfois des signes vulgaires d'auscultation. D'autrefois elle s'accompagne de tous les phénomènes de la série caverneuse et de quelques-uns d'entre eux seulement.

F. LÉVY.

(1) Paris, Masson et Cie.

A PROPOS D'UNE OBSERVATION
DE
PSYCHO-ANALYSE

PAR MM.
LAIGNEL-LAVASTINE et JEAN VINCHON
Professeur agrégé, chargé de cours à la Clinique des maladies mentales et de l'encéphale. Chef de clinique

La psycho-analyse et ses méthodes sont encore peu connues du public français; néanmoins, après les critiques du début, nous assistons à un revirement de l'opinion. Des aliénistes avertis, comme MM. Dupré et Trepsat viennent de publier dans *L'Encéphale* un essai inclinant dans ce sens. Nous ne voulons pas reprendre ici les objections de MM. Pierre Janet, Regis et Hesnard, Bleuler; ce dernier surtout, qui après une période de scepticisme, a continué néanmoins à pratiquer la méthode de Freud, a bien montré ce qu'il fallait en retenir (1). Notre but est plus modeste. Nous nous contenterons de noter nos réflexions, à propos d'observations prises suivant la technique de Vienne dans le service de clinique de la Faculté de médecine de Paris.

On sait qu'il s'agit avec ces procédés d'aller chercher, dans l'inconscient, les causes déterminantes de nombreux troubles psychiques, qui vont de la psychasthénie avec ses obsessions et ses doutes, à la démence précoce, envisagée plus particulièrement sous l'aspect de la schizophrénie de Bleuler. A toutes les méthodes employées : exploration des rêves à l'aide de la symbolique, analyses psychologique et expérimentale des associations d'idées, étude des actes de la vie journalière, Freud a imprimé le cachet de sa forte personnalité, si bien qu'à beaucoup d'adeptes, par delà nos frontières, il apparaît comme une sorte de prophète, annonciateur d'une bonne parole, destinée à transformer la médecine mentale, la psychologie, l'art, la littérature et même la morale de ses contemporains.

Faute de place, nous prendrons comme exemple la plus typique de nos observations : celle d'une psychasthénique de 37 ans, atteinte de tics depuis des accidents de dents de sagesse, coïncidant avec la mort de son père et la perte de l'aisance où vivait la famille, en 1910. Marie est une femme d'une intelligence et d'une culture moyennes, mais qui a toujours été rêveuse et imaginative. Malgré ses tendances sentimentales, elle est restée vieille fille, condition favorable pour l'étude du « refoulement ».

Jusqu'à la fin d'avril 1920, Marie nous avait refusé ses confidences. A cette date, elle nous raconte, qu'au milieu de ses malheurs, elle a souffert de déceptions sentimentales : elle aimait un jeune homme qui passait sous ses fenêtres, et ses parents se moquaient d'elle. Cet amour a duré près de 5 ans. Dès le début, les tics avaient commencé et s'étaient installés peu à peu. Elle proteste vivement quand nous cherchons une relation entre ces deux faits; pourtant, elle avoue sa coquetterie et son désir de plaire; elle se plaint que les tics l'enlaidissent. Jamais, elle n'a parlé à ce jeune homme; elle vivait un roman intérieur, entretenu par des apparences, qu'elle épiait jalousement : coïncidences singulières, allées et venues de tous les jours. Sa mère était très sévère et jamais Marie n'a osé tirer l'affaire au clair, se contentant d'un vague bonheur, qu'elle traduit ainsi : « Je me moque qu'il m'aime pourvu que je l'aime. J'ai rêvé à lui étant à Paris : on se mariait, mais je l'aimais plus en rêve qu'en réalité. Oh! il n'y avait rien de mal dans ces rêves. Ce n'était pas à l'église, *on tombait dans un fossé*: il n'y avait que lui qui me tenait dans ses bras, j'étais très heureuse; il m'a dit : il faut descendre avec moi et je suis tombée dans le fossé. Ce rêve s'est reproduit fort rarement, mais il me rendait très heureuse. » Malgré ses efforts, elle n'a pu retrouver dans son sommeil, cette image agréable et, dans la journée, elle l'a évoquée souvent dans des rêveries entretenues par une véritable « volonté de maladie » (welle zür krankheit), qui lui a fait entrevoir dans cet état de maladie une possibilité de nouvelle attitude dans la vie, où elle s'estime incapable de prendre place depuis la ruine de ses espérances matérielles et sentimentales.

Au cours de cette confidence, l'humeur de Marie change continuellement : elle est gaie et rit impulsivement ou bien elle sanglote et cache son visage; elle est très inattentive et se laisse distraire par le moindre événement survenu dans la salle; ce sont de très mauvaises conditions pour l'étude expérimentale des associations d'idées. Les réponses aux *mots inducteurs* ne nous donnent que des mots de sens contraire, ou des réactions émotives, impulsives, sans signification verbale. Par exemple :

Chanter, après 4 secondes donne le mot : *des fleurs*, suivi d'un rire impulsif.

Mort, répété plusieurs fois en écho sans mot réaction.

Il faut se méfier aussi d'un grand nombre de mots réactions, empruntés par la malade distraite au milieu extérieur. Cette expérience nous a paru toujours une des plus difficiles à réaliser et, malgré son intérêt, nous avons dû, faute de temps, la faire passer souvent au second plan.

Reste l'analyse des *rêves*, particulièrement importante pour l'école de Freud. Nous en publions ici le journal pendant le mois de mai et le début du mois de juin, en insistant sur le côté affectif des rêves, si différent avec le même symbole et qui peut aider à l'interprétation au milieu du dédale des phénomènes « sus-déterminés », qui nous paraissent beaucoup plus complexes, beaucoup plus difficiles à appréhender dans la pratique que ne le veut l'hypothèse de Freud. Si bien que nous nous sommes méfiés de toute interprétation, à laquelle n'accédait pas la malade, dans la crainte où nous étions de la suggestionner.

1er mai : Marie a passé une bonne nuit; elle a été pourtant anxieuse au petit jour; dans un premier rêve, elle a vu le médecin, la figure couverte de boutons (elle a deviné le mécanisme du transfert et l'a immédiatement réalisé en rêve); puis au petit jour, comme souvent sa mère mourait en étouffant; pour elle, c'est le symbole du peu d'importance des déceptions sentimentales à côté de la perte de sa famille. Dans la journée, l'émotivité a augmenté.

2 mai : Bonne nuit : une infirmière du service qu'elle connaît bien est enceinte; elle a oublié le contenu d'un deuxième rêve agréable.

3 mai : Rêve très agréable : Marie monte un escalier avec un de ses anciens élèves, un enfant; elle marche mieux que d'habitude, mais elle n'est pas encore guérie de ses tics (auparavant elle rêvait qu'elle était complètement guérie); arrivée au 2e étage, elle est contrariée; elle avait une belle robe à raies rouges; elle l'a tachée précisément avec de la couleur pareille au niveau de ses cuisses (elle vient d'avoir ses règles).

4 mai : Mauvaise nuit. Marie cherche anxieusement des cartes postales qu'elle ne trouve pas, elle trouve à la place des reproductions de tableaux de maîtres, elle finit par mettre la main sur les premières cartes postales cherchées au matin, elle assiste encore à la mort de sa mère. La journée est mauvaise.

7 mai : Après plusieurs nuits sans rêve, Marie dîne dans une église avec sa famille, dont sa mère morte; le médecin passe dans l'église à ce moment; ce rêve est agréable, mais dans la seconde partie de la nuit, on lui donne dédaigneusement un bonheur-du-jour dont on ne veut plus : elle a du plaisir, mais elle est déçue de ce cadeau. Enfin, au matin, elle est encore anxieuse; un incendie se déclare, mais elle l'éteint rapidement.

8 mai : Elle est dans un salon avec sa mère; une petite fille danse en chantant, avec un large ruban bleu dans les cheveux, comme un chapeau. La petite fille chante une chanson sur les

(1) FREUD et BLEULER par le Dr I. ERMAKOW, assistant de la clinique psychiatrique de l'Université de Moscou, in *Arch. neurol.*, août 1913, p. 92.

chapeaux (Marie aime à nouer ses cheveux d'un large ruban bleu).

9 mai : Pendant 8 jours, Marie ne veut plus nous confier ses rêves, rougit, est très embarrassée, quand nous lui en demandons la raison...

16 mai : Crise émotive dans la journée, à la réception d'une lettre d'une amie, chez qui il y a un monsieur qu'elle connaît bien. Dans la journée, nouvelles confidences sentimentales sur des amours antérieures à celles qui nous ont été contées plus haut.

20 mai : Nouveaux rêves : à 3 reprises différentes, elle rencontre le médecin dans l'église, à l'enterrement de sa mère ; au matin, elle nous dit que ce qui la chagrine le plus, c'est de ne pas avoir eu d'enfant.

22 mai : Rêve qu'elle a assisté à l'enterrement de sa mère ; elle n'a pas de chagrin, n'est plus anxieuse. Elle parle de ses déceptions sentimentales, dues peut-être à ce que ses parents ne l'ont pas poussée au mariage.

25 mai : Un seul souvenir d'un rêve, d'ailleurs vague. Elle se souvient seulement que le professeur lui a parlé ; elle n'était pas encore guérie.

1er juin : Après une série de rêves d'église, d'enterrement (elle est très religieuse dans ses bons moments), elle dit au matin : « Je me cherche dans tout cela. » Marie a vu dans la nuit deux troncs d'arbres en croix sur un tombeau, puis le médecin avec un uniforme du temps du premier Empire, qui était mal reçu par une vieille dame (allusion possible, pour le dernier point, à un événement de la veille).

4 juin : Nouvelle scène onirique où intervient toujours le médecin en brillant uniforme, pendant qu'on porte Marie sur un brancard. Ce souvenir est pénible et provoque une crise de désespoir : « J'aurais mieux fait d'en finir, ce sera toujours comme cela, je ne pourrai pas travailler, je serai toujours malade. »

Pourtant l'amélioration est notable, les tics sont moins violents et alternent avec des crises de doutes, la décharge affective se faisant tantôt dans le domaine physique et tantôt dans le domaine intellectuel. Marie ne craint plus de sortir dans le jardin de l'asile et, lorsque nous l'observons à la dérobée, elle passe de longues heures assise tranquillement sur son banc. Elle a donc bénéficié dans une certaine mesure de la psychothérapie. Malheureusement, elle a toujours présentes à l'esprit les conditions difficiles où elle se trouvera à la sortie de l'asile ; elle ne désire pas cette sortie et elle paraît même craindre de guérir, et comme nous ne pouvons rien contre cette situation entretenue par une volonté insuffisante, il est à craindre que l'affection se prolonge. C'est la cause évidemment de l'agitation anxieuse au moment des examens et de certaines crises de dépression passagères, notées par les infirmières en notre absence.

Dans cette observation, nous avons retrouvé tous les symboles classiques du Freudisme, l'escalier, l'église, le bonheur-du-jour, le chapeau, les fleurs rouges. Deux faits reviennent fréquemment : l'enterrement de sa mère et des promenades ou des scènes diverses en compagnie d'enfants, des visions de grossesses. Si, pour les premiers symboles, l'interprétation sexuelle n'est pas douteuse, il ne semble pas que, pour les derniers, il faille chercher autre chose que le souvenir direct qu'ils évoquent. A chaque instant, Marie nous parle du chagrin de la perte des siens et du regret de n'avoir jamais été mère. Les propos de la journée éclairent, sans qu'il soit besoin de recourir à la symbolique, les rêves de la nuit.

Quant à l'histoire des *tics*, elle est fort simple : Marie se sentait vieillir et craignait de devenir laide, lorsqu'en décembre 1910, après une poussée douloureuse d'une dent de sagesse, elle s'est regardée dans une glace et a surpris son premier tic. Puis ils ont disparu pendant la maladie de son père pour réapparaître définitivement en mars 1911, alors qu'elle était à la chapelle en train de lire son évangile (1). Depuis, l'évolution a été parallèle aux émotions que Marie a traversées ; son état s'améliorait et elle reprenait espoir, s'aggravait et elle était découragée. Actuellement, bien qu'elle aille mieux, comme elle a dix ans de plus, elle est convaincue de la presque impossibilité de *refaire sa vie* et se désole d'un avenir de vieille fille, privée de l'affection de ses parents et de l'espoir de la maternité. Ce sont évidemment des circonstances particulièrement défavorables, mais surtout dans le milieu où nous observons, elles sont fréquentes et entravent nos essais de cure.

L'école de Freud nous reprocherait certainement de nous être contentés de la seule observation, d'avoir réduit au minimum nos interprétations personnelles et de n'avoir pas poussé plus loin la recherche de l'histoire des tics et de leur origine. C'est qu'en France, avertis par l'aventure de l'hystérie, nous avons appris à nous méfier de l'intervention trop intime du médecin, surtout dans cette catégorie de troubles mentaux. Certaines malades nous ont ainsi réclamé d'elles-mêmes l'épreuve de la psycho-analyse, contant sans aucune pudeur des rêves érotiques où le médecin jouait une large part. Nous avons éliminé d'emblée ces femmes, véritables exhibitionnistes de leur fond mental, dont le cas n'est pas exceptionnel.

Pourtant, tel qu'il est, cet essai de psycho-analyse est intéressant et montre bien toute l'importance des recherches de l'école de Freud. D'autres observations sont peut-être moins riches en symboles, mais aboutissent aux mêmes conclusions, c'est-à-dire à prouver le rôle considérable de l'*instinct sexuel* dans l'évolution des psychoses. Mais est-ce là vraiment la cause déterminante de celles-ci ? Notre éducation organiciste s'insurge contre cette conception : les progrès de la technique ont permis de déceler des lésions anatomiques dans des affections pour lesquelles jusqu'ici le microscope ne nous avait rien appris ; il est certain que l'ère de ces découvertes n'est pas close.

Mais avant la lésion, expression morphologique du trouble, n'y a-t-il pas une modification dynamique en rapport avec le refoulement de l'instinct sexuel, et qui, échappant encore aux méthodes actuelles d'investigation histologique, se traduit par la tendance aux obsessions, aux phobies et aux tics sur le fond d'aboulie classique ? Seules les hypothèses peuvent répondre et alors il est permis de réserver son opinion, malgré la séduction des doctrines et l'ingéniosité des systèmes. D'ailleurs, nous ne croyons pas qu'il y ait un très grand intérêt à recourir à ceux-ci, dont l'importance pratique nous échappe.

L'expérience confirme, pour nous, l'opinion de MM. Régis et Hesnard qui considèrent la psychothérapie de l'Ecole de Vienne comme l'une des meilleures, parce qu'elle permet une connaissance très complète du malade. Mais lorsque les recherches sont parvenues à leur fin et ont tiré du subconscient, pour le malade et pour nous, l'histoire complète des troubles, la guérison ne survient pas pour cela. C'est qu'elle est la résultante d'actions nombreuses et complexes, les unes physiques, les autres morales. Ces dernières mêmes sont multiples comme nos instincts, avant tout, égoïstes. Aussi Freud a-t-il insisté tout particulièrement sur

(1) D'où peut-être les nombreux rêves d'église et de chapelle, qui perdraient, en partie, leur sens érotique.

la crainte *de la lutte pour la vie* qui fut souvent un obstacle à ses cures. Peu importe au fond qu'elle soit en relation ou non avec la « Libido », chez nos malades d'asiles elle est constante et il faut s'attaquer à elle comme si elle était isolée. Pour le maître qui ne perd pas de vue tous les détails de la doctrine, cela n'a pas grande importance, mais n'y a-t-il pas un danger pour les élèves à grouper les malades sous une seule étiquette, d'autant que l'on a toujours tendance à resserrer les diagnostics et comme à recueillir dans un miroir concave une image déformée des multiples aspects d'un psychopathe?

LETTRE D'AMÉRIQUE

L'*American Medical Association* (en abrégé l'A. M. A.) est une très puissante Société médicale qui, de 11.000 membres en 1904, a passé aujourd'hui à plus de 70.000, soit la moitié des médecins exerçant aux Etats-Unis. La circulation du *Journal*, organe officiel de l'Association, montre que l'accroissement continue à une allure rapide et régulière ; de 65.000 il y a 2 ans, elle a passé à 73.000 en octobre 1919 et dépasse 77.500 en juin 1920.

Comme les Etats-Unis eux-mêmes, l'A. M. A., dont le siège social est à Chicago, est organisée sur le principe de la fédération. Tout médecin de bonne réputation, ayant passé l'examen voulu et accompli les formalités administratives requises pour l'exercice de la médecine par le gouvernement de l'Etat dans lequel il désire s'établir, peut devenir membre de la Société médicale du *Comté* dans lequel il exerce et, de ce fait même, devient membre de la Société médicale de l'*Etat*, laquelle n'est que la conglomération des sociétés des différents comtés de l'Etat. Une fois admis dans ces associations locales, il n'a qu'à déclarer le fait et envoyer à l'A. M. A. 5 dollars par an (dont 1 comme cotisation proprement dite et 4 pour le service du journal) pour être en règle avec la Société nationale. Un médecin ne faisant pas partie de la Société médicale de son comté ne peut s'affilier directement à l'A. M. A., quoique, pour la même somme de 5 dollars, il puisse (comme n'importe qui d'ailleurs) s'abonner au journal. De cette façon, il est impossible à des mécontents et des dissidents de se séparer de leur association locale tout en retenant leur place dans l'A. M. A. et d'essayer de se servir de celle-ci contre la première : bien des conflits éventuels sont ainsi évités d'emblée. Il faut cependant ajouter, d'autre part, qu'il y a un assez grand nombre de médecins appartenant aux sociétés de Comté et d'Etat qui semblent avoir négligé de demander leur admission dans l'A. M. A., quoique, à lui seul, le service du journal vaille beaucoup plus que les 5 dollars que l'affiliation coûte par an.

Le programme d'activité de l'American Medical Association embrasse tout ce qui touche à la médecine. Rien de médical ne lui est étranger. Pour s'en convaincre, il suffit de parcourir la table des matières d'un des numéros du journal. Dans les 60 pages de textes (non compris les annonces), il y a de 7 à 12 articles originaux, plusieurs « éditoriaux » sur des sujets d'intérêt scientifique ou social, des nouvelles de tous les Etats de l'Union et de l'étranger, des correspondances de l'Europe et de l'Amérique latine, les rapports du Comité de chimie et de pharmacie (dont nous reparlerons plus loin), une nécrologie, des rapports sur l'éducation médicale, des comptes rendus des diverses réunions de sociétés savantes, les décisions médico-légales intéressantes (ne pas oublier que, aux Etats-Unis, les lois varient de l'un quelconque des 48 Etats à l'autre), une bibliographie complète des publications américaines et d'un grand nombre d'étrangères, y compris celles des pays scandinaves, du Japon, de l'Inde et de l'Australie, de l'Amérique latine, avec analyses de tout ce qui en vaut la peine; enfin, trois colonnes de choses humoristiques, médicales ou paramédicales intitulées « Toniques et Sédatifs » qui démontrent que dans la médecine tout n'est pas nécessairement lugubre et renfrogné.

Cependant, dans tout cela, tout n'a pas la même importance. Les trois parties les plus saillantes de l'œuvre de l'A. M. A. sont : le côté scientifique, la campagne pour l'éducation médicale et la campagne pour la véracité et l'honnêteté dans le commerce des produits pharmaceutiques.

Le travail scientifique pivote autour de la réunion annuelle. Celle-ci a lieu de fin avril au milieu de juin, la date exacte variant avec la latitude du lieu de réunion. Cette année, la Nouvelle-Orléans était l'endroit choisi, la date était fin avril. En 1919, c'était à Atlantic City ; en 1921, ce sera à Boston; dans les 2 cas la date était et sera juin. Il y a une sorte de roulement entre les différentes régions des Etats-Unis, de telle sorte qu'aucune n'est négligée et aucune n'est favorisée. (Le même principe est observé pour le choix des bureaux et comités : chaque section du pays est représentée suivant son importance, Est, Ouest, Nord, Sud, Centre). Ceci est plus essentiel aux Etats-Unis que dans un pays d'Europe, à cause de la longueur des voyages. Une réunion annuelle de l'A. M. A. compte en moyenne 5.000 membres, quelquefois davantage.

La partie affaires d'une réunion comprend les sessions de la Chambre des délégués nommés par la Société médicale de chaque Etat, où se discutent les questions de politique générale de l'Association et les problèmes financiers. Puis les séances plénières où ont lieu l'élection du bureau général et celles pour remplacer les membres sortants des comités permanents qui se renouvellent partiellement chaque année. Ces comités sont le « Board of Trustees » (comité directeur), le comité des questions judiciaires, le comité de santé et d'instruction publique, le comité d'éducation médicale, celui des réunions scientifiques, et, enfin, le tout puissant comité de pharmacie et de chimie. Le président et le vice-président de l'Association changent chaque année ; le président est élu une année avant d'entrer en fonctions.

Pour le programme scientifique proprement dit, l'A. M. A. est divisée en 15 sections : médecine générale ; chirurgie générale et abdominale ; obstétrique et gynécologie ; ophtalmologie ; rhinologie, laryngologie et otologie ; pédiatrie ; pharmacologie et thérapeutique ; anatomie pathologique et physiologie ; stomatologie ; neurologie et psychiatrie ; dermatologie et syphiligraphie ; prophylaxie et hygiène ; urologie ; orthopédie ; gastro-entérologie et proctologie. Chaque section a un bureau spécial, président, vice-président, secrétaire, élus pour un an. Les communications lues et discutées devant ces différentes sections fournissent la majeure partie des articles originaux publiés dans le journal pendant toute l'année qui suit la réunion. La publication

dans le journal est très recherchée des auteurs, à cause de sa circulation considérable; aussi les rédacteurs ont toujours à leur disposition un nombre assez grand de manuscrits pour se permettre une sélection rigoureuse.

A noter ici, incidemment, que, en plus de son journal hebdomadaire, l'A. M. A. publie les *Archives of Internal Medicine*, les *Archives of Dermatology and Syphilology*, les *Archives of Neurology and Psychiatry* et l'*American Journal of Diseases of Children*, tous mensuels; que, en outre, elle va commencer, malgré les prix élevés de tout ce qui touche à la librairie, la publication des *Archives of Surgery*, revue mensuelle consacrée à l'étude des questions générales de chirurgie et moins exclusivement absorbée par les questions de technique que ne le sont les autres périodiques chirurgicaux d'Amérique.

Le rôle joué par l'Association dans le relèvement considérable du niveau des études médicales aux Etats-Unis est très grand. L'enseignement n'est pas ici fonction d'Etat, comme en France; il est complètement libre. N'importe qui peut fonder une école médicale, enseigner (??) la médecine et délivrer un parchemin. Les résultats de cette liberté sont faciles à imaginer, surtout si l'on réfléchit, en outre, qu'il y a seulement 30 ans pour les Etats les plus avancés et seulement 20 ou même moins pour la plupart des autres, l'exercice de la médecine n'était soumis à aucun contrôle de la part du gouvernement. Des soi-disant écoles, sans professeurs, sans laboratoires, sans matériel anatomique, quelquefois *sans bâtiments*, fabriquaient des docteurs (!) en 3 mois, par correspondance. Comme les conditions d'instruction préliminaire étaient des plus modestes, voire nulles parfois, on peut concevoir quelle espèce d'individus s'imposaient au public comme guérisseurs, et l'on ne s'étonne guère du succès florissant des « Christian Scientists », ostéopathes, chiropracteurs, naprapathes et autres charlatans de la même espèce dont les Etats-Unis sont infestés. Le premier pas pour remédier à cet état de choses lamentable a été l'établissement par les autorités de l'Etat d'un examen officiel que doivent passer tous ceux qui désirent obtenir l'autorisation d'exercer dans l'Etat. Pour être admis à subir cet examen il faut présenter les preuves d'une instruction préliminaire suffisante et un diplôme de docteur délivré par un établissement d'instruction reconnu comme suffisant par les directeurs de l'instruction publique de l'Etat. Mais, avec ce système, tout dépend du sérieux de l'examen; et, en Amérique, tout varie d'Etat à Etat. De telle sorte que certains Etats obtenaient des garanties suffisantes; d'autres, au contraire, étaient trop coulants. L'A. M. A., reconnaissant que le système d'examens était bon s'il était correctement appliqué, et que, au contraire, il était dangereux s'il était mal dirigé, a visé un double but : 1° décider les Etats à ne reconnaître que les écoles assez bien équipées et organisées pour donner les garanties désirables; 2° obtenir plus d'uniformité dans les examens officiels.

Il y a quelques années, l'A. M. A. a procédé à une enquête sur toutes les écoles médicales des Etats-Unis et a publié sans pitié les résultats obtenus. Il y avait à ce moment-là un peu plus de 150 écoles de toute espèce : de très bonnes, de bonnes, de médiocres et de mauvaises. Aujourd'hui les deux tiers de ces établissements ont fermé, à savoir, les médiocres et les mauvaises; celles qui étaient bonnes, mais insuffisamment équipées sous certains rapports, se sont réunies à d'autres, ou ont trouvé moyen de combler leurs lacunes. De plus, les conditions d'instruction préliminaire ont été rendues beaucoup plus strictes, et une année de service d'hôpital a été ajoutée à la fin des études.

En ce qui concerne l'uniformité des examens officiels, un grand pas a été fait lorsque l'on a établi le *National Board of Medical Examiners*, dont le certificat est reconnu comme valable par vingt Etats, soit près de la moitié des Etats-Unis. Auparavant, il n'existait de reconnaissance mutuelle que par accord individuel entre quelques Etats, accord sujet à révocation si l'un des Etats décidait que l'examen de l'autre devenait trop facile. En jetant un coup d'œil sur le programme du dernier examen du *National Board*, on se rend compte que, pour le passer, il faut avoir une solide éducation médicale. L'Européen qui viendrait ici avec l'idée (très commune d'ailleurs) de la supériorité écrasante de l'instruction de son propre pays serait très rapidement détrompé. L'enseignement médical aux Etats-Unis est *aujourd'hui* l'égal de n'importe lequel au monde : le progrès s'est fait depuis 15 ans et le facteur le plus puissant a été l'A. M. A.

La campagne pour la véracité et l'honnêteté dans le commerce des substances pharmaceutiques a été inspirée par l'existence de conditions analogues à celles qui régnaient jadis dans l'éducation médicale. Il y a 20 ans, liberté, ou plutôt licence, absolue du trafic; avec fraudes et tromperies éhontées. Il était permis de tout faire et d'abuser de toutes façons de la crédulité du public. Le gouvernement a fait des lois qui répriment les plus criants de ces abus; mais l'A. M. A. a jugé qu'à côté de l'action légale, nécessairement limitée aux actes vraiment criminels, il y avait place pour une campagne d'éducation, tant des médecins que du public. En 1905 fut établi le Comité de pharmacie et de chimie dans le but de recueillir et disséminer toute information nécessaire à la protection du médecin dans la prescription des spécialités et substances non incluses dans la Pharmacopée. Le Comité a promulgué des règles destinées à empêcher la fraude, le secret préjudiciable aux intérêts du malade et du médecin et la réclame directe ou indirecte adressée au public. Sur le sujet du secret, le Comité, estimant qu'il est du droit et du devoir absolus du médecin de connaître la composition essentielle de ce qu'il prescrit, n'admet aucun compromis. Les prétentions fausses quant à l'origine, ou exagérées quant aux vertus thérapeutiques d'un produit font rejeter ce dernier. Les articles qui sont trouvés en accord avec les règles du Comité sont décrits dans la publication annuelle *New and Non-official Remedies* (*N. N. R.*), remèdes nouveaux et non officiels. Ceux qui sont rejetés sont l'objet d'un rapport, qui est publié dans le journal et donne en détail les raisons du rejet. Quoique l'inclusion d'un produit dans les N. N. R. n'ait pas de valeur *officielle légale*, elle a une valeur considérable au point de vue réclame, car les 70.000 membres de l'A. M. A. ont indiqué très nettement leur tendance à se laisser guider de plus par le *Council on Pharmacy and Chemistry*.

Accessoirement, l'A. M. A. a partagé les pages d'annonces de ses publications, suivant les mêmes principes, et s'efforce de faire admettre ces derniers par les autres journaux médicaux. Elle a aussi attaqué la tradition en matière pharmaceutique; il y a beaucoup de préparations sans réelle valeur thérapeutique qui vivent sur une réputation bâtie dans le

passé sur une réclame forte et habile sans base scientifique. L'A. M. A. dans son journal et par des affiches dans ses réunions annuelles, dénonce ces produits et réduit leurs prétentions à néant. Tout cela ne va pas sans soulever une hostilité violente de la part de certains fabricants. Mais, entre ceux-ci qui s'efforcent de perpétuer le secret et les habitudes douteuses du temps passé, et l'A. M. A. dont la seule arme est une publicité impitoyable basée sur des faits rigoureusement établis, l'avantage est très nettement à celle-ci et il n'est pas besoin d'être grand clerc pour prévoir l'issue finale.

En somme, le rôle principal de l'A. M. A. est l'éducation des médecins et du public sur tout ce qui se rapporte à la médecine. Sans se désintéresser de la question des intérêts matériels des praticiens, elle considère, à juste titre, que celle-ci appartient plus aux associations d'Etat et de Comté. Les problèmes varient, en effet, d'Etat à Etat, d'après les lois existantes ou projetées, sur les accidents du travail ou sur l'assurance médicale obligatoire, par exemple. Lorsqu'il y aura, aux Etats-Unis, un ministère fédéral de la santé et que, par suite, beaucoup de questions auront été unifiées et seront devenues directement nationales, le champ d'activité, déjà vaste, de l'A. M. A. s'étendra de façon presque démesurée. En attendant, elle montre déjà quelle influence peut avoir, pour les médecins et la médecine en général, une organisation nombreuse et forte, avec un but précis, et dirigée par des hommes compétents et déterminés.

FAXTON E. GARDNER
(de New-York).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 7 MAI 1920)

Un point de technique pour l'extirpation du rectum cancéreux. — M. D. CHAUVIN décrit le point personnel de technique opératoire suivant : Au cours de l'intervention pour amputation du rectum lorsque l'intestin plus ou moins haut disséqué a été attiré au périnée, on a coutume de le fixer aux lèvres de la plaie par quelques points de catgut et de sectionner le boudin rectal à un niveau convenable. L'auteur propose de laisser le rectum clos en fermant la surface de section par un surjet soigné. On n'ouvre l'intestin que vers le 6e ou 8e jour, absolument comme dans l'établissement d'un anus artificiel en 2 temps.

Les avantages de cette technique sont : simplicité opératoire plus grande, complications de cellulite pelviennes plus facilement écartées.

Hématome artériel du pli du coude (rupture par effort de l'artère humérale). — MM. VINON et ROUX.

Abcès du foie chez un enfant (*Présentation de pièce*). — M. ANTONIN.

Scolioses essentielles à début lombaire. — M. ETIENNE.

(SÉANCE DU 14 MAI 1920)

Anémie pseudoleucémique. — Mlle SENTIS et M. LEENHARDT présentent une enfant de 19 mois, chez laquelle on constate outre des signes évidents de rachitisme (gros ventre, thorax évasé, noures genre valgus), l'existence d'un foie et d'une rate énormes. Apopexie complète. L'examen du sang donne : anémie marquée 2.400.000 globules rouges, leucocytémie importante, nombreuses hématies nucléées avec karyokinèse, réaction de Wassermann négative. Il s'agit d'une anémie pseudoleucémique de la première enfance liée à l'évolution d'un rachitisme intense.

Syndrome de Korsakoff dans les paratyphoïdes. — MM. EUZIÈRE et MARGAROT.

Un cas de sporotrichose chez une jeune fille de 15 ans. — M. ETIENNE.

Hématocèle rétro-utérine par avortement d'une grossesse infundibulo-abdominale probable. — MM. DE ROUVILLE et J. COHEN. Femme de 38 ans opérée pour grossesse extra-utérine. L'examen macroscopique de la pièce enlevée par annexectomie droite nous montre une trompe d'épaisseur normale sauf au niveau du pavillon, large, étalé. L'ostium abdominal est dilaté. Pas d'éraillure faisant penser à une rupture. La trompe est perméable.

L'examen anatomo-pathologique de la pièce est le suivant :

1° Il s'agit d'une grossesse extra-utérine, démontrée par la présence de villosités dans le caillot.

2° Les coupes isthmiques et ampullaires montrent une structure à peu près normale sauf un état congestif et une infiltration leucocytique d'autant plus marquée qu'on approche de l'infundibulum. En aucun point on n'observe de vestige d'implantation placentaire.

3° Le pavillon est épaissi, infiltré de sérosité et présente des grandes hémorragies en nappe. En certains points persistent encore des franges normales. Ailleurs on décèle un épithélium rappelant l'épithélium chorial, mais en aucun point on ne trouve d'implantation placentaire. Il est vraisemblable de penser que le pavillon répondait au pôle libre de l'œuf et que le placenta s'implantait non sur les annexes, mais sur les organes voisins (rectum, face postérieure de l'utérus, etc.).

(SÉANCE DU 21 MAI 1920)

Fracture de l'olécrâne. Hémicerclage. — MM. ROUX et VINON présentent un malade du service du prof. Forgue, victime d'un traumatisme (coup de pied de cheval ayant porté sur la face postérieure du coude). Fracture de la base de l'olécrâne méconnue pendant plusieurs mois. Le malade est vu 6 mois après l'accident, pas de trace de cal, écart interfragmentaire de 3 cm. Hémicerclage au fil d'argent. Excellent résultat fonctionnel.

Poliomyélite antérieure aiguë de l'adulte. — MM. RIMBAUD et PUECH. Présentation d'un malade qui, à la suite d'une poussée de myélite localisée aux cornes antérieures, présente une atrophie globale du membre inférieur droit, exclusivement localisé à ce membre. Rien au membre supérieur.

Ligature ancienne de la carotide primitive. — MM. RIMBAUD et PUECH. Présentation d'un ancien blessé de guerre qui a subi une ligature de la carotide primitive. Hémiplégie gauche avec aphasie totale ayant duré 2 mois 1/2 après l'intervention. Retour progressif du langage. Reliquat actuel de cécité verbale (aphasie sous-corticale).

Un cas d'ulcère variqueux traité et guéri par les bains de mer. — M. ETIENNE rapporte brièvement l'histoire d'une femme présentant un large ulcère variqueux (10 × 6) de la jambe gauche traité simplement par les bains de mer. Bien que la malade ait continué à vaquer à ses occupations, la guérison s'est faite en un mois et se maintient depuis plus de 6 mois.

Un cas de diplégie atonique congénitale. — Mlle SENTIS et M. LEENHARDT. Enfant qui présente une diplégie flasque de tous les muscles, sauf ceux de la face, les muscles respiratoires et le diaphragme sont paralysés. Réflexes conservés ou exagérés, sensibilité normale, intelligence diminuée, pas de réaction de dégénérescence, ponction lombaire, liquide normal, Wassermann négatif. Le seul diagnostic possible est celui de diplégie atonique congénitale. Le seul intérêt de cette forme de diplégie réside dans la difficulté de son diagnostic différentiel avec les paralysies d'origine médullaire, la myotonie, la paralysie infantile et la poliomyélite chronique diffuse de la première enfance. Le diagnostic se fait par la conservation des réflexes, l'absence d'atrophie musculaire et de R. D., les troubles intellectuels.

(SÉANCE DU 28 MAI 1820)

Un cas de maladie de Dercum (*présentation de malade*). — MM. LEENHARDT et BLOUQUIER.

Cancer de l'œsophage (*présentation de pièce*). — MM. ROUX et VINON. Les auteurs présentent une pièce d'autopsie (cancer œsophagien : ulcération étendue sur 12 cm. environ de long — partie moyenne correspondant au rétrécissement aortique — énorme masse d'adénopathie médiastine, examen histologique : épithélioma).

Poliomyélite chronique diffuse de la première enfance. — MM. LEENHARDT et Mlle SENTIS rapportent l'observation de deux nourrissons atteints de poliomyélite diffuse. A propos de ces deux cas, qui peuvent être rangés, soit dans la maladie de Werdnig-Hoffmann, soit dans la myotonie d'Oppenheim, ils reprennent l'étude de ces deux affections et arrivent à conclure qu'il ne s'agit là que d'une seule entité morbide. En effet, le caractère familial existe, inconstant, dans plusieurs observations de l'une et l'autre maladie; dans la myotonie comme dans la maladie de Werdnig-Hoffmann; le début, souvent congénital peut être plus tardif, jusque vers 2 ans. L'amyotrophie vraie est constante dans la myotonie puisqu'on l'a toujours trouvée à l'autopsie. Les nouvelles conceptions sur la réaction de dégénérescence des muscles permettent d'identifier avec cette réaction, la réaction myotonique de Narburg. Les statistiques montrent que la mortalité, très élevée, est identique dans la maladie de Werdnig-Hoffmann et la myotonie. Enfin, dans ces deux syndromes, le substratum anatomique est le même. Poliomyélite diffuse avec dégénérescence des muscles, intégrité de la face et du diaphragme, Il faut donc les confondre en une seule description.

(SÉANCE DU 4 JUIN 1920)

Utilisation médico-légale d'un schéma d'auscultation. — M. GAUSSEL. Grâce à l'utilisation d'un schéma d'auscultation daté, pièce seulement intelligible pour un médecin et qui peut être communiquée en justice, sans violation du secret professionnel, M. Gaussel a pu faire mettre en liberté un malade inculpé d'assassinat.

Sur le traitement des néoplasmes inopérables. — M. ESTOR publie le résultat de ses premières recherches sur le traitement des néoplasmes inopérables par l'huile camphrée, médicament facilement et longtemps toléré. Les premiers effets de ce traitement se manifestent par une amélioration de l'état général et permet en somme de prolonger dans des conditions supportables l'existence des cancéreux inopérables.

Pseudo-Parkinson. Séquelle d'encéphalite léthargique (*présentation de malade*). — MM. LEENHARDT et BLOUQUIER.

Bacilles de Koch et bacilles acido et alcoolo-résistants. — M. CARRÈRE. Dans le culot de centrifugation d'une urine recueillie par miction, chez une femme accusant des douleurs lombaires unilatérales, on trouve des bacilles alcoolo et acido résistants, même en insistant sur les temps de décoloration.

Le culot de centrifugation de l'urine recueillie aseptiquement, par cathétérisme vésical, ne présente plus de bacilles. L'inoculation à deux cobayes est restée négative. Il ne s'agissait donc pas d'un bacille de Koch, provenant d'une cystite ou d'une néphrite tuberculeuse, mais d'un bacille apporté probablement, par les sécrétions vaginales.

Il faut donc ne pas oublier que tous les bacilles acido et alcoolo résistants ne sont pas des bacilles de Koch. Pour affirmer la présence de ces bacilles dans des urines, il faut qu'elles aient été recueillies aseptiquement par cathétérisme soigneusement colorées et examinées. L'inoculation au cobaye, seule, donne la certitude absolue.

(SÉANCE DU 11 JUIN 1920)

Présentation d'un modèle de couveuse pour prématurés. — MM. PECH et MADON.

Présentation d'un cœur humain. — MM. DELORD et A. KOSTITCH présentent un cœur humain possédant 5 piliers surnuméraires dans le ventricule gauche en plus de 2 piliers normaux dont la situation ne présente rien de spécial.

Une variété curieuse d'épulis. — M. GRYNFELTT. Il s'agit d'une petite tumeur du volume d'une cerise développée sur le bord supérieur du maxillaire inférieur au niveau du collet de la dent de sagesse. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un adénome développé aux dépens des éléments glandulaires salivaires que l'on rencontre normalement sous forme d'une traînée continue le long du ligament ptérygo-maxillaire.

Epilepsie jacksonienne guérie par le traitement antisyphilitique. — MM. VEDEL et SIMÉON ont observé, en mars 1920, un malade qui présentait des crises subintrantes d'épilepsie jacksonienne localisées au côté droit du corps. Ce sujet avait des antécédents spécifiques non douteux. Un traitement arsenico-mercuriel intensif fut prescrit qui amena en trois semaines la disparition complète des crises. En 2 mois ce malade a reçu 0g21 de cyanure et 7g50 de néosalvarsan (à raison d'une piqûre par semaine); il peut être considéré comme guéri.

(SÉANCE DU 18 JUIN 1920)

Ostéomyélite du métacarpe. — MM. VINON et ROUX.

Ictère congénital par imperforation probable des voies biliaires. — Mlle SENTIS. Présentation d'un petit malade de 2 mois qui offre un tableau typique de l'ictère par rétention; teinte jaune accusée des téguments, décoloration des fèces, hémorragies fréquentes. Par éliminations successives, l'auteur conclut à l'imperforation des voies biliaires. Le pronostic est fatal.

Un cas de syphilis héréditaire tardive des os longtemps méconnue. — MM. VEDEL et DHOMBRE présentent l'observation d'une malade, âgée de 34 ans, hérédo-syphilitique sans stigmates apparents, opérée à l'âge de 10 ans, et à plusieurs reprises ultérieurement, pour des lésions osseuses rapportées à l'ostéomyélite chronique. A la suite de ces interventions, la cicatrisation fut lente, avec persistance des points suppurants. Le diagnostic de syphilis est porté en 1919. Des injections mercurielles sont prescrites. Interrompues par suite d'un accident, elles sont remplacées, à l'entrée de la malade dans le service, par des injections de néo-salvarsan (fin mai 1920, la malade a reçu au total 5g70). Disparition de tous les accidents aigus.

Polynévrite arsenicale. — MM. LEENHARDT et BLOUQUIER. Histoire d'un malade présentant une polynévrite arsenicale typique. L'origine de l'intoxication est à rechercher dans l'absorption quotidienne de 3 à 4 litres de vin contenant 0g008 d'arsenic par litre. Ce vin avait été transvasé par erreur dans une barrique ayant contenu des produits arsenicaux pour le traitement de la vigne.

SÉANCE DU 25 JUIN 1920

Intoxication aiguë par le gaz d'éclairage. Coma de plus de 24 heures. Guérison. — MM. RIMBAUD et SAPPEY publient un cas d'intoxication à forme grave par le gaz d'éclairage. Coma survenu par le sommeil. Inhalations et injections sous-cutanées d'oxygène, guérison et restitutio ad integrum parfaite sans aucune séquelle le lendemain de l'intoxication.

Athérome aortique (*présentation d'épreuves radiographiques*). — MM. RIMBAUD et SAPPEY.

Gros abcès amibien du foie d'origine autochtone. — MM. GASQUET et TZOLOPOGLOU rapportent l'observation d'un malade qu'ils ont pu suivre à l'hôpital de Monaco. Il s'agit d'un homme qui sans aucun antécédent dysentérique, sans avoir jamais quitté le pays et sans aucune promiscuité avec des coloniaux, a présenté un gros abcès amibien du lobe droit du foie (3 litres). L'émétine a eu un effet stérilisant immédiat en faisant tomber la température de 39°5 à 37°5 dès le premier jour. Après évacuation de l'abcès, le malade a guéri en deux mois et demi.

Contribution à l'étude étiologique du scorbut (quelques considérations sur l'épidémie dans l'armée serbe). — M. A. Kostitch, après avoir analysé la valeur étiologique dans l'épidémie observée des causes habituellement incriminées, conclut :

1° L'épidémie, qu'il a observée, s'est propagée d'un régiment à un autre jusque-là exempt du scorbut et soumis aux mêmes conditions de vie ;

2° L'épidémie a disparu, de même qu'elle a apparu, sans que la nourriture et autres conditions aient changé ; de plus, la disparition s'est faite au moment où les jours humides ont cessé ;

3° Il n'est pas exclu que le scorbut soit une maladie infectocontagieuse à marche subaiguë ou chronique car la spécificité étiologique seule paraît bien concilier tous les faits souvent contradictoires qui font du scorbut le résultat direct des agents hygiéniques et de la mauvaise alimentation ;

4° Le scorbut apparaît surtout et affecte une forme plus grave chez les débilités et les fatigués, en un mot, chez tous ceux qui souffrent de misère physiologique. Donc, toutes les causes classiques, sans être déchues de toute leur valeur étiologique, passeraient au rang des causes secondaires en augmentant la vulnérabilité de l'organisme ;

5° Enfin, la théorie des vitamines pourrait expliquer l'apparition de l'épidémie observée, mais n'explique pas la non-apparition du scorbut en Albanie où l'absence des vitamines était bien plus manifeste.

(SÉANCE DU 2 JUILLET 1920)

Différenciation et accroissement des os longs. — M. Vialleton. — Immédiatement après la différenciation du cartilage hyalin au sein du précartilage, apparaît à la surface de la diaphyse une lamelle collagène (pellicule collagène péridiaphysaire) qui se poursuit aussi loin que la diaphyse elle-même à qui elle donne une véritable autonomie.

Bientôt le précartilage périphérique se différencie en périchondre-périoste et, à partir du centre diaphysaire se forme un étui d'osséine qui s'étend peu à peu jusqu'aux extrémités de la diaphyse. Cet étui doit être distingué des autres formations périostiques : 1° parce qu'il est continu et forme ainsi, comme la paroi osseuse diaphysaire des vertébrés inférieurs, un système de Havers unique ; 2° parce qu'il s'oppose à la pénétration des vaisseaux venus du périoste sauf au niveau du trou nourricier. En dehors de lui, les lamelles osseuses périostiques sont discontinues. L'étui primaire n'est calcifié qu'au niveau du point d'ossification, il reste mou au delà et en deçà et alors, étant susceptible d'accroissement interstitiel, il suit l'augmentation de volume du cartilage et forme deux cônes opposés par leur petite base. Plus tard, lorsqu'il est devenu osseux, cet étui est découpé, par des vaisseaux venus de la cavité médullaire, en parcelles qui forment des troncs de cônes emboîtés les uns dans les autres. Ce morcellement est un artifice de la nature permettant à l'ensemble de l'os périostique, dont les éléments individuels sont capables seulement d'accroissement appositionnel, de s'accroître interstitiellement.

Lorsque les écailles osseuses se sont trop rapprochées et trop agrandies pour que cet accroissement se continue, la résorption intervient et permet à l'os de se prêter de nouveau à l'accroissement interstitiel.

L'augmentation de volume du cartilage est surtout le fait du cartilage de conjugaison (Voir C. R. de l'Académie des sciences (vol. CLXIX, p. 200 et 306).

C'est elle qui joue le plus grand rôle dans l'acquisition de la taille définitive de la pièce squelettique. Le rôle de l'os périostique, à ce point de vue est beaucoup moindre. Le schéma du sablier périostique ne s'applique qu'à certains os longs, dans d'autres cas, la plus grande épaisseur de l'os périostique n'est pas au centre de la diaphyse, mais à une de ses extrémités et l'os périostique est très peu développé dans le reste de l'os.

En somme, le développement du squelette est essentiellement le fait d'une différenciation histologique suivie de l'accroissement interstitiel des parties différenciées.

L'accroissement interstitiel est d'ailleurs un des facteurs principaux de l'ostogénèse, c'est lui qui donne la forme spécifique si précoce, et notamment l'orientation des membres par rapport aux plans généraux du corps (membres horizontaux ou rampants, parasagittaux ou dressés).

Angiome de la lèvre supérieure chez un nourrisson (*présentation de malade*). — M. Leenhardt.

Un cas de leucomélanodermie généralisée chez l'homme, d'origine syphilitique. — MM. Vedel et Siméon ont eu l'occasion d'observer un soldat, âgé de 21 ans, qui présentait une leucomélanodermie généralisée, apparue 3 mois après le chancre induré. Sous l'influence du traitement arsenical la pigmentation a paru s'atténuer légèrement.

Les cas de ce genre sont absolument exceptionnels.

Un cas d'ostéopsathyrosis ? — MM. Gueit et Milhaud. Au sujet d'une enfant abandonnée de 13 mois 1/2 ayant présenté des fractures multiples, M. Gueit, au nom de M. Baumel, de Mlle Sentis, de M. Milhaud et de lui-même, discute la pathogénie encore fort complexe et confuse de l'ostéopsathyrose. Les données récentes paraissent devoir faire une large part à la syphilis dans la génèse des troubles osseux si curieux, observés dans cette maladie. Les lésions observées paraissent devoir classer cette maladie dans le groupe des affections par hypocalcification. Seules des recherches anatomo-pathologiques complètes pourront montrer les relations qui peuvent exister entre cette ostéopsathyrose et le rachitisme.

Mais dans le cas présent, il convient de faire intervenir une autre cause : les fractures multiples présentées par la petite malade, n'ont été spontanées qu'en apparence. Des renseignements parvenus à la dernière heure ont appris qu'étant en nourrice à la montagne, cette enfant, quelques jours avant son entrée à l'hôpital, aurait été victime d'un accident : on l'aurait laissé tomber d'une fenêtre d'un premier étage. C'est un miracle qu'elle ne soit pas morte sur le coup ; c'est assez pour expliquer la production des nombreuses fractures qu'elle présente.

(SÉANCE DU 9 JUILLET 1920)

Kystes des mâchoires (*examen histologique*). — MM. Roux et Vinon publient deux cas de kystes uniloculaires des mâchoires, opérés récemment dans le service du prof. Forgue. L'examen histologique a montré la présence d'un épithélium pavimenteux pluristratifié formant la paroi du kyste, il n'est pas possible de reconnaître le type de l'épithélium adamantin dans les préparations. Les auteurs se rallient cependant à l'origine paradentaire (théorie de Malassez) et insistent au point de vue chirurgical sur les rapports que présentent ces kystes avec les cavités de la face.

Recherches des débris néoplasiques. — MM. Grynfeltt et Bourgeois insistent sur l'intérêt qu'il y a de rechercher systématiquement les débris néoplasiques dans les divers excreta (urines, garde-robes, évacuations gastriques et expectorations). Ce procédé, quand il est positif, donne d'excellents résultats à condition que la fixation histologique des débris ait lieu immédiatement après l'émission des excreta. Elle sera réalisée dans un mélange de formol salé à 10 p. 100 par l'entourage du malade dressé à ce genre de recherches.

Si ce procédé ne donne rien on aura recours à la méthode de Loeper dont les bénéfices peuvent être étendus à la cavité du gros intestin et à la cavité vésicale.

Ils conseillent encore la fixation immédiate en ajoutant 10 p. 100 de son volume au 2e lavage dès son évacuation, le premier ayant uniquement pour rôle de nettoyer la cavité. Ce principe de la formolisation préalable peut être étendue aux liquides extraits des cavités naturelles de l'organisme.

Wassermann conjugal et grossesse. — M. Paul Delmas. Après trois avortements inexpliqués, la séro-réaction est négative chez une quadrigeste. En raison cependant du résultat positif chez son mari, elle est soumise à un traitement méthodique au néo-salvarsan qui permet d'obtenir à terme une enfant bien portante. D'où l'utilité, dans les cas douteux, de l'examen simultané des deux géniteurs.

(SÉANCE DU 16 JUILLET 1920)

Grossesse tubaire de trois semaines, rompue (*présentation de pièces*). — M. TZELEPOGLOU.

Pleurésie sérofibrineuse postscarlatineuse à sterptocoques guérie après trois ponctions évacuatrices simples. — Mlle M. GIRAUD, MM. G. GIRAUD et BLOUQUIER.

Hyperglycémie émotionnelle par ponction lombaire. — MM. DERRIEN et H. PIERRON. Dosages du glycose dans le liquide céphalo-rachidien et dans le sang avant et après la ponction lombaire chez une quinzaine d'individus du centre de neuro-psychiatrie; d'où il résulte que l'hyperglycémie après ponction lombaire ne se manifeste que chez les émotifs vrais, en particulier dans le syndrome émotionnel de guerre, chez les anxieux avec délire de peur et est d'autant plus marquée que l'émotion se manifeste moins extérieurement. Dans l'imbécillité confiante et docile remarquable équilibre glycosique hémoméningé. Dans le cas d'instabilité glycémique c'est le rapport du glycose du sang après ponction lombaire avec le glycose du liquide céphalo-rachidien qui se rapproche le mieux du rapport glycosique hémoméningé normal.

Diarrhée chronique à spirochaeta eugyrata. — M. DERRIEN. Relation d'un cas de diarrhée chronique (5 ans) étudiée à Montpellier microbiologiquement avec le prof. de F. Parreiras Horta (de Rio de Janeiro) et médicalement avec le Dr Guignier et dont l'observation détaillée a fait l'objet de la thèse du Dr William Bigot (Paris, juin 1920). Cette observation semble démontrer que l'agent pathogène a été la spirochaeta eugyrata (Werner 1909) dont Fantham (1916) et Mac Fie (1917) avaient admis la nocivité dans certains cas. Cette diarrhée caractérisée par sa continuité et sa ténacité, rebelle à la plupart des traitements habituels a cédé au calomel à doses fractionnées, administré pendant une période prolongée. La guérison se maintient depuis plus d'un an et demi. Une légère diarrhée récente avait pu faire craindre une rechute. L'absence de spirochètes dans les selles permit de rassurer le malade dont l'état actuel est tout à fait normal.

Tuberculose rénale (*présentation de pièce*). — MM. JEANBRAU et BOURGOING. Les auteurs présentent un rein tuberculeux enlevé chez une femme entrée pour cystite spontanée. Ils insistent sur l'origine rénale de la cystite tuberculeuse soi-disant spontanée dans le cas de bacillose rénale unilatérale et sur la nécessité du traitement chirurgical, le traitement médical n'ayant donné jusqu'à ce jour aucun résultat.

(SÉANCE DU 23 JUILLET 1920)

Myopathie atrophique, avec fonte musculaire extrême du niveau des membres, intégrité à peu près absolue de la face et rétractions fibreuses. — MM. EUZIÈRE et MARGAROT.

Hernie isolée de la trompe de Fallope. — MM. VINON et ROUX.

Chimisme hémoméningé dans les méningites. — M. DERRIEN a établi antérieurement (*Bull. Soc. clin.*, 1917 et *Montpellier méd.*, 1918) que les quantités de NaCl et les quantités de glycose du liquide céphalo-rachidien sont normalement, chez les individus en équilibre hémoméningé, le matin au lit, à jeun respectivement proportionnelles aux quantités de NaCl du plasma sanguin, et de glycose du sang.

Il montre que dans les méningites méningococciques comme dans les méningites tuberculeuses, l'abaissement du NaCl céphalo-rachidien, tient surtout à l'abaissement du NaCl du plasma sanguin, et que les différences cliniques observées pour NaCl céphalo-rachidien dans les méningites aiguës autres que la méningite tuberculeuse d'une part, sont dues surtout à ce fait que ces maladies ne sont pas comparées à des stades comparables. Le mécanisme physiopathologique est le même dans les deux cas. Pour interpréter les variations du glycose céphalo-rachidien dans les méningites aiguës, il est indispensable de les comparer à celles du glycose du sang, car il y a presque toujours alors hyperglycémie variable. M. Derrien en donne des exemples.

L'étude du chimisme hémoméningé devra, le plus souvent, remplacer la simple comparaison de la composition du liquide céphalo-rachidien avec celle d'un liquide céphalo-rachidien dit « normal ».

Présentation d'un appareil de mesure du débit respiratoire en clinique. — M. J. L. PECH. L'appareil présenté est le masque manométrique dont le schéma est sur le point de devenir classique. Nous ne reviendrons pas sur le principe de cet instrument exposé déjà en maintes publications. Nous apportons aujourd'hui un travail d'ensemble sur le masque manométrique et les applications, soit au laboratoire, soit à la clinique. Ce travail d'ensemble sera publié sous forme de brochure comprenant de nombreux tracés, préfacée par M. le prof. Gley et que la Société accepte sous le titre de : *Publication de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.*

Il sera ainsi indiscutable que la mesure du débit respiratoire maximum a été entièrement mise au point par la vieille école montpelliéraine.

(SÉANCE DU 30 JUILLET 1920)

Névralgie sus-orbitaire gauche après blessure de la région cervicale. — M. RIMBAUD présente un malade qui, à la suite d'une blessure de la région cervicale a souffert de névralgie sus-orbitaire gauche étant donné la légère énophtalmie qu'un examen attentif permet de déceler, l'auteur pense qu'il s'agit d'une blessure du sympathique, tenant aussi sous sa dépendance, la névralgie sus-orbitaire par les anastomoses qui unissent le sympathique au trijumeau.

Trompe de Fallope rompue au niveau de l'ampoule, au cours d'une grossesse tubaire. — MM. DE ROUVILLE et MILHAUD.

Méningo-encéphalite à méningocoque C chez un nourrisson. — MM. LEENHARDT et Mlle SENTIS.

Un cas de pleurésie purulente avec abcès de la paroi abdominale antérieure. — MM. TÉDENAT et DELORD.

Sur les éléments glandulaires salivaires observés dans les épulis. — M. AIMES.

Un procédé simple pour identifier les diverses espèces leucocytaires à la cellule de Nageotte. — M. GRYNFELTT conseille de différencier les noyaux simplement par l'addition d'acide acétique au liquide dans la proportion de 1 goutte par 1 cmc. Il est avantageux de ne pas colorer.

Il préconise, en outre, pour éviter l'action nocive de l'acide acétique de fixer au formol (11 gouttes par cmc.) sitôt que l'hémolyse par l'acide acétique est réalisée.

Cavité pulmonaire non tuberculeuse révélée par une infection pulmonaire aiguë chez une spécifique. — MM. RIMBAUD, J. BAUMEL et G. GIRAUD. Une femme de 61 ans examinée au 15e jour d'une pneumonie du sommet droit qui ne se résout pas, présente une dyspnée importante et des signes cavitaires (souffle, gargouillements, bruit de pot fêlé). Les phénomènes aigus s'amendent cependant rapidement, les râles et l'obscurité du sommet décroissent, les signes de cavité persistent très limités et très nets. Un foyer de broncho-pneumonie de la base gauche apparaît qui se résout franchement. La malade entre en convalescence, mais conserve une cavité au sommet droit.

Le bacille de Koch a constamment manqué même dans les expectorats homogénéisés. Aucun anamnestique de bronchectasie ; la malade ne crachait pas avant l'affection actuelle.

La réaction de Bordet-Wassermann est positive dans le sang. Le diagnostic est posé de syphilis pulmonaire, révélée à l'occasion d'une broncho-pneumonie banale.

Un cas de perforation intestinale au cours d'une paratyphoïde. — MM. RIMBAUD, J. BAUMEL et G. GIRAUD.


Argan – Au diable leurs clystères, Coquine !.. je ne puis aller !...
Toinette – Eh! pour "aller„ Monsieur, prenez de la THAOLAXINE !.
MOLIERE. "Le Malade Imaginaire"
Nouvelle Edition DURET et RABY.

NOTES POUR L'INTERNAT

HÉMATURIES

DÉFINITION. — On désigne sous le nom d'hématurie, l'émission simultanée de sang et d'urine, ce qui doit éliminer d'une part l'urétrorragie et d'autre part, toutes les hémorragies qui ont leur point de départ au-dessous du sphincter vésical. Dans ces derniers cas, le sang s'écoule goutte à goutte entre les émissions d'urine.

SYMPTOMES. — Ils est bien difficile de décrire un type général d'hématurie, qui réponde à tous les faits observés. Il y a des variations considérables dans la symptomatologie suivant la cause même, l'abondance, la répétition et les phénomènes concomitants. Nous ne ferons ici qu'une esquisse du symptôme *hématurie*, nous réservant de décrire les diverses formes cliniques ultérieurement.

Le *début* en est tantôt brusque, tantôt annoncé par des douleurs lombaires du ténesme vésical, de la dysurie, des malaises, plus rarement par de la fièvre. Parfois il y a des douleurs irradiées au périnée.

Le malade urine parfois avec effort et l'urine qui s'écoule est sanglante à un degré variable. Il est rare qu'un caillot oblitérant l'urètre s'oppose à la miction. L'aspect, l'abondance et la répétition de l'hématurie sont soumises à la cause même. D'autre part, les signes consécutifs et l'état général sont subordonnés à l'abondance et à la répétition de ces hématuries. En présence d'une urine fortement colorée en rouge, 3 problèmes se posent aussitôt : 1° Est-ce du sang mêlé à l'urine? 2° est-ce une hématurie? 3° quelle est la cause de cette hématurie ?

I. DIAGNOSTIC POSITIF. — **Est-ce du sang ?** — La coloration des urines va du rose clair au noir, en passant par la coloration rouge et brune. L'urine est rarement limpide, elle est généralement mêlée de pus. Mais on ne peut se fier uniquement à l'aspect macroscopique de cette urine pour affirmer la présence de sang. De petites hémorragies peuvent passer inaperçues et d'autre part, la coloration anormale de l'urine peut être due à d'autres causes, médicaments, urates, pigments, etc.

L'examen du dépôt dans le bocal peut donner quelques renseignements qu'on ne saurait négliger. Le dépôt peut être jaunâtre avec des stries rougeâtres, ou bien il y a une couche glaireuse adhérente au fond du vase où le sang est mêlé à du pus.

Ou bien encore le sang est presque seul en véritables caillots pouvant être même vermiformes, noirâtres ou décolorés.

Enfin, dans quelques cas, les urines sont peu colorées. Il n'y a pas de dépôt ; c'est seulement l'examen microscopique du culot de centrifugation qui peut déceler une *hématurie dite histologique*.

EXAMEN MICROSCOPIQUE DU DÉPÔT. — Cet examen pratiqué sur préparation humide ou sur préparation fixée et colorée, peut montrer la présence de globules rouges. Il permet de diagnostiquer les hématuries, même de minime importance. Ces globules rouges peuvent être plus ou moins déformés, altérés, crénelés ; on peut trouver aussi dans l'urine des globules de pus, des cylindres épithéliaux ou des fragments de néoplasme. Tous ces renseignements ont une grande valeur pour préciser le diagnostic.

EXAMEN SPECTROSCOPIQUE. — Il montre les raies caractéristiques de l'oxyhémoglobine ou bien par adjonction de sulfhydrate d'ammoniaque, de l'hémoglobine réduite. Ce procédé est peu sensible. Un résultat positif permet d'affirmer l'hématurie ; un résultat négatif n'a pas de valeur absolue.

EXAMEN CHIMIQUE. — Divers procédés sont en usage dans les laboratoires :

1. *Potasse*. — Coloration vert bouteille.
2. *Réaction de Weber*. — Teinture de gaïac fraîche et quelques gouttes d'eau oxygénée : réaction bleue plus ou moins intense.
3. *Réaction de Meyer*. (Réactif à la phénolphtaléine.) — Ce réactif, en présence d'eau oxygénée, donne une coloration rose ou rouge. Cette méthode est très sensible pour des quantités infimes de sang. Triboulet a insisté sur sa valeur pour déceler les cas d'hématuries minimes d'ordre médical.
4. *Réaction de Roland*. — Cette réaction nouvelle est plus sensible que le Weber et moins que le Meyer. Il semble qu'elle doive être recherchée dans tous les cas et présente de grandes garanties. Une solution alcoolique de pyramidon et quelques gouttes d'eau oxygénée donnent, avec de l'urine hématurique, une très belle coloration violette, qui persiste plus ou moins longtemps. Quand les quantités de sang sont minimes, la réaction peut n'apparaître qu'au bout de quelques minutes.

II. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. — Ces diverses méthodes physiques et chimiques permettent de poser le diagnostic d'hématurie et d'éliminer :

1. Les urines colorées par des médicaments : rhubarbe, salol, etc.
2. Les urines bilieuses.
3. Les urines noires du sarcome mélanique : elles ne noircissent qu'un certain temps après leur émission.
4. Les urines foncées urobilinuriques.
5. *L'hémoglobinurie*. — Le diagnostic est parfois délicat. L'absence d'hématies à l'examen microscopique ne paraît pas d'une valeur absolue pour affirmer l'hémoglobinurie. Certaines urines hémonocives peuvent hémolyser très rapidement les globules rouges qu'elles contiennent. Aussi doit-on toujours faire l'examen microscopique sur des urines fraîchement émises. On se basera dans certains cas sur l'évolution de l'hémoglobinurie avec ses crises survenant à l'occasion du froid par exemple.

Enfin, chez la *femme*, on éliminera la souillure de l'urine par le sang des règles. Chez l'*homme*, on pensera aux hémorragies urétrales et à la spermatorragie.

III. DIAGNOSTIC DU SIÈGE DE L'HÉMORRAGIE. — C'est surtout par l'étude approfondie des circonstances, dans lesquelles se sont produites les hématuries, qui peut permettre de poser le diagnostic. On étudiera ainsi le moment où se produit l'hématurie, les signes concomitants, la marche de la maladie, l'aspect de l'urine, et l'on complétera par les procédés actuels d'exploration de l'arbre génito-urinaire.

a. Le *moment de l'hématurie* pourra être précisé par l'interrogatoire et l'épreuve des trois verres de Guyon. Selon les cas, on se trouvera en présence d'une hématurie initiale, terminale ou totale.

L'hématurie initiale est en faveur d'une lésion du col vésical, de la prostate ou de l'urètre postérieur.

L'hématurie terminale provient généralement de la vessie et exceptionnellement du rein (en cas d'hématurie très abondante).

L'hématurie totale est la plus fréquente, elle provient de la vessie ou des reins. Dans certains cas cependant, les dernières parties de la miction sont plus fortement colorées. C'est un signe en faveur d'une hématurie vésicale. Mais dans les autres cas, pour poser le diagnostic, on peut laver la vessie, la distendre. En cas de lésions vésicales, il se produit alors une petite hémorragie, après qu'on a vidé la vessie.

b. D'après les signes qui accompagnent l'hématurie, on ne peut avoir que des présomptions. C'est ainsi que les douleurs rénales, les troubles vésicaux sont des signes inconstants, puisque les affections rénales peuvent se manifester pendant longtemps seulement par des troubles vésicaux.

c. La *marche de l'hématurie* a une certaine importance : les hématuries rénales ont, en général, une allure capricieuse, apparaissant et disparaissant sans cause.

d. *L'aspect de l'urine*. — Le sang rouge vif a été émis peu de temps après la sortie des vaisseaux : il s'agit là d'hémorragies de la vessie ou de la prostate.

Si le sang a séjourné dans la vessie, l'hématurie est plutôt rouge sombre et l'on doit penser surtout au rein et à la vessie.

Enfin par le repos, l'urine à hématurie rénale resterait trouble et l'urine à hématurie vésicale s'éclaircirait.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Un concours pour 2 places de médecins adjoints des hôpitaux, s'ouvrira le 7 décembre 1920.

— Un concours pour 1 place de médecin résidant à l'hospice général s'ouvrira le 16 octobre 1920.

— Rouen. — Un concours pour la nomination à 6 places d'interne en médecine dans les hôpitaux de Rouen, aura lieu le jeudi 28 octobre 1920. Les épreuves commenceront à 4 h. 1/2 à l'hospice général, salle des séances.

La Commission administrative des hospices se réserve de mettre en outre au concours pour compléter le cadre suivant les besoins du service un certain nombre de places d'interne intérimaire à nommer pour un an et dont le nombre sera déterminé avant l'ouverture des opérations.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration, 15 jours avant la date fixée pour ce concours, soit le 13 octobre 1920, avant midi.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ DE LYON. — Liste par ordre alphabétique des candidats admis à subir les épreuves orales du concours d'admission à l'Ecole du service de santé militaire en 1920 (section de médecine) :

1° *Candidats concourant à 12 inscriptions* : MM. Boidé, Daniaud, Decoppet, Emeric, Esquier, Fréjafon, Glénisson, Henry, Lieux, Manchet, Meyrignac, Pesme, Pineau, Richard, Traill.

2° *Candidats concourant à 8 inscriptions* : MM. Achard, Alsac, André, Appert, Ardouin, Ayme, Badouin, Bazin, Beau, Berthod, Biessy, Boisseau, Boucher, Briand, Brunel, Cabanié, Camus, Canouët, Chabanet, Chopin, Colin, Courtine, David, Demonfaucon, Desfour, Diot, Dupuy, Durieux, Farjot, Frichement, Gély, Gleize, Guérin, Gueutier, Guigon, Guillamet, Hacquard, Hertrich, Krick, Lacombe, Laney, Lefort, Lévy, Lhoste, Lindegger, Magnol, Merz, Michelot, Morel, Passager, Paupert, Perret, Quérangal des Essarts, Ragouneau, Rolling, Rousset, Talbot, Villiet.

3° *Candidats concourant à 4 inscriptions* : MM. Barreau, Bellet, Bellier, Bergot, Bizaïs, Blanc, Blanchard, Blanckaert, Bolzinger, Bordes-Pagès, Bossard, Bourdon, Brousses, Broussolle, Candeli, Carbillet, Carbuccia, Carrat, Cauquil, Chambet, Champouillon, Chapulliot, Charbonnier, Chouzenoux, Cnudde, Condé, Cornu, Débénédetti, Dinichert, Doux, Dreyfuss, Duffaut, Duhart, Estival, Farjot (L.-M.-O.-J.), Flère, Figuière, Finance, Flandre, Fontaine, Fulcrand, Galaup, Galinier, Gallais, Garrigues, Gaudin, Gélis, Germain (A.-J.-H.), Germain (J.-E.-E.-H.), Hazemann, Husson (E.-E.-A.-L.), Husson (R.-A.), Idoux, Jabot, Jammes, Jaulmes, Jean, Joucla, Joyeux, Labbé, Lacambre, Lançon, Lanet, Laquièze, Lecomte, Lefèvre (M.-R.-S.), Lemaistre, Levet, Mackiewicz, Magnier, Maillet-Guy, Marchand, Mathieu (M.), Mathieu (P.-P.-M.-E.), Maurette, Maury, Mazeyrie, Mazurier, Mégnin, Méreau, Mercier, Meyer, Michaud, Morigny, Moulin, Mourot, Négrie, Neidhardt, Nicolleau, Noyer, Party, Pascal, Petit, Provost, Queinnec, Reboul, Renaud, Ricard, Robert, Robin, Rone, Roucaute, Rouchon, Rougetet, Roumat, Rousseau, Rouzet, de Santi, Sayer, Silié, Solignac, Sorton, Thabourin, Tricoire, Uberti, Viette, Vuillaume, Willemin, Wollers, Zumbiehl.

Les candidats subiront les épreuves orales à partir de 8 h. 30 du matin dans les centres et aux dates ci-après :

Lyon (Ecole du service de santé militaire), mercredi 1er septembre ; Marseille, 6 septembre ; Montpellier, 9 septembre ; Toulouse, 14 septembre ; Bordeaux, 17 septembre ; Rennes, 24 septembre ; Paris, 27 septembre ; Nancy, 5 octobre ; Strasbourg, 8 octobre.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Prix Redard. — Le Dr Paul Redard, chef du dispensaire Furtado-Heine, à Paris, auteur de plusieurs livres appréciés d'orthopédie et chirurgie orthopédique, mort pendant la guerre, en fonction de médecin chef de la 15e région, à Nice ; a fait don à l'Académie de médecine, de 1.000 fr. de rente pour fonder un prix d'orthopédie (prix

Redard) qui sera donné tous les 5 ans, soit 5.000 fr., au meilleur ouvrage de chirurgie orthopédique.

Les médecins français et étrangers, les internes des hôpitaux de Paris peuvent concourir.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur, au *grade de chevalier* (à titre posthume) :

M. Le Blanc (Paul), aide-major : officier courageux et plein d'entrain, ayant donné de nombreuses preuves de sa bravoure et de son sang-froid. Mort pour la France, le 31 juillet 1917, en Belgique. Croix de guerre avec palme. (*J. O.*, 17 juin 1920.)

M. Vauthier (Jean), médecin aide-major de 2e classe : a donné ses soins aux blessés sur le champ de bataille avec le plus grand courage et un réel sang-froid. A été tué, le 23 septembre 1914, en organisant un poste de secours sous un feu violent d'artillerie. A été cité. (*J. O.*, 17 juin 1920.)

M. Le Febvre (Charles), médecin-major : médecin-major courageux, énergique et dévoué. Animé des plus beaux sentiments. Mort pour la France, le 12 mars 1915, des suites de glorieuses blessures reçues à l'ennemi. Croix de guerre avec palme. (*J. O.*, 17 juin 1920.)

M. Leydecker (Maurice), médecin aide-major : médecin-major brave et dévoué, animé des plus beaux sentiments. A trouvé une mort glorieuse, le 28 février 1916, à la ferme d'Haudremont. Croix de guerre avec palme. (*J. O.*, 17 juin 1920.)

M. Klingebiel (Jean), médecin aide-major : médecin aide-major d'un grand courage. Tué à l'ennemi, le 15 avril 1917, devant la Ville-au-Bois. Croix de guerre avec palme. (*J. O.*, 17 juin 1920.)

M. Durand (Jean), médecin aide-major : excellent médecin aide-major d'un dévouement absolu. Mort glorieusement pour la France le 8 février 1916, en Alsace. Croix de guerre avec palme. (*J. O.*, 18 juin 1920.)

M. Vercier (Louis), médecin aide-major de 2e classe : médecin de bataillon d'une haute valeur morale. Passé sur sa demande d'un régiment territorial dans un régiment actif, s'est dépensé inlassablement pour le bon fonctionnement de son service. Le 6 octobre 1918, a été tué au moment où, malgré un violent bombardement, il circulait entre les compagnies pour vérifier personnellement l'exécution des mesures qu'il avait prises. A été cité. (*J. O.*, 19 juin 1920.)

M. Vincent (François), médecin aide-major : médecin militaire d'une bravoure et d'un dévouement admirables, assurant son service avec le plus complet mépris du danger. Le 5 septembre 1918, en Alsace, après avoir assuré l'évacuation des nombreux blessés au cours de l'attaque, est allé dans la nuit avec un brancardier, devant un nid de mitrailleuses qui n'avait pu être réduit, chercher en rampant le corps d'un officier du régiment touché dans les fils de fer barbelés ennemis. A trouvé une mort glorieuse au cours de cette mission. A été cité. (*J. O.*, 19 juin 1920.)

M. Boissier (Charles), médecin-major de 2e classe : dégagé par l'âge de toute obligation militaire, a demandé à servir dans une unité du front. Toujours intrépide et d'un merveilleux exemple, a trouvé une mort glorieuse au milieu des blessés d'une batterie de tir, le 25 février 1916, sous Verdun. Croix de guerre avec palme. (*J. O.*, 19 juin 1920.)

M. Crépin (Gérard), médecin-major de 2e classe : excellent médecin chef d'ambulance divisionnaire plein de dévouement pour ses blessés au milieu desquels il a trouvé une mort glorieuse dans un village bombardé par l'ennemi à Boursault, le 11 juin 1918. A été cité. (*J. O.*, 19 juin 1920.)

M. Ravel (Paul), médecin-major de 1re classe : chargé du service médical d'un groupe d'artillerie, s'est acquitté de ses fonctions avec une activité et un dévouement au-dessus de tout éloge et un absolu mépris du danger. Evacué pour maladie et ayant appris que son groupe était dans un secteur particulièrement dangereux, a demandé à reprendre son poste avant guérison. N'a pas hésité à placer son poste de secours dans une zone effroyablement battue, afin de porter plus rapidement secours aux blessés. A été tué dans le poste de secours avec six de ses brancardiers, le 21 mai 1916, devant Verdun. A été cité. (*J. O.*, 19 juin 1920.)

M. Moins (François), médecin aide-major de 2e classe : dans un poste de secours violemment bombardé pendant trois jours et trois nuits consécutifs, a assuré d'une façon remarquable le service médical de son bataillon, se dépensant sans compter et évacuant tous ses blessés dans des conditions de célérité remarquables. Croix de guerre avec palme. (*J. O.*, 19 juin 1920.)

M. Fabre (Claude), médecin aide-major : médecin ayant toujours fait preuve du plus beau dévouement et d'une grande élévation morale. Tué à son poste de secours, le 19 juin 1917, au mont Cornillet. Une citation antérieure. Croix de guerre avec palme. (*J. O.*, 19 juin 1920.)

M. Brucker (Isaac), médecin aide-major de 2e classe : a déployé dans l'exercice de ses fonctions un dévouement remarquable, notamment au cours des combats de Tahure du 6 au 10 octobre 1916, où il a donné ses soins à de nombreux blessés sous un bombardement intense. Tué, le 10 octobre 1915, dans le poste de secours de son bataillon. A été cité. (*J. O.*, 19 juin 1920.)

M. Wolff (Marcel), aide-major de 1re classe : au cours d'un bombardement presque ininterrompu du 5 au 12 juillet 1916, s'est dépensé sans compter pour aller aux points les plus dangereux dégager et soigner les blessés enterrés par les obus Sur le front depuis le début de la campagne, a donné en toutes circonstances l'exemple d'un dévouement sans limite et d'un imperturbable courage, notamment les 13 et 20 août 1914 et pendant la période du 9 au 21 octobre. A été tué, le 15 juillet 1916, devant Verdun. A été cité. (*J. O.*, 19 juin 1920.)

M. Roy (Pierre), médecin aide-major de 2e classe : a toujours fait preuve du plus grand dévouement en soignant les blessés sous le feu. Frappé mortellement, le 1er octobre 1915, à Souain, en se rendant bravement à un poste de secours de la ligne avancée, malgré un bombardement intense. A été cité. (*J. O.*, 20 juin 1920.)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA DÉTENTION DES PRODUITS STUPÉFIANTS

M. de Rodez Bénavent, député, demande à M. le ministre de l'Hygiène si la détention, par des personnes exerçant illégalement la médecine et l'art dentaire, de produits tels que la novocaïne, la stovaïne et autres anesthésiques autres que la cocaïne, peut entraîner les mêmes sanctions que la détention des stupéfiants et autres produits inscrits au tableau B (1).

Réponse. — L'énumération des toxiques stupéfiants qui figure à l'article 2 de la loi du 13 juillet 1916 est limitative. La stovaïne et la novocaïne n'étant pas portées au tableau B, il serait illégal de leur étendre, par raison d'analogie, ainsi qu'à tous les anesthésiques sans distinction, les pénalités qui sanctionnent l'emploi abusif de stupéfiants dénommés expressément. En fait, la stovaïne est inscrite au tableau A ; la novocaïne y sera vraisemblablement inscrite bientôt. Ces substances tombent donc sous le régime commun des médicaments ordinaires et ne doivent à ce titre être délivrées que sur ordonnance médicale à toute personne non munie du diplôme requis. Par conséquent, la détention de la novocaïne, de la stovaïne et des anesthésiques autres que la cocaïne par des personnes soupçonnées de pratiquer l'exercice illégal de la médecine et de l'art dentaire ne peut être qu'un élément de preuve de cette illégalité. (*J. O.*, 4 juillet 1920.)

(1) Cf. *Gaz. des hôpit.*, 1919, n° 44, p. 688 : « Les obligations du médecin vis-à-vis de la loi du 12 juillet 1916 et du décret du 14 septembre 1916. »

REVUE GÉNÉRALE

LA TRYPANOSOMIASE HUMAINE

(MALADIE DU SOMMEIL)

Par le Dr A. PIOT,
Ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris,
Lauréat de la Faculté de médecine,
Chargé de l'installation d'un secteur de prophylaxie contre la trypanosomiase au Congo français.

L'étude de la trypanosomiase humaine, « maladie du sommeil » au terme ultime de l'affection présente un grand intérêt car les individus de race blanche contractent la maladie comme les Noirs, chaque année le nombre des Blancs parasités augmente et les médecins européens sont donc exposés à rencontrer parmi leurs malades des sujets atteints de cette grave maladie. De plus, dans la richesse et la variété des signes de cette affection on retrouvera certains symptômes observés au cours de l'encéphalite épidémique et de ses différentes formes : la comparaison des deux maladies donnera un peu de lumière sur les points obscurs de la méningo-encéphalite épidémique (1).

I

Historique. — En 1734, John Atkins, chirurgien de la marine anglaise, signala chez les Noirs de la Côte occidentale d'Afrique une maladie caractérisée par une tendance au sommeil. En 1803, le voyageur Winterbotton décrit cette « maladie du sommeil » qu'il a constatée dans la Sierra-Leone. De cette époque à 1900 l'étude clinique et anatomique se précise sans que l'on trouve l'agent pathogène de cette affection.

En mai 1901 Forde signale chez un fiévreux colonial venant de Gambie la présence de « vermicules » dans le sang, parasites que Dutton, en décembre 1901, reconnaît pour être des trypanosomes qu'il dénomme : trypanosoma Gambiense. Les années suivantes les mêmes auteurs, puis P. Manson, Brumpt, Baker signalent plusieurs cas de cette « fièvre trypanosomiasique ». Castellani, le 5 avril 1903, découvre des trypanosomes dans le liquide céphalo-rachidien des sommeilleux de l'Ouganda; il pense être en présence d'une espèce différente du tr. gambiense et dénomme son parasite tr. ugandense. Sa découverte est confirmée par Bruce et Nabarro, Brumpt, 1903. Ultérieurement une malade de Manson, atteinte de trypanosomiase, présente en décembre 1903 les signes de la maladie du sommeil, cette évolution montrant l'unité clinique de ces deux affections : « fièvre trypanosomiasique » et « maladie du sommeil ». L'identification parasitologique est démontrée à son tour par les travaux de Thomas et Linton, Nabarro, Laveran et Mesnil. L'entité de la trypanosomiase humaine se terminant par la mort dans le sommeil et due au trypanosoma gambiense fut ainsi faite par étapes successives. De 1906 à 1908, Martin Lebœuf et Roubaud, au cours de leur mission au Congo français, firent une étude complète de la maladie montrant le rôle des tsétsés dans la transmission de la maladie, la répartition de ces diptères, étudiant les mesures de prophylaxie et les méthodes de traitement. L. Martin, Guillain, Darré décrivent les formes nerveuses de la maladie. Dans ces dix dernières années les recherches et les travaux se multiplient; nous signalerons la découverte du tr. rhodesiense par Stephens et Frutham dans le sang des trypanosomés de la partie nord-est de la Rhodésia et celle du tr. cruzi par Chagas dans la trypanosomiase américaine d'une symptomatologie si différente de la tr. africaine.

II

Distribution géographique. — La tr. africaine se rencontre principalement dans le bassin du Congo et de ses affluents, Congo français et belge; elle se trouve aussi au nord de la partie est-ouest de l'Oubanghi autour des lacs Victoria, Albert, Tanganika, Nyassa, et en Rhodésia. Sur la côte ouest de l'Afrique elle sévit depuis Saint-Louis jusqu'à Saint-Paul de

---

(1) M. le prof. Sicard, dans un travail sur l'encéphalite myoclonique (*Presse méd.*, 14 avril 1920) fait pressentir le lien étiologique commun que le laboratoire apportera un jour à ces différentes formes d'encéphalites épidémiques, lien « humoral ou bactériologique », et il laisse entrevoir, comme il l'a montré cliniquement pour la chorée électrique de Dubini, que ce lien unira aux encéphalites certaines formes de désordres musculaires disparates d'apparence. Nous pensons qu'on peut aller plus loin dans ces aperçus en s'appuyant sur la clinique et sur l'histoire de la trypanosomiase. Pour ce qui est des encéphalites nous en sommes à l'an 1901 de l'histoire de la trypanosomiase, époque à laquelle, nous le verrons, fièvre trypanosomiasique et maladie du sommeil étaient considérées comme deux maladies distinctes : le lien manquait. Nous verrons aussi que deux ans plus tard la découverte du trypanosome dans le liquide céphalo-rachidien des sommeilleux démontrait que ces deux affections, fièvre trypanosomiasique et maladie du sommeil, n'étaient que les deux phases d'une même maladie : la trypanosomiase. Peu après, d'ailleurs, la preuve clinique était donnée par cette malade de Manson, laquelle atteinte depuis quelque temps de fièvre trypanosomiasique était prise de sommeil. Aussi est-on en droit d'admettre, à côté des formes encéphaliques de la myélo-encéphalite épidémique, la possibilité de formes « non encéphaliques ». Le « lien humoral ou bactériologique » nous montrera peut-être que telle infection générale (grippe épidémique) a, comme manifestation plus locale, les encéphalites. Je ne pense pas que la clinique nous donne chez le même malade la preuve que nous avons chaque jour pour la trypanosomiase, mais la démonstration peut se faire chez deux conjoints ou deux co-habitants; il y a quelques mois un père était atteint d'une grippe? très grave dont il guérit cependant; quelques semaines après sa fille, ancienne choréique, présentait les signes d'une encéphalite léthargique dont les périodes de sommeil alternaient avec des périodes de « convulsions » (myoclonies?), est-ce pure coïncidence, où sommes-nous en présence d'une seule infection généralisée dans un cas et localisée dans l'autre? dans le premier cas l'organisme réagit dès le début, la lutte violente ne peut durer jusqu'à l'apparition des signes encéphaliques le malade meurt au stade d'infection ou s'immunise et alors l'agent pathogène disparaît sans avoir pu donner de signes de localisation; dans le second cas (terrain préparé?) il y a peu de réaction de l'organisme, la phase d'infection écourtée passe inaperçue, les signes de localisation encéphalique apparaissent et dominent le tableau clinique.

Ces aperçus n'ont pas d'autre but que d'indiquer combien est instructive la connaissance complète de la trypanosomiase humaine. Celle-ci, dans ses grandes lignes, peut être considérée, pour employer une expression moderne, comme le film projeté au ralenti d'une infection donnant entre autres signes ceux de l'encéphalite épidémique,

Loanda et principalement au Cameroun et au Gabon. L'endémie qui sévit surtout au Congo et dans l'Ouganda peut atteindre 1/12 de la population (8 p. 100) comme c'était le cas dans notre secteur de 20.000 km. carrés. La tr. américaine se rencontre au Brésil dans l'Etat de Minas Geraes.

III

Etiologie. — Races. — La maladie atteint les Noirs et les Blancs. Si ces derniers sont moins souvent frappés ils le doivent à la protection de leurs vêtements, le nombre des Européens contaminés dépasse actuellement la centaine. L'âge, à part des exceptions, ne paraît guère avoir d'influence particulière, les enfants paient à la maladie le même tribut que les adultes. La profession joue un grand rôle, les individus les plus exposés aux piqûres de l'agent transmetteur sont les plus contaminés : pagayeurs, pêcheurs, employés des vapeurs fluviaux, chasseurs, indigènes des factoreries, récolteurs de caoutchouc. Les saisons ont aussi leur importance, les glossines (agents de transmission) abondent à la saison des pluies.

Le terrain. — La maladie exerce ses ravages surtout chez les peuplades les moins résistantes, chez les surmenés par le travail, les affamés, chez tous les individus présentant un locus minoris resistanciæ; les pianiques sont particulièrement sensibles à l'infection par le tr. gambiense peut-être les syphilitiques le sont-ils également, mais les données nous manquent pour être affirmatif à ce sujet.

Causes déterminantes. — Pour la tr. africaine c'est le tr. gambiense ou rhodesiense qu'on peut définir : « flagellé à corps fusiforme de 20 µ de long sur 1 1/2 de large présentant latéralement une membrane ondulante dont le bord épaissi se termine en arrière dans la seconde moitié du corps à une masse centrosomique nettement plus petite que le noyau proprement dit situé vers le milieu du corps », la partie antérieure du filament bordant rejoint l'extrémité antérieure du corps et forme en avant le flagelle. Le trypanosome est introduit dans les voies sanguines de l'homme par la piqûre d'un diptère hématophage du genre glossine : glossina palpalis le plus souvent; cet insecte a la couleur de la mouche domestique de nos régions et l'aspect, en plus petit, de nos taons; au repos ses ailes se croisent en ciseaux, la trompe se projette horizontalement. Les glossines s'infectent en piquant un sujet porteur de tr. gambiense, les parasites subissent un cycle évolutif dans les voies digestives et les glandes salivaires de ce diptère dont la piqûre devient infectante vers le 24e jour.

Certains faits cliniques, confirmés par le laboratoire, montrent que la glossina morsitans peut également transmettre la maladie; de plus, dans certains cas, la transmission de la maladie se fait manifestement en dehors des glossines, d autres insectes hématophages servent de vecteurs (moustiques du genre mansonia ou stégomya), la piqûre infectante doit alors être faite immédiatement après le repas de sang infecté. La tr. américaine a pour agent pathogène le tr. cruzi présentant des formes mâles et femelles et ayant une multiplication schizogonique. La transmission se fait par la piqûre nocturne d'un hémiptère réduvide conorhinus ayant les mœurs de nos punaises.

IV

Symptomatologie. — Assez nombreux, les signes de la trypanosomiase doivent être recherchés avec soin, ils se présentent souvent en petit groupe ou isolément et si la constatation d'un seul ne permet pas de poser un diagnostic ferme elle doit retenir l'attention et entraîner l'examen complet du suspect au laboratoire. Plusieurs auteurs ont distingué dans la description de la maladie une période d'infection sanguine et une période d'infection céphalo-rachidienne, cette division d'une valeur pronostique incontestable ne se retrouve pas en clinique, de nombreux malades présentent, dès le début de l'affection, des trypanosomes dans le liquide rachidien. Aussi décrirons-nous à la période d'état deux phases, l'une de trypanosomiase, l'autre de sommeil. Cette manière de voir étant justifiée par l'histoire : l'aspect clinique du malade à ces deux phases différant à ce point que l'on décrivait comme deux affections distinctes « la fièvre trypanosomiasique » et « la maladie du sommeil ».

Incubation. — L'inoculation des trypanosomes dans le sang n'est pas suivie immédiatement de symptômes, il y a donc une phase d'incubation d'une durée variable. L'ensemble des faits permet de dire que, du moins pour le Blanc, cette durée est de dix jours en moyenne.

Invasion. — Le premier symptôme, quoiqu'assez rare, consiste dans l'apparition d'un pseudo-furoncle au niveau du point d'inoculation. C'est un furoncle sans tête, peu douloureux à la pression, entouré ou non d'un œdème parfois phlegmoneux, mais, caractère essentiel, furoncle et œdème entrent en résolution sans suppuration. On observe à cette période un symptôme plus constant, la fièvre. Elle débute brusquement, contemporaine du pseudo-furoncle quand il existe, et atteint 39°-40°, elle dure une semaine environ, et, fait très important, résiste à la quinine. Peu à peu d'autres symptômes apparaissent, la période d'état se constitue.

Période d'état. — A. *Phase de trypanosomiase.* — 1. *Signes physiques.* — *a.* Un des signes les plus importants et des plus constants est la présence des *adénopathies.* D'ordinaire le groupe ganglionnaire qui réagit le premier est celui qui correspond à la région du point d'inoculation, mais très rapidement le système lymphatique est envahi en entier et les groupes ganglionnaires les plus souvent atteints sont les ganglions cervicaux latéraux et postérieurs, les sous-maxillaires, les axillaires, les épitrochléens, enfin les inguinaux. Tous les indigènes ont des ganglions, ce qui paraît compromettre la valeur de ce signe, mais la trypanosomiase a des ganglions particuliers, de volume variable, ils sont un peu mous, donnant sous les doigts qui les palpent la sensation d'une prune mûre. Isolés ou formant des

chaînes ils sont en général indolores, ils persistent pendant toute la maladie mais diminuent et s'indurent vers la fin de l'affection.

b. Les *œdèmes* seraient pour certains un signe au moins aussi fréquent que les adénopathies. Ces œdèmes sont localisés ou généralisés. Localisé, l'œdème a plus de valeur car il est d'ordinaire précoce, siégeant principalement à la face et surtout à la partie externe de la paupière inférieure, « facies japonais »; plus étendu, il donne le « facies bouffi », on le trouve aussi à la partie inférieure des jambes, dans la région malléolaire. C'est un œdème mou, dépressible, blanc, indolent, variable et fugace. Dans d'autres cas l'œdème est généralisé, parfois léger, donnant l'impression d'un simple embonpoint, parfois très net, tout le corps étant œdémateux ainsi que la face. L. Martin a signalé un œdème latent appréciable par la bascule comme l'œdème brightique.

c. Troubles cutanés. — Un signe assez constant chez l'Européen, mais devant être recherché car il peut passer inaperçu du malade, est représenté par les érythèmes. Papulo-urticariens, ils se présentent sous trois aspects : maculeux, circiné, serpigineux; ils ont comme caractères communs leur coloration rose, rouge violacée, s'effacent complètement à la pression du doigt, ne s'accompagnent d'aucune infiltration profonde appréciable cliniquement, sont indolores et ne s'accompagnent pas de prurit. Ces variétés peuvent coexister, leur lieu d'élection est le tronc, surtout le dos. Ils peuvent apparaître 12 jours après l'inoculation, ils sont fugaces et récidivants. Chez les Noirs, ils sont rares (comme la roséole syphilitique), on les reconnaîtra sous forme de taches plus claires. Ces manifestations cutanées ont été désignées par Géry dans sa thèse sous le nom de « trypanides ». On pourra constater aussi des prurits localisés ou généralisés plus ou moins intenses sans caractères particuliers.

d. L'*hypertrophie splénique* est incontestablement un signe de trypanosomiase ayant une bonne valeur diagnostique quand ce symptôme s'ajoute à d'autres. Il faut penser qu'on est le plus souvent en présence d'individus impaludés et il devient très difficile de dire quelle part revient dans cette hypertrophie au paludisme et à la trypanosomiase.

2. *Signes fonctionnels.* — *a.* Dès les premiers mois de la maladie, apparaît un signe que Kérandel, qui l'a observé sur lui-même, a décrit sous le nom d'*hyperesthésie profonde.* La pression des masses musculaires détermine une vive douleur, un léger choc contre un plan résistant peut arracher un cri au malade, de même le fait de saisir la clef d'une porte. On a donné à ce symptôme le nom de « signe de Kérandel ».

b. Le *caractère* se modifie sensiblement, les malades deviennent tristes, apathiques, anxieux, craintifs, ils ont peur et cherchent à se dérober lorsque le médecin palpe leurs ganglions. Plus rarement, on note un certain degré d'excitation, le malade se prête avec ostentation à l'examen du médecin, il rit facilement et présente un état d'euphorie inaccoutumée.

c. Les *fonctions génitales* sont troublées de bonne heure; chez les femmes, les règles persistent, mais on observe de la frigidité, chez l'homme une impuissance relative ou absolue l'affecte sensiblement, c'est souvent le premier symptôme qui attire l'attention des Noirs.

d. Des *troubles de la vision* s'observent également soit sous forme d'iritis ou de cyclite, soit que le malade se plaigne de brouillards ou présente de la photophobie, lésions, en général, bénignes, car, bien que récidivantes elles disparaissent par le traitement.

e. Les troubles les plus constants de l'*appareil digestif* sont représentés par des crises de diarrhée. L'appétit est parfois diminué mais non aboli.

3. *Signes généraux.* — *a.* L'*état général* se modifie d'ordinaire d'une manière assez rapide, les malades se plaignent d'une lassitude, d'une fatigue souvent extrême, leurs forces diminuent, cela les frappe et les inquiète; les longues marches leur deviennent pénibles. Le malade maigrit, dès les premières semaines et la perte de poids se poursuit pendant toute la durée de la maladie. Rappelons que certains sujets ont un faux embonpoint causé par un œdème plus ou moins généralisé.

b. L'étude de la *température* et du *pouls* constitue un symptôme des plus importants. La fièvre, souvent le premier signe de la maladie, présente un caractère bien particulier : elle résiste à la quinine. Elle existe, nous l'avons vu, à la période d'invasion, nous la retrouvons ici sous forme de poussées à maximum vespéral, 38° ou 39°, irrégulière elle vient par périodes entrecoupées de phases d'apyrexie de durée variables. Le pouls s'accélère, atteint souvent 120, 140 pulsations et fait très important, l'accélération du rythme cardiaque existe et persiste en dehors de toute élévation thermique, c'est un signe presque constant à rechercher systématiquement.

c. Vers la fin de cette période, il est fréquent d'observer une *céphalée* parfois très vive, des *tremblements fibrillaires* de la langue, des lèvres, des membres, une *somnolence légère*, le malade dormant seulement un peu plus longtemps que d'habitude, faisant plus volontiers une sieste plus longue que de coutume. Peu à peu ce signe, qui n'était découvert que par l'interrogatoire minutieux du malade, devient évident pour son entourage : *le malade qui n'était jusqu'alors qu'un trypanosomé va devenir un sommeilleux.*

B. *Phase de « maladie du sommeil ».* — 1. *Le sommeil.* — La somnolence qui, comme nous le disions plus haut était en quelque sorte occasionnelle, ne survenant qu'à la faveur d'une période de sommeil normal, devient plus fréquente et habituelle. Le malade s'endort dès qu'il cesse d'être occupé ou de marcher, lorsqu'il s'arrête, il est pris d'un invincible besoin de dormir. Puis ces périodes de sommeil se prolongent pour constituer à la période terminale, l'état presque permanent du malade.

2. Le *facies* est caractéristique lorsque l'on tire le sommeilleux de sa torpeur : les yeux sont ternes, le regard sans éclat, sans expression. les yeux allant

de droite à gauche, d'ailleurs, pas plus que son regard le malade ne peut fixer son attention, on a beaucoup de peine à obtenir une réponse à une question quelconque : le malade semble se désintéresser de tout ce qui l'entoure, sauf du feu, près duquel il s'endort et de la nourriture qu'on lui apporte.

3. La *locomotion* devient difficile, puis le sommeilleux ne peut plus marcher qu'en se tenant à ce qui l'entoure, hommes ou choses, il lance maladroitement ses jambes tremblantes. Plus tard, la marche est impossible, le malade se traîne le soir pour rentrer dans sa case d'où il ne sort bientôt plus.

4. Les *tremblements* apparaissent ou persistent. Il s'agit d'un tremblement à petites oscillations, tremblement fibrillaire, rarement occasionnel, qui atteint les lèvres, la langue, les membres, le tronc, parfois généralisé et très intense. Les adénopathies se sont d'ordinaire modifiées : les ganglions sont devenus durs et petits. Les œdèmes persistent assez souvent, ce sont des œdèmes cachectiques localisés aux membres inférieurs ou généralisés donnant alors le type du sommeilleux bouffi.

5. La *fièvre* dont les poussées sont d'abord plus fréquentes et plus prolongées prend, par la suite, le type hectique, 38°, 39° le soir, 37° le matin, mais dans les deux dernières semaines, on note de l'hypothermie 35°5, 36°. Le *pouls* demeure accéléré aux environs de 90 pulsations, même à la période d'hypothermie. L'*état général* est profondément altéré ; progressivement le sommeilleux prend le type cachectique, véritable squelette recouvert d'une peau sèche où l'on voit souvent des escarres de décubitus. C'est dans cet état lamentable qu'on trouve les sommeilleux agonisants dans de petites cases en dehors des villages,

C. *Evolution. Terminaison.* — La durée totale de la maladie est en moyenne de deux années, on peut compter 12 à 18 mois pour la période de trypanosomiase et de 6 à 8 mois pour la période de sommeil. Chez les Noirs, la maladie peut avoir une marche plus lente, coupée de rémissions : on a observé des cas où la période de sommeil n'était apparue que 6 ans après l'inoculation. Jusqu'à plus ample informé, la terminaison fatale est de règle : le sommeil est remplacé par le coma hypothermique et le malade meurt avec de l'incontinence des sphincters, couché en chien de fusil auprès du feu sans en sentir parfois les brûlures.

V

Complications. — L'évolution de la maladie peut-être modifiée par l'apparition d'une des complications suivantes :

La *pneumonie* très fréquente, surtout dans la saison froide enlève rapidement le malade. Des *infections* bactériennes à streptocoques, à staphylocoques peuvent apparaître, et si, momentanément le développement des trypanosomes est entravé par la présence des bactéries, celles-ci surprenant un organisme débilité, deviennent particulièrement redoutables. Le *paludisme* aggrave toujours la situation par l'anémie qu'il détermine. La *syphilis* augmente presque toujours la rigueur du pronostic ; on a remarqué, en effet, que chez des trypanosomés en traitement et en voie d'amélioration, une syphilis intercurrente faisait disparaître le bénéfice du traitement. Les *escarres* de la période terminale avancent, comme c'est l'habitude, le jour de l'issue fatale.

VI

Formes cliniques. — La trypanosomiase humaine est loin de se présenter avec cette symptomatologie complète et régulière, elle peut revêtir différentes formes.

I. D'après l'évolution on peut distinguer des formes LENTES où la première période dure plusieurs années et des formes RAPIDES où, bien que passant par toutes les périodes, le malade meurt sommeilleux dans la première année.

II. FORMES D'APRÈS LA PRÉDOMINANCE D'UN SYMPTÔME. — *A*. Parfois, le malade n'arrive pas jusqu'à la période de sommeil, il meurt n'ayant présenté d'autres signes que ceux de la période d'état. On peut donc donner à ces formes le nom de *trypanosomiasiques*.

B. Ailleurs la somnolence apparaît dès les premiers mois de la maladie, le sommeil est le symptôme prédominant; c'est la forme *léthargique* particulièrement grave et rapide.

C. Forme médullaire. — Dans d'autres cas, ce sont des symptômes de lésions médullaires qui attirent l'attention. Ce que l'on observe alors le plus souvent, c'est une paraplégie, caractérisée par une amyotrophie diffuse des membres inférieures avec hypoesthésie ou anesthésie symétrique, réflexes exagérés, Babinski positif, troubles légers des réactions électriques : hypoexcitabilité, symptômes, en somme, d'une méningo-myélite ascendante et diffuse.

D. Forme cérébrale. — Nous avons vu qu'il était commun d'observer des modifications du caractère chez les trypanosomés, ces symptômes peuvent dominer la symptomatologie et s'accompagner d'autres signes donnant lieu à des syndromes divers suivant l'étendue des lésions méningo-encéphaliques.

1. Diffuses, ces lésions donneront lieu à un *syndrome méningé* subaigu (céphalée, vomissements, constipation) disparaissant par le traitement, mais pouvant récidiver ou être suivi d'un *syndrome mental* à évolution chronique caractérisé au début par de l'exaltation avec possibilité d'actes délictueux, puis, rapidement, apparaît un état de démence aiguë et de confusion mentale, c'est la déchéance intellectuelle à laquelle peuvent venir s'ajouter des hallucinations visuelles et auditives et des accès délirants non systématisés. En même temps que ces symptômes psychiques on constate des symptômes somatiques, exagération de la sensibilité profonde, diminution des réflexes rotuliens, signe de Babinski positif, dysphagie, ralentissement du pouls, mais il n'y a pas d'Argyl-Robertson, ni de paralysie des nerfs craniens, pas de signe de Romberg, ni de Wesphal. Sous l'action du traitement, ces troubles

rétrocèdent, mais les rechutes sont de règle comme la terminaison fatale d'ailleurs.

2. Les lésions circonscrites se traduisent par des crises d'épilepsie Bravais-Jacksonienne, des myoclonies, des hémiplégies, des aphasies constituant un *syndrome cortical* d'un pronostic sévère, le malade pouvant mourir au cours d'un de ces accès convulsifs et le traitement est sans action.

III. Formes d'après l'endémicité. — De l'ensemble des travaux à ce sujet, on peut dire que la trypanosomiase évolue sous deux formes : endémique ou épidémique.

A. La *forme endémique* est la plus commune, la trypanosomiase est de virulence moyenne. Dans les régions endémiées l'affection atteint à peu près uniformément la population intéressée. Cette forme s'observe dans les zones contaminées depuis longtemps.

B. Au contraire dans la *forme épidémique*, à côté de villages ou de groupes de villages indemnes, on trouve des agglomérations cruellement éprouvées, la population se trouve frappée dans des proportions pouvant atteindre 40° à 50°, et dans deux ou trois ans la moitié ou les deux tiers de la population disparaissent, c'est en général ce qui se passe lorsque le fléau atteint un groupement jusqu'alors indemne. C'est aussi ce que l'on observe dans les régions où la maladie s'est propagé malgré l'absence des glossines. Dans ce cas la maladie est transmise par inoculation directe, et les trypanosomes ne subissant plus dans le tube digestif de la tsétsé l'évolution qui en quelque sorte leur donne une virulence normale, ont leur virulence exaltée par ces passages successifs.

C. De petits foyers de formes épidémiques s'observent aussi dans les régions endémiques où l'on constate que la maladie atteint des familles et des individus logeant sous le même toit. Martin, Lebœuf, Roubaud ont décrit ces formes sous le nom d'*épidémies de familles et de cases*.

IV. Formes d'après l'agent pathogène. — *A*. Nous avons étudié la forme due au *tr. gambiense*, les symptômes de la trypanosomiase à *tr. rhodesiense* seraient plus intenses, la fièvre serait plus vive et les œdèmes de la face plus importants. Mais l'ensemble du tableau clinique reste le même pour ces deux formes de la tr. africaine.

B. Nous avons vu qu'en Amérique la trypanosomiase était causée par le tr. cruzi. Les symptômes de la *tr. américaine* sont très différents de la tr. africaine.

1° Dans les formes *aiguës* évoluant en dix à trente jours on note de la fièvre pouvant atteindre 40° avec rémission matinale, un facies bouffi précoce, une hypertrophie très marquée de la glande thyroïde, une adénopathie généralisée et surtout cervicale, de l'hypertrophie de la rate et accessoirement des signes de méningo-encéphalite aiguë. Le pronostic est grave car si le malade guérit, il conserve des lésions paralytiques incurables et une déchéance intellectuelle plus ou moins grande.

2° Dans les formes *chroniques* Chagas décrit une forme pseudomyxœdémateuse avec une hypertrophie thyroïdienne et un teint bronzé, ce dernier indiquant l'atteinte des capsules surrénales, une forme myxœdémateuse plus rare dont le tableau clinique est celui de l'insuffisance thyroïdienne complète, une forme cardiaque, la plus fréquente, dont le symptôme le plus net est l'arythmie et les extasystoles, une forme nerveuse à manifestations cliniques variées suivant la localisation du parasite en foyer unique ou en foyers multiples sur les méninges ou les centres cérébraux.

VII

Diagnostic. — I. Diagnostic positif. — *A*. *Diagnostic clinique.* — Il s'en faut de beaucoup que tous les symptômes aient la même valeur diagnostique, les plus importants d'entr'eux sont : les adénopathies, l'œdème des paupières, l'accélération du pouls en dehors des périodes de pyrexie, l'asthénie, l'amaigrissement, les modifications du caractère, la céphalée, la fièvre résistant à la quinine. A la période de sommeil, l'aspect du malade, la notion d'endémicité imposeront le diagnostic.

B. *Diagnostic microscopique.* — Dans la plupart des cas pour ne pas dire toujours, le diagnostic sera confirmé nécessairement par l'examen de l'individu suspect au laboratoire. On recherchera les trypanosomes à l'examen direct d'une goutte de sang entre lame et lamelle, ou dans le culot de centrifugation de 10 cmc. de sang. On les recherchera dans la lymphe ganglionnaire prélevée par ponction dans un ou plusieurs ganglions, dans le liquide céphalo-rachidien. On trouvera aussi des trypanosomes dans la sérosité obtenue par scarification des éléments éruptifs. A ces procédés on peut ajouter les préparations colorées au Leischman ou au Giemsa, étalements ordinaires ou frottis épais suivant la méthode de Röss. L'inoculation au cobaye de 10 ou 20 cmc. de sang pourra donner des résultats positifs dans le cas où les autres méthodes auraient échoué. Lorsque l'examen du sang à l'état frais aura montré l'auto-agglutination des globules les recherches devront être poursuivies avec soin car si l'auto-agglutination n'est pas un signe pathognomonique elle a néanmoins une valeur présomptive indéniable. On tiendra compte enfin que l'examen direct du sang donne des résultats positifs dans 36 p. 100 des cas, que la centrifugation donne 98 p. 100 de résultats positifs, que l'examen ganglionnaire total est positif dans 89 p. 100 des cas et qu'enfin la ponction lombaire est positive : au début dans 26 p. 100 des cas, vers la moitié de la période d'état dans 57 p. 100 des cas et dans 85 p. 100 des cas où le diagnostic clinique est possible; ce qui prouve qu'un quart des malades au début ont des trypanosomes dans les méninges cérébro-spinales.

C. *Formule hémo-cytologique.* — La formule hémo-leucocytaire subit d'ordinaire les variations suivantes : diminution des globules rouges, leucocytose modérée avec mononucléose. Dans le liquide céphalo-rachidien il y a en principe progression constante du nombre des éléments figurés : lymphocytes et mononucléaires du commencement à la fin de la maladie.

II. Diagnostic différentiel. — Parmi les affections qui peuvent présenter des symptômes communs à la trypanosomiase nous signalerons le paludisme, la syphilis, le béribéri, l'encéphalite épidémique.

A. *Le paludisme* présente comme la trypanosomiase de l'hypertrophie splénique et des accès fébriles, mais le paludisme a ses accès accompagnés de sueurs, de frissons, l'exacerbation n'est pas vespérale et la courbe est régulière; la quinine agit nettement. Cependant dans le paludisme de première invasion chez l'européen jeune colonial, la quinine a parfois peu d'action et le diagnostic ne sera possible que par le laboratoire.

B. *La syphilis* à ses différentes périodes peut prêter à confusion, au début on reconnaîtra les roséoles des trypanides aux dimensions plus petites des éruptions de la syphilis et à leur teinte cuivrée que n'ont jamais les trypanides. Les adénopathies syphilitiques ont des ganglions moins gros et plus durs. La syphilis médullaire et cérébrale sera d'un diagnostic difficile que souvent le laboratoire seul sera capable de trancher. On tiendra compte de ce fait que la syphilis touche avec prédilection les nerfs et les artères de la base tandis que dans la trypanosomiase on n'observe jamais de paralysies oculaires.

C. *Le béribéri* présente des œdèmes, de la tachycardie, des troubles médullaires; mais il n'y a pas de troubles intellectuels, pas de léthargie, pas de fièvre, pas d'adénopathie. La tachycardie du béribéri s'accroît avec le moindre effort, s'accompagne d'oppression à paroxysme nocturne; on observe dans la forme médullaire du béribéri de l'abolition des réflexes, des zones d'anesthésie, des troubles moteurs (steppage ou marche en fauchant), des troubles trophiques (griffes).

D. *L'encéphalite épidémique* pourra prêter à confusion sous ses différentes formes : léthargique, myoclonique, parplégique, etc. On se basera pour établir le diagnostic d'encéphalite épidémique sur la rapidité de l'apparition de la somnolence (léthargie plutôt que sommeil), sur l'existence fréquente sinon constante de troubles oculaires, sur les douleurs qui précèdent les myoclonies, sur l'évolution rapide en quelques semaines de ces diverses formes. Là comme toujours la présence ou l'absence des trypanosomes dans les humeurs établira le diagnostic.

E. Le diagnostic se fera plus aisément avec les adénites aiguës, les œdèmes brigthiques et phlébitiques; à la période de sommeil, on pensera aux tumeurs cérébrales, aux comas, à l'hystérie. La trypanosomiase américaine devra être différenciée des thyroïdites aiguës ou chroniques, du myxœdème, de la maladie d'Addison et également des méningo-encéphalites. Dans ce dernier cas, le diagnostic clinique serait très difficile si les signes de dysendocrinie venaient à manquer car la tr. américaine évolue, nous l'avons vu, en 10 ou 30 jours.

VIII

Anatomie pathologique. — I. Examen macroscopique. — On peut observer une congestion des différents viscères, notamment de la rate hypertrophiée; mais les lésions les plus importantes se trouvent sur les centres nerveux. Les méninges sont épaissies, adhérentes au cerveau, on note la présence d'exsudats périvasculaires, le liquide sous-arachnoïdien est d'ordinaire en quantité exagéré, souvent trouble, principalement au niveau des sillons et le long des vaisseaux.

II. Examen microscopique. — On constate l'existence d'une lepto-méningite chronique avec infiltration cellulaire périvasculaire et prolifération des cellules de la névroglie. Parfois les cellules de l'endothélium vasculaire peuvent proliférer et donnent lieu à des thromboses, d'où accidents localisés ne rétrocédant pas sous l'influence du traitement. Par contre les altérations des cellules nerveuses sont peu importantes (à part, les foyers de ramollissement par thrombose). Cette constatation jointe à l'absence des lésions des méninges et des artères de la base différencie nettement les lésions de la trypanosomiase de celles observées dans la syphilis cérébrale.

A côté de ces altérations de l'axe cérébro-spinal, on note des lésions congestives de la rate, du foie et des reins. Les ganglions présentent au début une phase d'hypertrophie de la substance centrale et vers la fin de la sclérose. Les lésions cutanées (thèse de Géry) consistent dans une infiltration périvasculaire à mononucléaires et à cellules conjonctives, les faisceaux conjonctifs sont dissociés et séparés par de l'œdème, leurs cellules sont tuméfiées.

IX

Traitement. — I. Prophylaxie. — La prophylaxie doit avoir pour but de protéger la collectivité et l'individu des glossines d'une part et des sujets porteurs de trypanosomes d'autre part. Contre les premières, on aura recours au débroussaillement systématique des abords des villages, des ponts, des points d'eau de manière à détruire les gîtes à glossines. On se protégera de leurs piqûres par le port de vêtements blancs, de guêtres et de chaussures de cuir et au besoin de gants et d'une moustiquaire de casque. On se rappellera que les glossines piquent du lever au coucher du soleil. Les individus trypanosomés seront recherchés par l'examen systématique de la population et, faute de mieux, recevront tous les 4 mois environ à 10 jours d'intervalle une injection sous-cutanée d'atoxyl à la dose de 1 cgr. par kilo corporel; le résultat de ces injections est de faire disparaître les parasites des humeurs périphériques pour une période de 6 mois environ.

II. Traitement curatif. — A l'heure actuelle, les médicaments employés sont : l'atoxyl, l'émétique, le néosalvarsan (1); le premier d'un emploi facile, les deux autres nécessitent l'injection intraveineuse.

(1) Le 1er novembre 1919 on a présenté, à Baltimore, un nouveau composé arsenical organique : sel sodique de l'acide N-phénylglycineamide-p-arsonique dont les remarquables propriétés de trypanolyse au laboratoire ne semblent pas supérieures en clinique à celles des autres corps employés.

La méthode de choix semble être de frapper de grands coups pour ne pas créer dans l'organisme des races résistantes de trypanosomes, c'est pour cette raison qu'il est préférable d'associer ces trois médicaments dans des cures combinées.

Par le traitement (même prophylactique) on observera des prolongations, des améliorations, des guérisons. Les résultats seront d'autant meilleurs que le malade sera pris au début, la constatation des parasites dans le liquide céphalo-rachidien est de fâcheux augure, lorsqu'il y a en même temps des signes cliniques de localisation cérébrale, les formes médullaires semblent guérissables. Dans la plupart des cas, le traitement amène la disparition des symptômes, le relèvement de l'état général et retarde l'apparition de la période terminale. Il est très probable qu'on peut considérer comme guéri tout malade chez lequel, le traitement ayant été arrêté pendant 4 ans, on ne constate pas de trypanosomes dans le sang ou le liquide céphalo-rachidien.

BIBLIOGRAPHIE

J. Atkins. Voir Ch. Singer. *Ann. of trop. med. a. parasitol.*, 1912, t. VI, p. 95.
Winterbottom. *An account of native Africans in the neighbourhood of Sierra Leone*, Londres, 1803.
Guérin. *Th. de Paris*, 1869.
Forde. *The Journ. of trop. médecine*, 1er sept. 1902.
Dutton. *Ibid.*, 1er déc. 1902.
P. Manson. *The Journ. of trop. medecine*, 1er nov. 1902 et 16 mars 1903.
Brumpt. *Congrès d'hygiène de Bruxelles*, 1903 ; *Acad. de médecine*, 16 mars 1903.
Castellani. Lettre du 5 avril 1903, in *Brit. medic. journ.*, 23 mai 1903.
G. Martin, Lebœuf, Roubaud. *La maladie du sommeil au Congo français*, 1906-1908, Masson, édit.
Lévi-Sirugue. Trypanosomiase humaine, Revue gén., *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 43.
L. Martin, Guillain, Darré. *Ibid.* Formes nerveuses de la trypanosomiase.
Lebœuf. Trypanosomiase in *Traité de pathol. exot.*, 1913.
Géry. Les phénomènes cutanés au cours de la trypanosomiase, *Thèse de Paris*, 1910.
Nattan-Larrier. *Exposé des titres et travaux scientifiques*, Paris, 1910.
Stephens et Fantham. *Proceed. of the Roy. soc.*, nov. 1910.
Kerandel. *Soc. de pathol. exot.*, 9 nov. 1910.
Laveran et Mesnil. *Trypanosomes et trypanosomiases*, Masson, 1912.
Chagas. *Mem. do inst. Osw. Cruzi*, t. II, 1909 ; t. III, 1911.— *Bull. soc. path. exot.*, t. IV, 1911.
Brumpt et Da Silva. *Ibid.*, t. V, 1912.
Brumpt. *Ibid.*, juin 1912. — *Bull. Acad. méd.*, juin 1912.
Netter. L'encéphalite léthargique, *Presse méd.*, 7 avril 1920.
Sicard. L'encéphalite myoclonique, *Ibid.*, 14 avril 1920.

FORMULAIRE

FORMULE NE CONTENANT PAS DE MÉDICAMENT DU TABLEAU B POUR PILULES A BASE DE MERCURE OU DE SES DÉRIVÉS.

Par M. J. Le Goff (de Paris).

Extrait de gentiane......	cinq centigrammes.
Protoiodure d'Hg........	cinq centigrammes.
ou	
Bichlorure d'Hg.........	un centigramme.
Extrait de quinquina.....	cinq centigrammes.
Codéine................	un centigramme.

pour une pilule.

PRATIQUE MÉDICALE

UN NOUVEAU GERMICIDE POUR LES INFECTIONS DES VOIES URINAIRES : LE MERCUROCHROME-220[1]

Par le Dr F. Gardner (de New-York).

Le mercurochrome-220 est un corps obtenu au cours de recherches ayant pour but de produire des substances douées à la fois du pouvoir de pénétration des couleurs d'aniline et de propriétés antiseptiques, tout en étant non irritantes et relativement peu toxiques.

Partant d'une couleur acide (que les considérations chimiques à priori font prévoir moins irritantes que les couleurs basiques, ce que l'expérience clinique confirme), les auteurs sont parvenus à obtenir le mercurochrome-220 par substitution d'un atome de mercure dans une molécule de dibromofluorescéine, proche voisine de l'éosine. Chimiquement, c'est la dibromo-oxymercuro-fluorescéine (à noter en passant que la désinence chrome s'applique aux propriétés colorantes, et n'indique nullement la présence de chrome dans le composé), ou son sel de sodium.

Le sel de sodium contient environ 26 p. 100 de mercure ; il se présente sous forme d'écailles vertes, iridescentes, légèrement hygroscopique, très solubles dans l'eau, donnant une solution stable qui précipite légèrement dans l'urine très acide, mais pas dans l'urine d'acidité normale ni dans les liquides organiques riches en albumine. La solution à 1 p. 100 teint la peau en rouge vif : le permanganate de potasse à 2 p. 100, suivi d'acide oxalique à 2 p. 100 enlève la tache.

Expérimentalement, il a été constaté que l'injection dans une portion de l'arbre urinaire d'une solution à 1 p. 100 imprègne en 5 minutes, tout l'épithélium, une partie de la sous-muqueuse et quelquefois un peu la couche musculaire. Le chien tolère très bien 1 cg. par kilo, de telle sorte que le danger d'absorption dans l'appareil urinaire est nul.

Dans l'urine, le staphylocoque doré est tué en 1 minute par la solution à 1 p. 1.000, en 5 minutes par celle à 1 p. 5.000, en 15 minutes par celle à 1 p. 10.000 ; le colibacille en 1 minute par la solution à 1 p. 800, en 5 minutes par celle à 1 p. 1.000, en 15 minutes par celle à 1 p. 5.000. Le mercurochrome agit beaucoup plus vite que l'acriflavine.

Cliniquement la solution à 1 p. 100 a été employée : 1° dans les pyélites anciennes pour lavages du bassinet, deux fois par semaine, sans irritation et avec des résultats fort remarquables ; 2° dans les cystites chroniques (30 g.) après lavage de la vessie ; bons résultats, 2 cas d'irritation assez vive ; 3° dans la blennorragie, en injections, 4 fois par jour. Les résultats semblent très bons, mais les auteurs ne veulent pas encore faire de comparaisons. Récemment, ils ont employé une solution à 2,5 p. 100 toutes les 3 heures dans l'urètre antérieur ; 4° un

(1) Hugh H. Young, Edwin C. White, Ernest O. Swartz. *Journ. Amer. Med. Assoc.*, vol. LXIII, n° 20, 15 nov. 1919, p. 1483-1491.

pansement humide à 1 p. 100, ou une pommade à 5 p. 100 dans la lanoline, déterge et fait cicatriser les chancres mous atones.

Les résultats les plus remarquables sont ceux obtenus dans les cystites et pyélites rebelles.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 17 AOUT 1920)

Tentative de culture du tréponème pâle, en symbiose avec les éléments cellulaires. — M. LEVADITI. Placé dans des conditions qui permettent la culture des éléments cellulaires conjonctifs in vitro, le tréponème pâle, contrairement au virus de la poliomyélite et de la rage, non seulement ne cultive pas mais perd rapidement sa vitalité et sa virulence.

Valeur de la réaction de fixation de Bordet dans le diagnostic de la peste. — M. JOLTRAIN.

Sur l'emploi du silicate de soude en injections intraveineuses. Effets physiologiques. Effets thérapeutiques. — MM. L. SCHEFFLER, A. SARTORY et PELLISSIER. Le silicate de soude peut être employé en injection intraveineuse, sans danger ou inconvénient à la dose de *0 milligramme 005* par centimètre cube. Les auteurs emploient 2 cmc. par jour, soit 1 centigramme de silicate *pro die*. Cette méthode s'applique utilement au traitement des maladies justiciables de la médication siliceuse.

HYGIÈNE PUBLIQUE

LA PROPHYLAXIE DE LA PESTE

M. Géo-Gérald, député, rappelle à M. le ministre de l'Hygiène, les mesures prophylactiques prises en Italie à l'arrivée dans les ports contre la peste et autres épidémies dont on a signalé les ravages en Crète et autres pays d'Orient et lui demande si, à l'instar des dispositions sévères du service sanitaire italien, les précautions nécessaires ont été prises à temps en France pour la protection de la santé publique. (*Question du 8 juin 1920.*)

Réponse. — Lorsque la peste est signalée dans un port étranger, les directeurs des 6 circonscriptions sanitaires maritimes de France en sont avisés par un télégramme du ministre de l'hygiène. Ils sont également renseignés par les patentes brutes des navires. Un navire provenant d'un port contaminé de peste est soumis aux mesures ci-après : 1° visite médicale ; 2° au cas où le navire se présente après un délai de plus de 5 jours depuis son dernier contact avec une circonscription contaminée et s'il n'a présenté aucun cas suspect

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Pour faciliter les relations entre Genève et Chamonix, la Compagnie des chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée, organise, du 1er août au 15 septembre avec faculté éventuelle de prolongation jusqu'au 30 septembre, un service automobile entre ces deux localités.

Ce service, qui comportera *chaque jour un voyage aller et retour*, au départ de Genève, fonctionnera dans l'horaire ci-après :

Aller : Genève, départ 7 h. 30; St-Gervais-les-Bains-Le Fayet, arrivée 10 h. 15; Chamonix, arrivée 11 h. 30.

Retour : Chamonix, départ 16 heures, St-Gervais-les-Bains-Le Fayer, arrivée 16 h. 45; Genève, arrivée 19 h. 15.

Il sera en correspondance à St-Gervais-les-Bains-Le Fayet avec le chemin de fer du Mont-Blanc et à Chamonix avec le chemin de fer du Montenvers.

Les touristes de la région de Genève apprécieront ce nouveau service qui leur permettra de se rendre dans la même journée au Glacier de Bionnassay (alt. 2.500 m.) ou à la Mer de Glace (alt. 1.919 m.) et de revenir le soir même à leur point de départ.

Pour plus amples renseignements, s'adresser au Bureau de Correspondance, 3, rue du Mont-Blanc, à Genève, aux Agences de voyages. Bureaux de renseignements, gares du Réseau P.-L.-M., etc.

ou confirmé pendant la traversée, les passagers sont débarqués après désinfection des bagages suspects et le navire admis à la libre pratique sous surveillance sanitaire applicable pendant toute la durée du séjour, sous réserve des mesures de dératisation prévues par le règlement; 3° au cas où le navire se présenterait après un délai de moins de 5 jours depuis le dernier contact avec une circonscription contaminée, ou moins de 5 jours depuis l'isolement du dernier cas suspect ou confirmé de peste : *a*. Isolement et mise en observation du navire pendant un délai de 5 jours à compter de la date de l'isolement du dernier cas ou de la date de l'arrivée du navire, suivant les circonstances et l'appréciation de l'autorité sanitaire; *b*. débarquement et isolement des malades suspects ou confirmés sur les indications de l'autorité sanitaire à charge par le navire de fournir les moyens de débarquement; *c*. désinfection des bagages suspects; *d*. débarquement des passagers sains sous le régime du passeport sanitaire; *e*. dératisation du navire par les procédés officiellemen reconnus efficaces; *f*. désinfection des locaux susceptibles d'avoir été contaminés; *g*. admission du navire à la libre pratique sous le régime de la surveillance sanitaire applicable pendant toute la durée du séjour dans le port.

LIVRES NOUVEAUX

Comment guérir? Le traitement des maladies de l'estomac en clientèle (1), par L. PRON; 2e édit., revue et augmentée.

Ce livre, dit avec raison l'auteur, n'est une réédition ni de mon *Traité clinique des maladies de l'estomac*, ni de ma *Thérapeutique clinique des maladies de l'estomac*. C'est un livre conçu sur un plan tout nouveau et qui, fidèle à l'esprit de la collection dont le titre est *Comment guérir?*, se propose de condenser toutes les données relatives à la pathologie gastrique qu'il est indispensable de savoir pour mener à bien le diagnostic et le traitement. Les notions scientifiques y figurent, mais réduites au strict minimum; ce que l'auteur a voulu, surtout, c'est de serrer d'aussi près que possible la clinique et de rester pratique. Il s'est rappelé, fort à propos, que la plupart des praticiens demeurent loin des centres, qu'il ne leur est pas toujours permis de recourir au laboratoire et que la clinique conserve tous ses droits.

Après une introduction qui devrait nous rendre modestes en nous faisant assister au naufrage de tant de théories, d'ailleurs transcendentales, M. L. Pron examine successivement : l'*examen du malade*, examen réduit aux seuls éléments utiles, interrogatoire, examen clinique, chimisme, radioscopie, il divise son sujet en deux parties : *fausses gastropathies*, *vraies gastropathies*, qu'elles soient par défaut, par excès, qu'elles soient d'autre nature : cancer, catarrhes, aérophagie, dilatation aujourd'hui déchue de son rang de maladie et ravalée à celui d'un vulgaire symptôme, grands symptômes associés. Bien que l'auteur s'en défende, il est aisé de voir, par la lecture de son intéressant et original ouvrage, qu'il a acquis sur le sujet une érudition étendue et que ses connaissances théoriques sont des plus vastes. Mais il se garde bien de nous en accabler. Il est trop averti des affections digestives pour ne pas savoir que rien n'est aussi lourd, aussi pesant, aussi indigeste, que la bibliographie, et, inversement, il n'ignore pas que tout auteur d'un ouvrage didactique doit effectuer, à l'intention du lecteur, un travail préalable de « digestion ». C'est ce qu'il n'a pas manqué de faire. Aussi bien le sujet y prêtait-il. Mais surtout il nous a fait profiter de son expérience et c'est ainsi qu'il nous présente aujourd'hui un livre d'un puissant intérêt, au point, utile, et auquel il n'est pas besoin d'être grand clerc pour prédire le succès.

L. BABONNEIX.

Cures thermales chez les enfants. T. II. *Stations du sud-ouest* (2), par le Dr Ed. AUSSET, professeur agrégé, chargé de cours à la Faculté de médecine de Lille.

Le second volume de clinique thermale et climatique que publie aujourd'hui M. Ausset, ne le cède en rien au premier volume paru, avant la guerre, sur les stations du centre de la France. Aussi sommes-nous convaincu qu'un succès lui est réservé, au moins égal à celui qu'obtint le volume précédent. C'est qu'ici encore nous trouvons de la clinique vivante. L'auteur, pédiatre bien connu depuis plus de 20 ans, y donne les résultats de sa longue expérience en médecine infantile; il a su, dans ses ouvrages, bien dégager les types cliniques qu'il convient d'envoyer vers telle ou telle station. Il faut lire, pour ne citer qu'un exemple, les chapitres consacrés à Arcachon, à Salies, à Biarritz, pour se convaincre du bénéfice que le praticien a à retirer de l'étude de ces volumes de pratique courante. L'auteur n'a consacré que juste l'essentiel, et d'une façon très résumée, à ce qui a trait à l'étude physico-chimique de la station thermo-climatique; en revanche, par les exemples cliniques saisissants qu'il sait mettre en relief, il a pu constituer un véritable guide de thérapeutique hydrominérale pour les enfants.

Ce livre paraît 6 ans après son précédent; M. Ausset, sinistré totalement, a dû tout reconstituer, et il lui a fallu une énergie peu commune pour mener son œuvre à bien. Nous désirons ardemment la publication des livres ultérieurs que nous annonce l'auteur qui ne veut écrire qu'après avoir visité la station et l'avoir étudiée sur place.

L. G.

Thérapeutique oculaire, par le Dr Georges ROBERT, ancien assistant de la clinique nationale des Quinze-Vingts, ancien élève de l'Institut Pasteur. Préface du Dr KALT.

Ce petit livre a un objet bien défini, ce n'est ni un abrégé d'ophtalmologie, ni un « mémento » clinique à l'usage des spécialistes. C'est un précis de thérapeutique oculaire et son originalité est de n'être qu'un recueil de traitements exposés, classés et commentés.

Pour chaque maladie des yeux on y trouvera l'exposé complet de toutes les ressources thérapeutiques actuellement utilisées avec l'indication critique des traitements qui sont particulièrement recommandables. L'auteur entre dans les détails les plus minutieux de manière à adapter son livre aux exigences de la pratique, même la plus banale.

Destiné plus spécialement aux praticiens isolés tenus de donner les premiers soins, et souvent de traiter sans l'assistance d'un spécialiste les cas si variés de maladies des yeux, il leur servira de guide pour la pratique courante et leur permettra en présence des cas difficiles de se renseigner rapidement sur les moyens employés en semblable circonstance.

L'ouvrage comprend 14 chapitres traitant les maladies suivantes : « Les conjonctivites. — Les kératites. — Les opacites de la cornée. — Les sclérites. — Les blépharites. — Les maladies des voies lacrymales. — Les iritis. — Les cataractes. — Le glaucome. — Les plaies de l'œil. — Les lésions intraoculaires. — Le décollement de la rétine. — Les lésions nerveuses portant sur l'appareil de la vision. — Les méthodes d'anesthésie. »

Si l'auteur s'est efforcé d'être pratique, il s'est également efforcé d'être complet, et à ce titre son livre sera utile aux spécialistes auxquels il donnera, sous une forme dépouillée de toute bibliographie stérile, la substance de tout ce qui a paru concernant la thérapeutique oculaire dans la littérature française et étrangère de ces dernières années.

Traité d'éducation physique. I. *L'Enfant et l'adolescent* (2), par le Dr RUFFIER.

Ce livre est l'exposé des théories personnelles de notre confrère Ruffier qui, toute sa vie, fut un apôtre de l'éducation physique et qui, dès le début de ses études médicales, se montra un sportif scientifique. C'est dire qu'on lira ce traité avec intérêt et avec fruit même si on ne partage pas toutes les opinions de l'auteur.

L. G.

(1) In-18 de 300 pages. — Paris, A. Maloine et fils.
(2) Prix : 8 fr. — Lille, Plateau et Cie, 25, rue Nicolas-Leblanc.

(1) Un volume de 163 pages — Prix : 6 fr. net. — Paris, Masson et Cie.
(2) In-8 de 250 pages avec gravures. — Prix : 6 fr. — Paris, librairie Physis.

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

LÉGION D'HONNEUR. — Est promu dans l'ordre national de la Légion d'honneur à la dignité de grand'croix :

M. le Dr Roux (Pierre-Paul-Emile), directeur de l'Institut Pasteur, président du Conseil supérieur d'hygiène : principal collaborateur et disciple de Pasteur, a poursuivi, dans une vie admirable de simplicité, de modestie, de labeur et de dévouement, la grande œuvre du maître, notamment par ses recherches sur le croup; a vaincu cette redoutable maladie par sa découverte du sérum antidiphtérique qui a sauvé un nombre considérable d'existences. Président du Conseil supérieur d'hygiène. Directeur de l'Institut Pasteur auquel il a su donner une renommée universelle. Noble et grande figure entre toutes du monde scientifique. Grand officier du 9 août 1913. (*J. O.*, 27 août 1920.)

MARINE. — M. le médecin général de 2e classe Girard, directeur du Service de santé à Toulon, est nommé aux fonctions d'inspecteur général de l'hygiène et de la prophylaxie dans la marine (poste créé).

MINISTÈRE DES PENSIONS. — Ont été nommés inspecteurs généraux de 2e classe des services extérieurs du ministère des pensions :

MM. les Drs Pierre (Justinien), inspecteur général honoraire des services de l'hygiène et de la santé publique du gouvernement de l'Algérie; et Thiéry (Albert-Jules), médecin principal de 2e classe de complément.

CITATIONS A L'ORDRE DE L'ARMÉE. — Sont cités à l'ordre de l'armée : MM. les Drs :

M. Labadie (Jean), médecin-major de 1re classe à la compagnie hors rang du 130e d'infanterie : médecin-major d'un complet dévouement, au front depuis le début de la campagne. S'est dépensé sans compter pour venir en aide aux blessés. A été tué après avoir évacué seul la plus grande partie des blessés, le 28 septembre 1915, à Saint-Hilaire-le-Grand. (*J. O.*, 2 juillet 1920.)

Favier, m.-m. de 1re classe, chef du Service de santé de la place de Longwy : médecin-major animé du plus haut sentiment du devoir. Arrivé à son poste très fatigué, a fait preuve de remarquables qualités d'énergie et de volonté et a pris immédiatement la direction du service de l'hôpital de siège à laquelle il s'est consacré tout entier, se dépensant sans compter et donnant à tout son personnel l'exemple du dévouement le plus absolu. A prodigué ses soins aux blessés, de jour et de nuit, au risque d'aggraver son état de santé très précaire, avec une inlassable activité, malgré les dangers à courir, sous des casemates s'effondrant à chaque instant sous le bombardement. (*J. O.*, 8 juil. 1920.)

Jeandidier (Henri-Marie-Félix), m. a.-m. de 1re cl. du Service de santé de la 2e région (anciennement au 164e rég. d'infanterie) : médecin-major de haute valeur professionnelle, d'un courage remarquable et d'un dévouement au-dessus de tout éloge. A fait preuve d'un admirable esprit de sacrifice et s'est dépensé sans compter, de jour et de nuit, auprès des nombreux malades affluant de toutes parts à l'hôpital de siège, leur prodiguant ses soins sans relâche, sans repos, sans aucun souci des risques à courir, dans des conditions d'installation extrêmement périlleuses, pendant les 6 jours consécutifs du bombardement de la place de Longwy. (*J. O.*, 8 juil. 1920.)

PRIX LÉON RIBOUD. — Ce prix doit être attribué, tous les cinq ans, à un savant de Lyon ou de la région lyonnaise (Rhône, Ain, Isère, Loire et Saône-et-Loire), ayant au moins cinq ans de résidence qui, par ses travaux, par ses découvertes ou son enseignement, aura contribué au progrès de l'hygiène, de la santé publique ou des sciences médicales, particulièrement de celles qui ont pour but la protection de l'enfance.

Le prix Léon Riboud n'ayant pas été décerné en décembre 1915, il y aura lieu, cette année, de décerner deux prix.

Chacun s'élèvera à la somme de 9.400 fr. environ; ils seront décernés tous deux au mois de décembre 1920.

Les candidats devront déposer leurs titres ou mémoires avec un exemplaire des travaux qu'ils auront publiés au secrétariat de la Faculté de médecine de Lyon, au plus tard le 30 novembre 1920.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les Drs Louis de Boucaud, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux, et Alexandre Florance (de Cassis).

JURISPRUDENCE

RESPONSABILITÉ MÉDICALE.

INSTITUTS OU SONT PRÉTENDUMENT SOIGNÉES LES MALADIES DES VOIES URINAIRES

Dans certaines officines, qui sont appelées pour mieux tromper le public « Instituts » et où on prétend soigner et guérir « les maladies des voies urinaires », il s'agit beaucoup moins de l'exercice de l'art médical que de l'exploitation d'une entreprise commerciale, nuisible à la santé individuelle et à la santé publique. Ces officines sont incontestablement un danger pour la société, car elles ne sont soumises à aucun contrôle; elles reçoivent les ignorants qui croient être atteints d'une maladie dite *secrète*, ou encore les honteux qui n'osent pas se confier à leur médecin. Les uns et les autres préfèrent aller consulter un charlatan qui leur promet avec beaucoup d'assurance la guérison et la discrétion. Il est inutile de dire qu'ils n'en sont que les victimes; mais, heureusement, ce genre d'opérations n'est pas sans risque pour celui qui s'y livre.

Le tribunal correctionnel de la Seine a eu à s'occuper d'un de ces instituts, « l'Institut antibacillaire ». Le médecin qui l'avait créé n'envisageait que l'opération commerciale; il embauchait des médecins pour les consultations et les traitements, payés comme de simples employés. L'objet principal, et même presque unique de cet institut, était le traitement de la syphilis par l'arsenobenzol ou le novarsenobenzol, au moyen de piqûres.

En mai 1917, un employé, croyant être atteint *d'une maladie secrète*, se rendit chez le Dr L..., qui dirigeait l'Institut » et fut reçu par le Dr C..., qui, du premier coup, sans la moindre hésitation, diagnostiqua « chancre syphilitique », et le même jour pratiqua une injection intraveineuse d'arsenobenzol. Le traitement était institué d'avance pour sept injections. Après une injection qui fut pratiquée le 10 juin, le malade fut pris de malaises et de vomissements; transporté d'urgence à l'hôpital Beaujon le 13, il y décédait le même jour.

Les deux médecins furent poursuivis pour homicide par imprudence.

Le tribunal correctionnel ne prononça, dans son jugement du 10 janvier 1920 (*Gaz. trib.*, 26 et 27 juillet 1920), aucune sanction pénale. « Attendu, dit-il, que le délit d'homicide par imprudence étant de ceux compris dans la loi d'amnistie du 24 octobre 1919, il y a lieu de déclarer l'action publique éteinte à l'égard de L... et de C... » Mais l'amnistie ne s'appliquant pas à l'action civile, le tribunal condamna ces deux derniers à d'importants dommages-intérêts au profit de la veuve et de l'enfant né du mariage.

Le tribunal releva à l'encontre des deux médecins, l'un dirigeant la clinique, l'autre exécutant ses ordres, les fautes les plus lourdes :

« Attendu, dit-il, en ce qui concerne le traitement par l'arsenobenzol et le novarsenobenzol qui comporte des risques de mort, qu'il est indispensable tout d'abord de diagnostiquer d'une façon certaine que le sujet que l'on va traiter a bien un chancre syphilitique; que le médecin ne saurait se fier à un examen superficiel; que dans les cas où il subsiste un doute il doit recourir, suivant les circonstances, soit à l'examen à l'ultramicroscope, soit à la réaction de Wassermann; que se fier à un diagnostic qui est susceptible d'erreur, surtout quand on sait que le produit est dangereux, constitue une imprudence, pour le moins une négligence; qu'il y a lieu, une fois la maladie reconnue, d'examiner le malade, de se rendre compte de ses antécédents, de sa constitution, de son état général; par des analyses et examens de savoir comment se comportent le foie, le cœur, les reins, et après, le sujet étant reconnu le mieux possible, de doser les injections, de surveiller les réactions, d'apporter des modifications au traitement en modifiant les dosages ou même en supprimant les piqûres, de faire en un mot de la vraie médecine qui consiste à observer et soigner suivant les résultats des observations. »

Rien de tout cela n'avait été fait : « Attendu que le Dr C..., ajoute le jugement, qui était loin d'être un spécialiste, très âgé et débordé par le nombre de clients qu'on lui donnait à examiner et à piquer, n'a pas dès le début pris les précautions nécessaires pour s'assurer de l'état général du malade et par une série d'investigations s'il était réellement atteint de syphilis, et s'il était susceptible de supporter le traitement dangereux déjà pour des gens bien portants; qu'il a consenti à faire ce métier sans avoir des instruments nécessaires aux investigations, comme la prudence la plus élémentaire le recommandait et comme l'art médical l'impose; qu'au cours de ce qu'on appelle un traitement à cette clinique, il n'a pas examiné ni interrogé son malade qui vraisemblablement a eu des commencements d'intoxication causés par l'arsenobenzol; qu'on doit dire à sa décharge, si en pareille matière une excuse est possible, qu'il a accepté l'emploi que lui offrait L... avec ses conséquences, c'est-à-dire la situation pour lui de subordonné, obligé de s'incliner devant la méthode toujours la même de son patron, qui estimait superflus les examens ou analyses gratuits, et qui ne les recommandait que lorsqu'on y mettait le prix, comme le démontre le livre des traitements; que ces raisons auraient permis de retenir L... comme coauteur si la loi d'amnistie n'était intervenue. »

Le tribunal conclut, en disant que c'est en raison de ces séries de fautes, de ces négligences, omissions volontaires qui sont des imprudences que la mort de l'employé qui était venu à la clinique est survenue; qu'il ne s'agissait pas d'une erreur de diagnostic pour un mal invisible et incontrôlable; que le praticien se trouvait en face d'un mal qui souvent se reconnaît sans difficulté, mais que dans les cas douteux il doit contrôler, mal qui devait être soigné suivant l'état du malade et non « en continuant à piquer automatiquement sans s'inquiéter des conséquences immédiates ».

On ne peut qu'approuver ce jugement. Les tribunaux sont très prudents quand il s'agit d'apprécier une faute commise par un médecin dans l'exercice de sa profession; ils ont maintes fois déclaré qu'ils n'étaient pas juges de l'opportunité et de l'efficacité des traitements médicaux et ne pouvaient s'immiscer dans des questions scientifiques dont la solution devait être laissée à la conscience et à la capacité de l'homme de l'art. Mais, dans l'espèce dont nous venons de parler, il ne s'agissait pas véritablement de l'exercice de l'art médical, il s'agissait d'une entreprise commerciale qui n'avait nullement pour but de soigner et de guérir : l'application automatique et uniforme du traitement par l'arsenobenzol ou le novarsenobenzol à tout venant, sans tenir compte de son état individuel, en est une preuve suffisante.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

SOMMAIRE DES ANALYSES

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

ORTHOPÉDIE — CHIRURGIE INFANTILE

Par M. LANCE

ASSISTANT DE LA CONSULTATION D'ORTHOPÉDIE DES ENFANTS-MALADES

AFFECTIONS CONGÉNITALES

Les fistules mento-sternales (fistules congénitales, médianes, superficielles du cou). (L. MAUFRAIS. *Th. de Paris*, 1920; L. Arnette, édit.) — A côté des fistules cervicales congénitales latérales résultant d'un trouble évolutif du système branchial et des fistules médianes liées à la persistance totale ou partielle du conduit de la thyroïde médiane, il existe des fistules mento-sternales, médianes, superficielles, très différentes des précédentes au point de vue anatomo-pathologique. L'auteur en réunit 11 observations dont 2 inédites. Voici les caractères qu'il leur attribue : siège médian, situation superficielle sans aucune connexion avec les plans aponévrotiques sous-jacents, fistule allongée reliée au menton et au manubrium sternal par des tractus fibreux, ouverte en avant vers sa partie moyenne, coexistence fréquente d'anomalies osseuses au niveau de leur point d'attache sur le maxillaire inférieur, apparition dès la naissance, revêtement par du tissu pavimenteux stratifié à type cutané.

Pour l'auteur, leur mode de formation serait le suivant : enclavement ectodermique au niveau du carrefour mentonnier, soit au niveau des points de jonction du tuberculum impar avec les deux premiers arcs, soit au niveau de la soudure médiane des deux bourgeons maxillaires inférieurs. Cette ébauche fistulaire est ensuite étirée dans les deux sens par la déflexion de la tête et la descente de la masse cardio-péricardique.

Sur la technique opératoire du spina bifida. (J. R. EASTMAN. *The Journ. of the amer. med. Assoc.*, 17 janv. 1920, t. LXXIV, n° 3.) — L'auteur montre la grosse mortalité qui suit ces opérations. Il conseille de ne pas opérer ceux qui présentent une hydrocéphalie à marche progressive. La présence de paralysies ne constitue pas au contraire une contre-indication à l'opération. Quelques points de technique sont un peu particuliers. Pour prévenir l'écoulement abondant du liquide céphalo-rachidien au dehors, Eastmann préfère à la technique de Bablock qui opère l'enfant tenu la tête en bas hors du lit, prendre le collet du sac dans un clamp couvert de caoutchouc et faire juste au-dessous, sans ouverture, la ligature par transfixion. Pour prévenir l'infection postopératoire par les déjections il cout dès le début de l'opération une lame de caoutchouc à la peau de la partie supérieure des fesses. Après l'opération cette lame est rabattue sur le pansement. Ses trois bords non cousus fixés avec du sparadrap adhésif et le tout collodioné.

Spina bifida occulta et pied bot congénital. (BECK O. *Münch. med. Woch.*, 12 mars 1920, n° 11, p. 316.) — L'auteur défend la théorie que le pied bot congénital est souvent dû à une lésion du système nerveux en rapport avec un spina bifida occulta. Dans 12 cas il a trouvé des lésions vertébrales ou de la 1re sacrée. Dans un cas il y avait de l'hypertrichose cutanée et un ulcère perforant, dans un autre une petite cicatrice cutanée.

Contribution à l'étude clinique du spina bifida. (VAGLIO. *La Pediatria*, 1er janv. 1920, fasc. 1, p. 33.) — L'auteur rapporte les 23 cas de spina bifida observés en 6 ans à la clinique de Naples : 12 lombo-sacrés, 3 lombaires, 2 dorso-lombaires, 1 dorsal, 1 cervical. Les complications observées étaient : 6 pieds bots, 4 paralysies du membre inférieur, 1 syndrome de Little. L'auteur conseille de ne pas opérer trop tôt, la fermeture pouvant entraîner la production d'hydrocéphalie. Il vaut mieux attendre et pratiquer avant l'intervention le traitement antisyphilitique qui sera continué ensuite. Dans 9 cas, en effet, on relevait nettement des antécédents syphilitiques.

Névralgie lombaire et sacralisation de la 5e lombaire. (G. NOVÉ-JOSSERAND. *Lyon chir.*, nov.-déc. 1919, t. XVI, n° 6, p. 573-583, 5 fig.) — La 5e vertèbre lombaire peut présenter un développement anormal de ses apophyses transverses ou plutôt de ses costiformes qui se rapprochent des ailerons sacrés arrivant ou non au contact et pouvant se fusionner avec elles formant un sacrum à 6 vertèbres. Cette anomalie peut être bilatérale ou unilatérale. Cette dernière forme avait surtout été étudiée par les accoucheurs et les orthopédistes en raison des viciations pelviennes ou des scolioses qu'elle peut entraîner.

Depuis quelques années aux Etats-Unis (Adams, Goldthwait, Fassett, Richards), en Italie (Bertolotti, Rossi) avaient attiré l'attention sur les phénomènes douloureux que leur présence pouvait entraîner : inflammation des bourses séreuses formées entre la pointe de l'apophyse et l'os iliaque, compression des troncs nerveux.

Ces douleurs pouvaient nécessiter l'ablation de l'apophyse épineuse (4 obs.). Ces travaux tendaient à prouver que l'affection est très commune (Rossi, Richards). Chez nous quelques cas isolés avaient été publiés (Denucé, Calvé, Japiot et Santy). M. Nové-Josserand, en très peu de temps, a pu en trouver 5 observations. Il y a donc lieu, dans tous les cas de douleurs de la région lombaire, lombo-sacrée, sacro-iliaque et de sciatique, de pratiquer la radiographie de la région.

Cf. — Radiographie d'un cas de sacralisation de la 5e vertèbre lombaire. (Pl. MAUCLAIRE. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 21 avril 1920, n° 14, p. 612.)

Trois nouveaux cas de sacralisation de la 5e vertèbre lombaire. (*Id.*, n° 17, p. 756.)

Trois cas d'anomalie de la 5e vertèbre lombaire. (*Id.*, n° 30, p. 858.)

Sacralisation de la 5e vertèbre lombaire (4 cas). (DELHERM, THOYER-ROZAT et R. CHAPERON. *Soc. de radiol. méd. de France*, 13 juillet 1920.)

Sacralisation unilatérale de la 5e vertèbre lombaire : résection de l'apophyse transverse. Guérison. (M. NOVÉ-JOSSERAND. *Soc. de chir. de Lyon*, 1er juillet 1920.)

Sacralisation de la 5e lombaire et les accidents qui en résultent. (G. NOVÉ-JOSSERAND et A. RENDU. *Presse méd.*, 28 juillet 1920, n° 52, pp. 514-517, 10 fig.).

Une révolution dans le traitement de la luxation congénitale de la hanche chez le jeune enfant. (H. W. FRAUENTHAL. *The Journ. of the amer. med. Assoc.*, janv. 1920, vol. LXXIV, n° 2, p. 80.) — Le 17 octobre 1918 Frauenthal voulant montrer à des étrangers qu'on pouvait, chez le tout jeune enfant, réduire la luxation congénitale de la hanche sans anesthésie, en réduisit une chez un enfant de 2 ans, puis il voulut la reluxer et n'y arriva pas ; après 10 minutes d'efforts il laisse l'enfant se lever, marcher, il la revit 8 jours, après la luxation ne s'était pas reproduite.

Depuis lors il a appliqué cette méthode dans 25 cas et n'a eu qu'un seul cas de reluxation.

D'après les travaux de SS. Davis, John Ridlon, Ralph

Thomson, dans la luxation congénitale de la hanche la tête et l'acétabulum seraient normaux tant que l'enfant n'a pas marché. La déformation de la tête fémorale serait produite par l'arrêt de la circulation dans le ligament rond étiré et rompu par ascension progressive.

Frauenthal pense que, jusque vers deux ans et demi, on peut ainsi réduire sans anesthésie et sans appareillage les luxations de la hanche.

Nous ne soulignerons pas tout ce que ces affirmations viennent contredire dans les constatations faites jusqu'à ce jour chez les luxés très jeunes. On sait que, alors que des orthopédistes nombreux conseillent de réduire le plus tôt possible les luxations congénitales, beaucoup d'autres attendent encore l'âge de 4 ans, arguant de ce fait que, plus tôt, la stabilité de la réduction est très aléatoire. Il est parfois difficile de les maintenir réduits sur la table opératoire et même dans le plâtre. Il y a loin de là à les faire marcher.

La personnalité de Frauenthal, chirurgien d'un grand hôpital de New-York, exige qu'on ne rejette pas ses dires sans les avoir vérifiés.

Contribution à l'étude des os surnuméraires du tarse. (M. Lupo. *La Chir. degli organi di movimento*, mai 1920, vol. IV, fasc. 2, p. 141-163, 13 fig.) — La présence de ces os surnuméraires est importante à connaître : 1° au point de vue médico-légal pour ne pas les confondre avec des fractures des os du tarse ; 2° parce que leur croissance est souvent accompagnée de phénomènes douloureux qu'il ne faudrait pas rattacher par exemple à un traumatisme. Ils sont souvent bilatéraux, ce qui est un grand appoint pour le diagnostic. Le plus fréquent est l'os tibial externe ou scaphoïde accessoire (11 à 12 p. 100 des sujets) dont la présence peut entraîner du valgus et une forme spéciale de tarsalgie des adolescents qu'il ne faut pas confondre avec cette autre affection du scaphoïde : la maladie de Kohler.

Plus rares sont l'os trigone ou astragale accessoires (8 p. 100), os péronier ou cuboïde accessoire (8 p. 100), l'os vesalien (noyau accessoire de la partie proximale du 5e métatarsien) très rare.

L'os intermétatarsien est bien plus fréquente (10 p. 100), sa soudure au 1er cunéiforme est fréquente, et le rôle qu'il peut prendre dans la création de l'hallux valgus est discuté. L'auteur montre une radiographie dans laquelle cette action paraît indiscutable.

Le cuboïde secondaire (qu'il ne faut pas confondre avec le cuboïde accessoire) se trouve sur la face plantaire dans le prolongement de la corne interne du scaphoïde (quelques cas) ; le calcanéum supernuméraire, prolongement du sustentaculum tali (2 à 3 p. 100) ; l'intercunéiforme entre les 1er et 2e cunéiformes (2 cas) ; le 1er cunéiforme bipartitum (3 p. 100) ; le processus calcanéen du péroné, prolongement de la malléole externe, et pouvant donner lieu à des phénomènes inflammatoires simulant une ostéite de la malléole ; le processus trochléaire de l'astragale, formation accessoire simulant une exostose sur la face dorsale de la tête de l'astragale ; l'os sous-tibial, formation osseuse située juste sous la pointe de la malléole interne (quelques cas).

L'auteur expose en détail les modalités de ces diverses formations. L'article est suivi d'une bibliographie complète.

Cf. — Les os surnuméraires du pied. (Ch. Loyer. *Th. de Paris*, 3 juillet 1920.)

AFFECTIONS ACQUISES

Le traitement chirurgical de la scoliose. (Mackenzie Forbes. *The Journ. of orthop. surg.*, juin 1920, vol. XVIII, n° 6, p. 357.) — L'auteur expose les raisons pour lesquelles aucune forme de traitement ne peut donner la guérison dans la scoliose avec déformations osseuses. On doit donc se contenter comme formule de traitement : 1° d'obtenir la meilleure correction possible ; 2° de maintenir cette correction.

Il se demande si le meilleur moyen de maintenir la correction obtenue n'est pas l'ostéosynthèse de la colonne vertébrale selon la technique de Hibbs. Il l'a employée en 1913 pour un cas de scoliose paralytique.

Il a eu récemment la preuve de l'efficacité de l'intervention en réopérant un malade qui avait subi cette opération un an avant. Entre les lames et les apophyses épineuses un épais pont osseux était formé.

L'auteur recommande pour les scoliotiques : 1° de mettre les malades le plus rapidement possible en corset après l'opération, au bout de 8 jours de les y laisser 3 mois ; 2° d'opérer en deux temps d'abord la région lombaire, puis la région dorsale.

Cf. — Le traitement orthopédique opératoire de la scoliose. (G. Leclerc. Rapport de M. Th. Tuffier. *Soc. de chir.*, 10 fév. 1920, *Bull. et mém.*, t. XLVI, n° 7, p. 274. Discussion : Mouchet, Mauclaire, Tuffier.)

Considérations mécaniques sur le traitement du mal de Pott par les greffes osseuses. (Mme Bl. Galland. *Th. de Paris*, 1920 ; A. Maloine, édit.) — Dans le mal de Pott l'ostéosynthèse au moyen de greffons réunissant les apophyses épineuses ou les lames vertébrales des vertèbres malades et d'un certain nombre de vertèbres saines au-dessus et au-dessous a pour but tout d'abord d'immobiliser complètement les vertèbres malades et ensuite de permettre la station verticale sans avoir à craindre l'inflexion du rachis en avant au niveau des vertèbres détruites, de prévenir la formation de la gibbosité.

L'auteur a cherché à se rendre compte si cela est possible. Expérimentalement il montre que l'effort que le greffon a à supporter est un effort d'élongation, les apophyses épineuses tendant à s'écarter les unes des autres. Cet effort ne se produit qu'au niveau même du foyer. Il n'y a pas d'effort d'incurvation en ce point tant que l'élongation n'a pas été produite ; si le greffon dépasse le foyer par le haut et le bas, au niveau de vertèbres saines, non détruites, il ne fera en ces points que s'opposer à la flexion physiologique de la colonne. Il est donc inutile. On peut donc concevoir un greffon court limité aux apophyses des vertèbres lésées.

Passant à l'application de ces données théoriques au traitement du mal de Pott, l'auteur pense que le greffon long tel qu'il est appliqué actuellement chez l'enfant (méthode d'Albee, de Hibbs) est inutile et peut être nuisible au point de vue orthopédique. Chez l'enfant on pourrait envisager l'application précoce d'un greffon court localisé aux vertèbres malades. Mais le décubitus devra être continué jusqu'à la guérison.

Chez l'adulte soumis à des rechutes fréquentes l'ostéosynthèse avec un greffon long est une excellente opération à la fin du traitement classique et « comme complément de celui-ci agit comme un verrou de sûreté. »

Cf. — Chirurgie orthopédique opératoire du mal de Pott. (Tuffier. *Le Monde méd.*, 1er-15 mars 1920, n° 569, p. 129.)

Traitement opératoire de la tuberculose spinale. (J. Fraser. *Edimburgh med. Journ.*, 20 janv. 1920, t. XXIV, n° 1.)

Traitement opératoire du mal de Pott. (P. Barbarin. ... du ... grès méd., 25 janv. 1920, n° 4, p. 35.) ... une frac-

... contusion de la

Les lésions de la tête humérale dans les ...ute directe sur le
...vantes de l'épaule. Etude radiographiq...s dans l'axe du col.
de Paris, 1920.) — Très important tr... saillie trochantérienne,
L'auteur s'efforce d'abord de démon... et flexion. L'abduction
divante ne survient pas dans les m... venant buter contre le
conséquence d'une luxation trau...hie confirme le diagnostic.
l'adolescence, chez la femme, les ...ion par tractions longitudi-
l'absence ou insuffisance du tra...le. Au contraire l'abduction
lité de la réduction, l'impoten... d'appui du contact du grand
coexistence avec l'épilepsie, le ...idien est facile. La position
veuses, en font une affection à ...hue dans un appareil plâtré

lésion préexistante de l'articulation, opinion déjà soutenue par Grégoire (*Revue d'orthop.*, 1er janv. 1913, n° 1, p. 15). Mais l'auteur réfute l'opinion que cette lésion préexistante consiste dans une minceur ou une dilatation anormale de la capsule. Il s'agit pour lui d'une déformation de la tête humérale.

L'encoche osseuse, décrite en arrière de la tête humérale et à laquelle Grégoire fait jouer le rôle capital dans la production de la luxation, n'est que secondaire pour Audibert.

L'examen des radiographies lui a montré la présence de lésions analogues à la coxa vara; c'est l'humérus varus par fermeture des angles normaux d'inclinaison et de déclinaison de l'épiphyse supérieure. Il y a eu, en outre, allongement du col, aplatissement de la tête, d'où les aspects de la tête dits en maillet, hachette, hallebarde. La luxation résulte donc du défaut de congruence des surfaces articulaires.

L'affection n'est pas d'origine congénitale et rentre dans les affections dystrophiques de l'adolescence. C'est, dit l'auteur du « Rachitisme tardif », une explication qui ne fait que reculer la solution du problème.

La présence de ces déformations primitives, cause de la luxation récidivante, nous explique les échecs des capsullorraphies; d'après l'auteur, il faut s'attaquer à la tête humérale elle-même, résection de la tête, et, pour éviter l'ankylose, reposition du cartilage diarthrodial sur la diaphyse. Ce travail est suivi d'une bibliographie très complète.

La luxation récidivante de l'épaule. (R. Ollerenshaw. *The Journ. of orthop. surg.*, mai 1920, vol. II, n° 5, p. 255; *Brit. med. Assoc.*, nov. 1919.) — L'auteur rapporte 4 cas. On a le choix entre 3 méthodes de traitement : le plissement de la capsule, la résection de la partie antéro-inférieure de la capsule, l'opération de Clairmont. Celle-ci consiste à détacher de la partie postérieure du deltoïde un long et mince lambeau que l'on fait passer à travers le quadrilatère tendineux de l'aisselle en avant de l'épaule pour le fixer à la partie antérieure du deltoïde. On a ainsi une anse musculaire qui soutient, bride la tête humérale par le bas.

C'est à cette méthode que Ollerenshaw donna la préférence. Dans la discussion qui suivit, d'autres auteurs apportent 5 autres opérations analogues suivies de succès. Dans un cas cependant le deltoïde fonctionna très mal par la suite.

Au contraire, la plupart jugent le plissement de la capsule insuffisant et exposant à des récidives. D'ailleurs on ne trouve pas toujours la capsule distendue, ce qui rend le plissement très difficile.

S. Alwyn Smith (Cardiff) propose une autre opération. Comme la reluxation se produit toujours dans l'abduction du bras au delà de 60°, dans un cas il limita cette abduction au moyen d'une bande de fascia lata fixée d'une part à l'humérus et de l'autre au scapulum.

Les luxations récidivantes de l'épaule. Pathogénie. Traitement. (J. de Fourmestraux. *Arch. méd.-chir. de province* (Tours), janv. 1920, t. X, n° 1.) — L'auteur arrive à la conclusion que la cause de la récidive est une déformation de la tête humérale, en particulier l'encoche postéro-externe décrite par Grégoire. Le traitement consistera donc, soit en résection de la tête sous forme d'évidement, soit mieux en remodelage de la tête avec comblement de l'encoche par un greffon ostéopériostique.

Sur la « spalla vara ». (E. Angeletti. *La Chir. degli organi di mov.*, déc. 1919, vol. 3, fasc. 5-6, p. 513-534, 19 fig.) — L'auteur reprend la question de l'humérus varus qu'il avait étudié dans des publications antérieures et en apporte 6 observations avec radiographies. Il en rapproche l'examen de trois pièces anatomiques de l'Institut Rizzoli.

Dans ces cas la tête humérale est épaissie, présente une inclinaison anormale sur la diaphyse (80° à 115° contre 130° à 140° qui constitue la normale).

La grosse tubérosité devient saillante anormalement. Il y a limitation de l'abduction active et passive à 35° ou 40°. Constamment l'humérus présente un arrêt de croissance avec raccourcissement de 4 à 7 cm.

Dans 2 cas, chez des adolescents, l'auteur a observé sur la radiographie des altérations du cartilage de conjugaison soudé à sa partie interne, tandis que la partie externe continue à proliférer. La cause la plus fréquente de cette lésion serait le traumatisme. A côté du décollement épiphysaire l'auteur invoque des petits traumatismes répétés. Dans un cas l'affection aurait succédé à une ostéomyélite de la première enfance. Enfin, 3 cas sont attribuables respectivement au rachitisme, au crétinisme, à une chondro-dystrophie.

Le traitement opératoire de la luxation paralytique irréductible de la hanche. (Ellis Jones. *The Journ. of orthop. surg.*, avril 1920, vol. II, n° 4, p. 183-195, 14 fig.) — En 1913, Albee a proposé une opération pour reconstituer le toit du cotyle, inexistant ou détruit dans les luxations congénitales ou paralytiques de la hanche. Cette opération consiste à inciser au-dessus du cotyle semi-circulairement l'os iliaque, fracturer en bois vert ce nouveau sourcil, l'abaisser et le maintenir abaissé par des cales osseuses prises dans un greffon tibial.

E. Jones a employé cette méthode avec succès dans 4 cas de luxation paralytique « simple » (il entend sans doute par là les subluxations, forme habituelle des luxations paralytiques dans lesquelles la tête n'est pas sortie en entier du cotyle mais où le cotyle s'est agrandi, a émigré vers le haut).

Il donne ici une observation très intéressante de luxation irréductible (luxation complète) traitée par cette méthode. Chez un jeune homme de 18 ans atteint de poliomyélite à l'âge de 18 mois, la réduction de la luxation est faite par traction progressive sur une table orthopédique au moyen d'une broche de Steinman passée dans le fémur, ténotomie du psoas, des adducteurs et du quadriceps, puis ouverture de l'articulation par section du grand trochanter, remodelage de la tête fémorale, creusement de l'acétabulum; la mise en abduction amène alors la tête dans le cotyle. On pratique alors l'opération d'Albee pour la réfection du toit cotyloïdien; fermeture de l'articulation et suture du grand trochanter; fermeture des téguments; grand spica plâtré des orteils au mamelon. La hanche reste fixée 4 mois, puis massage et mobilisation. Revu 7 mois après l'opération, le membre en bonne position avec une chaussure surélevée de 10 cm., la flexion volontaire de la hanche atteint 60°.

Ce résultat est incontestablement supérieur aux méthodes habituelles de traitement de cette affection visant à établir l'arthrodèse de l'articulation.

La seule objection est la multiplicité des actes opératoires, broche de Steinman, ténotomies, section du trochanter, modelage des extrémités articulaires, réduction, section du sourcil, greffon tibial. La durée de l'opération doit être très longue (l'auteur ne la note pas) et les dangers de shock considérables.

Le traitement de la luxation centrale du fémur. (Royal Whitman. *Annals of surg.*, janv. 1920, n° 1, vol. 71.) — La luxation de la tête fémorale dans le bassin par fracture du fond du cotyle est une affection souvent prise pour une fracture du col fémoral ou même prise pour une contusion de la bouche et méconnue. Elle est due à une chute directe sur le grand trochanter, le choc étant transmis dans l'axe du col. Elle se traduit par un effacement de la saillie trochantérienne, la position du membre en adduction et flexion. L'abduction est impossible, le grand trochanter venant buter contre le rebord cotyloïdien. La radiographie confirme le diagnostic.

L'auteur montre que la réduction par tractions longitudinales ou en adduction est difficile. Au contraire l'abduction forcée se servant comme point d'appui du contact du grand trochanter sur le rebord cotyloïdien est facile. La position d'abduction extrême est maintenue dans un appareil plâtré

plusieurs mois, puis le membre est mobilisé. Dans les cas où la réduction est impossible l'ostéotomie sous-trochantérienne redonne une partie de l'abduction.

L'ostéo-chondrite déformante infantile de l'épiphyse fémorale supérieure. (H. MÉRINE. *Th. de Paris*, 1919-1920. Librairie littéraire et médicale.) — Important travail d'ensemble sur la question contenant, recueillies à l'hôpital de Berck, 14 observations de cette affection assez rare et confondue avec la coxalgie jusqu'en 1910 où Legg en Amérique, Calvé en France, la décrivirent.

Le début ressemble cliniquement à la coxalgie, mais en général les symptômes cessent spontanément au bout de quelques mois. Il ne persiste que de la limitation des mouvements en rapport avec les déformations osseuses. C'est l'aspect radiographique qui est caractéristique. Bien étudié par l'auteur, il montre que la maladie évolue en 2 périodes :

1° Lésions du noyau osseux épiphysaire qui est fragmenté et parsemé de taches de raréfaction osseuse, ses bords sont flous. Le col est peu déformé.

2° L'épiphyse s'aplatit en croissant, en galette, les contours deviennent nets. Le col est gros, raccourci, mais ne s'infléchit pas en coxa vara comme le disent la plupart des auteurs. Le cartilage articulaire est intact. Il n'y a pas d'arthrite vraie.

Il s'agit donc d'une lésion du noyau osseux épiphysaire.

L'auteur discute toutes les théories pathogéniques proposées et les rejette toutes, la plus vraisemblable est qu'il s'agit d'une ostéite atténuée.

L'important est de savoir distinguer de la coxalgie cette lésion qui guérit en 1 an avec ou sans traitement, et au cours de laquelle le port du plâtre, inutile, doit être proscrit.

Cf. — Historique de l'ostéochondrite. Maladie de Legg-Perthes-Calvé. PERTHES. *Terchabbe J. chir.*, 7 fév. 1920, 47, n° 6, p. 598.

Une opération pour pied creux. (R. A. HIBBS. *The Journ. of. the Am. Med. Ass.*, n° 21, 22 nov. 1919.) — Dans cet article, Hibbs décrit une opération qu'il pratique, depuis 1916, pour les pieds creux et qu'il a employée dans 25 cas.

Elle se compose de deux temps. Dans le 1er temps il désinsère les muscles et aponévroses plantaires de la face inférieure du calcanéum par une technique analogue à celle de Steindler. Ceci permet le redressement forcé de la voûte plantaire. Pour maintenir le redressement, Hibbs fait une transposition d'insertion des extenseurs des orteils. Sur le dos du pied, un peu en dehors de la ligne médiane, une incision de 5 à 6 cm. permet de découvrir les tendons de l'extenseur commun et le 3e cunéiforme. On coupe alors aussi près que possible des orteils les tendons de l'extenseur. Le bout supérieur est introduit dans un tunnel creusé dans le 3e cunéiforme et suturé au catgut chromé. Botte plâtrée en hypercorrection pendant 5 semaines. On la rend alors amovible pour commencer la mobilisation et le massage qu'on pratique pendant 6 semaines, mais au bout de 8 jours le plâtre peut être supprimé et la marche permise.

Hibbs conseille de ne pas pratiquer dans ce temps opératoire la ténotomie du tendon d'Achille, qui est un puissant point d'appui pour les manœuvres de correction. En cas d'équinisme on le sectionnerait 6 mois après.

La dénudation du calcanéum. (A. STEINDLER. *The Journ. of. orth. surg.*, janv. 1920, vol. 2, n° 1, p. 8.) — L'auteur décrit sous ce nom une opération qu'il pratique depuis 1916 (voir *surg., gynécol. and obst.*, mai 1917) pour la plupart des cas de pieds creux. Dans ces cas il y a une rétraction considérable des muscles de la plante du pied en particulier l'adducteur et court fléchisseur du pouce. La section de l'aponévrose plantaire pratiquée couramment dans ces cas est insuffisante. Il faut aller détacher de leur insertion au calcanéum ces modèles, et aussi l'insertion de l'aponévrose plantaire profonde à cet os.

L'opération consiste à pratiquer une incision horizontale, depuis la pointe du talon jusqu'au tubercule du calcanéum en suivant le bord interne du pied, l'aponévrose superficielle est disséquée, et incisée sur la face inférieure du calcanéum. Avec une courte rugine on dénude toute la face inférieure du calcanéum de ses insertions musculo-apénévrotiques, en poussant en avant et en dehors jusqu'à l'articulation calcanéo-cuboïdienne. En ne quittant pas l'os il n'y a pas de danger d'atteindre les nerfs et vaisseaux plantaires.

Steindler a opéré ainsi depuis 1916, 51 cas de pieds creux variés (paralytiques, spasmodiques, traumatiques, pieds bots congénitaux), l'opération a été pratiquée seule dans 12 cas, associée avec des redressements forcés, transplantations, sections tendineuses, dans les autres cas. Les résultats éloignés sont bons.

Traitement chirurgical de l'hallux valgus. (M. TAVERNIER. *Soc. de chir. de Lyon.* Séance du 18 déc. 1919. *Lyon chirurgical*, janv.-fév. 1920, t. XVII, n° 1, p. 147. — Juvara a proposé récemment (voir *Presse méd.*, 17 juillet 1919) pour remédier à l'hallux valgus de réséquer sur la diaphyse du métatarsien un coin osseux à base externe suivi d'ostéosynthèse. On ramène ainsi en dehors la tête du métatarsien et l'orteil se remet dans son prolongement. Cette intervention suppose que la déformation est due à une déviation non de la phalange sur le métatarsien mais primitivement du métatarsien (orientation vicieuse de son épiphyse ou anomalie du 1er cunéiforme). Pour comparer les résultats de cette intervention avec celle classique, de la résection de la tête du métatarsien, Juvara sur un malade atteint de double hallux valgus a pratiqué les 2 opérations.

M. Leriche sur 3 malades a fait aussi d'un côté l'opération de Juvara de l'autre la résection de la tête.

Les 2 auteurs arrivent à ce résultat que l'opération articulaire donne un résultat morphologique plus parfait, l'épaississement du métacarpien dans le Juvara oblige à porter une chaussure spéciale, par contre l'opération articulaire a un résultat fonctionnel moins bon, le malade souffre un peu et se fatigue vite à la marche, l'articulation reste sensible. L'opération de Juvara est plus délicate et plus longue que l'opération articulaire, mais cette difficulté est largement compensée par la supériorité du résultat.

Aux pieds sensibles. (ROUX. *Revue méd. de la Suisse romande*, fév. 1920, 40e année, n° 2, p. 61-83, 25 fig.) — Dans cet article écrit dans le style humoristique qui lui est propre, Roux (de Lausanne) étudie les diverses difformités dues aux chaussures défectueuses de forme, en particulier l'hallux valgus.

Il passe en revue toutes les méthodes opératoires imaginées pour remédier à cette difformité, et montre que celle qui donne les meilleurs résultats est la résection d'un bout du 1er métatarsien faite assez haut et loin de l'articulation. On effectue ainsi le télescopage du gros orteil qui, devenu plus court que le 2e, s'appuie sur lui et ne peut plus se dévier en dehors. Il est inutile de compléter par une opération sur le tendon de l'extenseur dévié vers le dehors, comme on l'a préconisé. Les mouvements de l'orteil sont conservés.

Roux rapporte aussi 2 cas d'une petite opération originale et dont il se montre très satisfait. Dans ces cas la marche était douloureuse parce que sous la tête saillante des métatarsiens (le 1er dans un cas, le 5e dans l'autre) la peau était amincie, privée de son matelas graisseux normal. Roux, par une petite incision sur le bord du pied, glisse sous la tête métacarpienne un lambeau de graisse pris sous la peau des lombes. Le soulagement a été remarquable et se maintenait au bout d'un an.

AMPUTATIONS — APPAREILLAGE

De la restauration fonctionnelle du pouce par libération du 1er métacarpien. (L. ROMAIN. *Th. de Paris*, 1920, Jouve et Cie, édit.) — A propos d'une observation de M. Ombré-

danne, l'auteur passe en revue toutes les observations analogues dérivant de l'ancienne opération de Guermonprez (de Lille).

Lorsque le pouce a été détruit avec conservation du métacarpien on peut augmenter la saillie de celui-ci, le libérer de ses attaches au 2e métacarpien et créer ainsi un rudiment de pouce mobile. L'auteur discute surtout 2 points : 1° faut-il ou non sectionner le faisceau transverse de l'adducteur du pouce jusqu'à la base du métacarpien? Il montre que cette section augmente notablement la longueur du néopouce ; il possède encore de l'adduction pure par les faisceaux obliques de l'adducteur et l'opposant, mais elle diminue la force des mouvements; 2° faut-il conserver ou enlever le 2e métacarpien si l'index est aussi absent. Cela dépend de l'intégrité des autres doigts et de ce qui reste de pouce. Si la première phalange du pouce persiste au moins en partie et si le médius et l'annulaire sont intacts, l'ablation du 2e métacarpien est avantageuse, surtout s'il s'agit d'un travailleur manuel. Si, au contraire, le pouce est réduit au métacarpien, si les autres doigts ont été amputés, il ne faut pas enlever le 2e métacarpien qui formera avec le pouce les 2 mors de la pince.

Cf. — Résultat éloigné d'une transplantation du gros orteil en remplacement du pouce. (O. LAMBRET. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 11 mai 1920, t. XLVI, n° 16, p. 689.)

Recherches anatomo-physiologiques sur le pouce et l'index en vue d'une méthode de substitution de l'index au pouce. (L. TONNINI. *La Chir. degli org. di mov.*, mai 1920, vol. IV, fasc. 2, p. 213-238, 15 fig.) — L'auteur étudie d'abord longuement l'action des divers muscles du pouce et de l'index sur le cadavre et sur le vivant, puis il propose d'après des pièces anatomiques une technique opératoire pour la substitution de l'index au pouce absent. Il suppose un 1er cas dans lequel il ne reste qu'un fragment de métacarpien et montre comment on peut venir y suturer le 2e métacarpien sectionné et réinsérer sur ce métacarpien les muscles courts du pouce (adducteur, court abducteur) et les fléchisseurs et extenseurs du pouce sur ceux de l'index.

Dans les cas où le pouce a encore son métacarpien et conservé un bout de phalange, deux cas peuvent se présenter : si le bout de phalange est immobile, il vaut mieux l'enlever et modifier le 1er métacarpien pour y suturer le métacarpien de l'index. Si le bout de phalange est resté mobile on peut y greffer l'index amputé au niveau de sa 1re phalange.

Les amputations des deux membres supérieurs. Leur appareillage. (M. FRŒLICH. *Revue d'orthop.*, mai 1920, 27e année, n° 3, p. 233.) — Les amputés doubles des membres supérieurs sont parmi les plus intéressants de tous. Ils sont heureusement rares (64 blessés de guerre en France). M. Frœlich décrit avec soin les divers appareils de prothèse qui leur conviennent :

1° Les pinces ou les mains diverses actionnées, soit par les mouvements de flexion, extension du coude, soit par la pronation de l'avant-bras, soit les mouvements de l'épaule, ou la pression du bras sur le thorax, ou plusieurs de ces mouvements associés;

2° Les ustensiles variés à manche spécial employés dans la vie courante (cuiller, fourchette, couteau, gobelet, etc.) se fixant par simple pression sur une gaine métallique au bout du moignon. Ces ustensiles sont fixés sur un râtelier devant l'amputé qui peut les placer ainsi lui-même;

3° Une simple gaine de caoutchouc sous laquelle, par simple pression, l'amputé peut fixer les mêmes ustensiles.

L'auteur montre que, en résumé, l'amputé des deux avant-bras, grâce à son appareillage, peut non seulement satisfaire à tous les besoins de la vie courante mais encore se livrer à un travail rémunérateur.

L'amputé des 2 bras peut encore manger et boire seul, mais, sauf de très rares exceptions, aucun travail véritable ne lui est possible.

L'auteur discute ensuite les avantages et inconvénients des amputations cinématiques. Dans les amputations simples, de sa propre expérience et des communications faites, il conclut que la force déployée par les muscles isolés du moignon est très faible, insuffisante pour actionner un instrument de travail. Le rendement pratique ne lui paraît pas compenser le danger de diminuer la longueur du bras de levier. Dans les amputations doubles, au contraire, la création d'anses musculaires rétractiles pourrait être envisagée, non pour des appareils de travail, mais pour une prothèse appropriée aux actes usuels de la vie.

Les amputations cinéplastiques. (Discussion à l'*Association orthopédique Britannique*, nov. 1919. *The Journ. of. the orth. surg.*, avril 1920, vol. II, n° 4, p. 211 à 224.) — A la suite du désastre d'Adoua (1896) en Abyssinie, beaucoup de soldats rentrèrent mutilés en Italie. Un médecin d'Empoli, Vanghetti, proposa en 1898 de modifier les moignons de manière à pouvoir utiliser les muscles qu'ils contiennent pour mouvoir les segments des membres artificiels. Sous son impulsion inlassable en Italie des essais furent tentés en ce sens, et, depuis la dernière guerre, de nombreuses publications de Pellegrini, Pieri, Putti, etc., annoncent des résultats nombreux et impressionnants.

L'association anglaise d'orthopédie vient de discuter cette question. Après un exposé de E. Muirhead Little (Londres), S. Alwyn Smith (Cardiff), M. Fitz Maurice-Kelly (Brighton), Blundell Bankart (Londres), Rowley Bristow exposèrent leurs résultats personnels et présentent des malades.

De cette discussion ressortent un certain nombre de points très intéressants.

On peut utiliser les muscles des moignons de 2 manières :

1° Soit en isolant dans le moignon un ou plusieurs muscles ou groupes de muscles dans lesquels on ménage un tunnel qui est ultérieurement garni de peau. L'os exubérant est alors réséqué. L'opération fournit une ou plusieurs anses rétractiles, dans lesquelles on attache les cables de traction des appareils prothétiques.

2° En formant avec les groupes musculaires détachés du moignon des massues renflées à l'extrémité. Autour de ces massives contractiles recouvertes de peau, sont passés des anneaux métalliques qui servent d'attache aux cables de traction.

En Italie et en Allemagne (Sauerbruch), c'est la tunellisation qui est de préférence employée.

Au contraire tous les chirurgiens anglais se prononcent énergiquement en faveur de la massue. Voici les raisons qu'ils invoquent : la tunellisation donne de fréquents échecs, le tunnel se comblant avec du tissu de cicatrice. Si le canal persiste, la peau qui le recouvre est le plus souvent le siège d'eczéma, de crevasses qui rendent son utilisation impossible. De plus, la création d'un tunnel forme une cicatrice dans le muscle et lui retire de la contractilité.

La massue peut être faite beaucoup plus longue que l'anse et donnera par conséquent un raccourcissement de contraction beaucoup plus grand.

Les massues fournissent une surface de contre-pression qui empêche la prothèse de glisser.

En fait les chirurgiens anglais qui ont été en Italie voir les résultats obtenus ont vu de nombreuses anses, mais bien peu pouvant utiliser autre chose qu'une prothèse esthétique, pas de prothèse de travail et toujours une seule anse contractile et non des anses à 2 anneaux pouvant actionner des appareils à mouvements alternatifs.

La création des massues faites par les chirurgiens anglais n'a pas été aussi sans certains mécomptes.

Tous conviennent qu'il faut faire des lambeaux larges et longs, par conséquent sacrifier une bonne longueur du

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

De Nice à Mulhouse. La plus merveilleuse excursion de montagne du monde entier. — Partir de Nice, sur la Côte d'Azur, pour aboutir à Mulhouse, en Alsace, en longeant les plus hauts sommets des Alpes, du Jura et des Hautes-Vosges, voilà, pour les touristes qui désirent se reposer tout en employant utilement leurs vacances, une attraction sans pareille et véritablement féerique.

Au cours de cette merveilleuse randonnée, qui peut être réalisée en 8 étapes au moyen des services automobiles P.-L.-M. de la route des Alpes et du Jura, le voyageur parcourt une magnifique route de 1.200 kilomètres en passant par le col de la Cayolle (2.352 m.), Barcelonnette, le col de Vars (2.155 m.), le col d'Izoard (2.409 m.), Briançon, le col du Lautaret (2.075 m.), Grenoble, le massif de la Grande-Chartreuse, Chambéry, le lac Saint-Gervais, Chamonix, Evian, Genève, le lac Léman, le col de la Faucille (1.323 m.), Champagnole, Besançon, Belfort, le Ballon d'Alsace (1.245 m.) et Thann.

Pour plus amples renseignements, demander le prospectus-horaire à l'Agence P.-L.-M., 88, rue St-Lazare, à Paris, aux bureaux de ville, bureaux de renseignements du réseau et aux agences de voyages.

Circuit automobile de l'Avallonnais. — Les touristes désireux d'excursionner dans l'Avallonnais apprendront avec plaisir que la Compagnie P.-L.-M. organise dans cette région, au départ d'Avallon, jusqu'au 26 septembre 1920, un circuit automobile permettant de visiter, dans la même journée, le Monastère de la Pierre-qui-Vire et son curieux calvaire, Quarré-les-Tombes, Chastellux et son château, Pierre-Perthuis avec son admirable panorama sur la Vallée-de-la-Cure, Saint-Père, Vézelay et sa remarquable église de la Madeleine de pure style roman, Pontaubert, etc.

Pour plus amples renseignements, demander le prospectus spécial à l'Agence P.-L.-M. de renseignements, 88, rue Saint-Lazare, à Paris, aux bureaux de renseignements, bureaux de ville, agences de voyages, etc.

membre; 6 à 7 cm. 1/2 semblent les limites qu'il ne faut pas dépasser de peur de manquer de nutrition circulatoire et nerveuse. Les muscles tendent à se rétracter dans leur gaîne de peau et les massues sont réduites rapidement à des poches de peau si on n'a pas recours à certains artifices de fixation qui sont longuement développés. L'extrémité de la massue a tendance à s'atrophier et à laisser glisser l'anneau. Pour éviter cet inconvénient, il est indispensable qu'elle contienne un nodule osseux. Ces nodules osseux loin de s'atrophier s'accroissent (R. Jones).

Les lieux d'élection pour opérer sont :

Au coude (désarticulation ou amputation près du coude), une massue antérieure avec un morceau d'humérus sur lequel s'insère le brachial antérieur; une massue postérieure avec un morceau d'humérus portant l'insertion du tricep.

Au poignet une technique analogue peut être suivie.

Après désarticulation de l'épaule des massues antérieure et postérieure pourraient être créés.

Au membre inférieur la méthode a été très rarement employée par les chirurgiens italiens ou anglais (3 obs. citées).

Bien que douées dans certains cas d'une force considérable (force de traction de 10 livres, 16 livres dans quelques cas) ces massues donnent de grosses difficultés d'appareillage. Tous les chirurgiens anglais avouent que le collier de la massue est souvent mal supporté, que les appareils qui leur ont été fournis par les constructeurs sont insuffisants, trop lourds. Ils vantent au contraire les appareils légers et solides de Putti construits à l'institut Rizzoli de Bologne sous la direction même du chirurgien. Ici la collaboration du chirurgien et du constructeur est indispensable.

La conclusion de cette discussion semble être que ces opérations ne peuvent être recommandées actuellement pour tous les cas, qu'elles peuvent être tentées si une réamputation est indispensable, si on a un moignon trop long ou si un moignon est trop court, juste au dessous d'une articulation qui le rend inutilisable pour la prothèse. Mais si le moignon est de bonne longueur, le bénéfice de l'opération ne vaut pas le préjudice causé par la perte de longueur du levier osseux.

Les appareils utilisés jusqu'à ce jour par les opérés ne sont pas des appareils de travail mais des mains artificielles, l'opération ne convient donc pas aux ouvriers, mais surtout aux professions libérales.

Cf. — Les moignons automoteurs. (L. IMBERT. *Gaz. des hôpit.*, 1919, n° 27, p. 421.)

Les amputations cinématiques. (TUFFIER. *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 6, p. 87.)

Les résultats éloignés des amputations partielles du pied. (S. T. IRWIN. *The British. Journ. of. surg.*, janv. 1920. — L'auteur d'après l'examen des soldats d'un service de mutilés de Belfort fait une critique sévère des opérations.

Pour les amputations des orteils, il faut, si possible, conserver le gros orteil très utile pour la marche.

Dans les orteils en marteau il est préférable de faire la résection articulaire suivie de redressement que l'amputation de plusieurs orteils. L'opération de l'hallux valgus ne donne pas de bons résultats. La cicatrice sur la tête du métacarpien reste douloureuse et le malade marche avec le pied en varus.

Toutes les amputations partielles de l'avant-pied donnent des résultats médiocres en raison : 1° du raccourcissement du pilier antérieur de la voute plantaire et de la perte d'équilibre musculaire produisant du varus ou du valgus; 2° de la difficulté d'appareiller ces malades.

Après le Lisfranc le pied est entraîné en varus par la contraction du jambier antérieur, le bord interne s'élève, la marche se fait sur le bord externe, et un durillon douloureux apparaît sur le cuboïde.

Le Chopart présente l'inconvénient bien connu de la bascule du calcanéum en équinisme entraînant avec lui la cicatrice qui devient douloureuse à l'appui. On connaît les différentes mesures proposées pour remédier à cette bascule (section du tendon d'Achille, suture des tendons extenseurs au moignon, arthrodèse).

Irwin compare ces résultats à ceux du Syme qu'il déclare l'opération idéale, bien supérieure comme résultats à toutes les amputations de l'avant-pied.

LIVRES NOUVEAUX

Chirurgie réparatrice et orthopédique. Appareillages et invalidités (1). Ouvrage publié sous la direction de MM. JEANBRAU, NOVÉ-JOSSERAND et OMBRÉDANNE, professeurs agrégés aux Facultés de Montpellier, de Lyon et de Paris. Secrétaire de la rédaction : P. DESFOSSES, chirurgien de l'hôpital britannique à Paris.

Cet ouvrage est destiné à la pratique civile et particulièrement au traitement chirurgical des accidentés du travail. Ce n'est pas un ouvrage de chirurgie de guerre d'un intérêt rétrospectif; c'est le premier et le seul traité paru en France et dans le monde, dans lequel les enseignements chirurgicaux des dernières années sont appliqués au traitement et à la réparation des grands traumatismes et de leurs séquelles (accidents du travail, accidents de la rue, broiements des membres sous leurs formes multiples, etc.)

La chirurgie pendant la guerre a été en présence d'une multiplicité, d'une variété, d'une complexité de traumatismes telles qu'aucun pays, aucun temps de l'histoire, n'en avait vu même d'approchantes. Une expérience magnifique a été achetée à chers deniers par toute une pléiade de chirurgiens. Il est indispensable que l'expérience acquise au cours d'une guerre qui a fauché plus de 7 millions d'hommes ne soit pas perdue pour l'humanité, soit conservée pour les chirurgiens de l'avenir comme pour les chirurgiens des pays neutres.

La chirurgie ne peut pas oublier en temps de paix les progrès réalisés pendant la guerre, elle ne peut plus se contenter des vétustes organisations d'avant-guerre; une chirurgie nouvelle doit maintenant présider à toute la thérapeutique des accidents, accidents du travail et accidents de la rue. L'industrie se forge maintenant tout un nouveau et formidable outillage, artillerie lourde des œuvres de paix; le fonctionnement des engins nouveaux produira des accidents terribles bien différents des accidents d'autrefois. Les grands broiements de membres par les machines-outils, les trains, les avions, demanderont des interventions aussi précoces, aussi judicieusement réglées que les plaies par éclat d'obus.

Montrer la façon de réparer chirurgicalement les suites éloignées des traumatismes portant sur les divers systèmes de l'économie, indiquer les appareils qui peuvent suppléer aux déficiences définitives, tel est précisément le sujet du *Traité de chirurgie réparatrice et orthopédique*. Ce livre doit être lu, relu, médité, par tous les chirurgiens, car c'est toute l'évolution ultérieure des traumatismes soit de paix, soit de guerre, qui est suspendue à l'application rigoureuse des règles qu'il précise.

Les principes techniques des réparations, les règles directrices de construction des appareils, forment la 1re partie (partie générale) du *Traité de chirurgie réparatrice et orthopédique*.

La seconde partie (partie spéciale) contient les applications locales à la tête et au cou, au thorax, au rachis, à l'abdomen, etc., des notions générales de chirurgie et d'orthopédie.

Les divisions de ces deux grandes parties forment 16 chapitres signés de noms universellement connus dans la médecine et la chirurgie, 48 collaborateurs ont prêté leur concours à la rédaction de cet important ouvrage que complète une illustration abondante et particulièrement soignée.

L. G.

(1) 2 vol. in-8, formant ensemble 1340 p., avec 1040 fig. — Prix 80 fr. net. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 76. — JEUDI 2 & SAMEDI 4 SEPT. 1920 — 93e ANNÉE. — JEUDI 2 & SAMEDI 4 SEPT. 1920. — N° 76.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PROVINCE. — Rouen. — Le jeudi 25 novembre 1920 un concours aura lieu à l'hospice général, à 15 h. 30, pour la nomination d'un pharmacien des hôpitaux.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat des hospices civils de Rouen, 1, rue de Germont (enclave de l'hospice général) vingt jours avant la date du concours, soit au plus tard le 4 novembre avant midi. Ce délai est de rigueur.

MARINE. — Liste, par ordre alphabétique et par centre d'examen, des candidats admis à subir les épreuves orales du concours d'admission à l'Ecole principale du service de santé de la marine en 1920 :

Epreuves orales a Brest. — *Ligne médicale.* — Candidats à quatre inscriptions, nouveau régime : MM. Brobant, Carlier, Coleno, Delom-Denechau, Flatres, Herivaux, Huard, Husson, Kervella, Lageat, Laurent (C.-L.-H.), Laurent (F.-J.-P.), Le Goff, Leroy, Lesconnec, Mazurier, Montagne, Picot, Pirot, Quere, Queinnec, Thelemaque.

Candidats à quatre inscriptions, ancien régime : MM. Barbin, Bergot, Condé, Degoul, Guillaume, Hasle, Trezeguet.

Candidats à huit inscriptions : MM. Appert, Briand, Godal, Gautier, Lefort, Kerangal des Essarts, Vaucel.

Candidats à douze inscriptions, ancien régime et à seize inscriptions, nouveau régime : MM. Boisnières, Guillerm, Keraudren, Averous.

Ligne pharmaceutique. — MM. Chevalier, Damany, Dufour, Gerard, Istin, Le Coz, Brancourt.

Epreuves orales a Rochefort. — *Ligne médicale.* — Candidats à quatre inscriptions, nouveau régime : MM. Barrat, Basile, Belle, Belgy, Bourret, Brugère, Chambon, Delage, Dumas, Dupas, Etienne, Farinaud, Gay, Giraud, Goulard, Guilliny, Guy, Marneffe, Meusnier, Muraine, Négrie, Peindarie, Przyiemski, Robert (Géraud), Touchais, Varneau.

Candidats à quatre inscriptions, ancien régime : MM. Delprat, Deney, Gilbert, Goinet, Joucla, Péricaud, Ramon, Tournan, Vinzent.

Candidats à huit inscriptions : MM. Chaput, Coiffe, Dabbadie, David, Darmaillacq, Farges, Galland, Gallet, Glémet, Laccourrèges, Laney, Lhoste, Marchat, Martial, Michelot, Querrioux, Ragiot, Romarony, Roche.

Candidats à douze inscriptions, ancien régime : MM. Charrier, Durand, Jabin, Dudognon, Laffite, Lapierre, Lasseguette, Rouquet, Souplet.

Ligne pharmaceutique. — M. Aldhui.

Epreuves orales a Toulon. — *Ligne médicale.* — Candidats à quatre inscriptions, nouveau régime : MM. Alain, Baron, Bousselet, Cairol, de Nas de Tourris, de Palmas, Duffaut, Fabre, Germain, Larrazet, Malval, Montestruc, Noël (Maurice), Pommepuy, Pons, Ravoux, Robert (Paul), Robin, Roumat, Sanner, Sanson, Tivollier.

Candidats à quatre inscriptions, ancien régime : MM. Cudenet, Lambert, Mollandin de Boissy.

Candidats à huit inscriptions : MM. Buffet, Buisson, Dumas (J.-M.-R.), Fourneyron, Ott, Rosentiel, Sautriau.

Candidats à douze inscriptions, ancien régime : MM. Basset, Calbairac, Clouzet, Comes, Duga, Favot, Meydieu, Michel.

Ligne pharmaceutique. — MM. Audiffren, Gastaud.

Les épreuves orales auront lieu successivement à Brest, Rochefort et Toulon.

Les candidats médecins et pharmaciens qui doivent les subir à Brest devront être rendus dans ce port, le 6 septembre 1920, et se présenter à 8 heures du matin au directeur du Service de santé. Les dates des épreuves orales pour les candidats qui doivent les subir à Rochefort et Toulon seront indiquées ultérieurement.

MUSÉUM DE BORDEAUX. — M. Chaine, professeur à la Faculté des sciences, a été nommé conservateur du Muséum.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur, au *grade de chevalier* (à titre posthume) :

M. Deresse (François), médecin aide-major de 1re classe : médecin-major d'une haute valeur morale. D'une bravoure reconnue de tous, d'un dévouement inlassable, assurait son service dans des conditions parfaites sous les bombardements les plus violents, avait tenu à honneur, depuis le début de la

guerre, de ne pas quitter le régiment et avait refusé tous les emplois moins exposés qui lui avaient été offerts; avait su acquérir l'estime et l'affection de ses chefs, de ses camarades et de tous les soldats. Est tombé mortellement frappé au moment où il rassurait son personnel soumis à un violent bombardement. A été cité. (*J. O.*, 19 juin 1920.)

M. Recouly (Jean), médecin aide-major : le 4 octobre 1917 a donné une preuve éclatante de ses belles qualités en traversant un tir de barrage extrêmement violent pour secourir des blessés. Atteint grièvement et porté au poste de secours, a ordonné à son médecin auxiliaire de panser les tirailleurs avant lui. Mort pour la France A été cité. (*J. O.*, 20 juin 1920.)

M. Fiolle (Paul), médecin aide-major de 2e classe : désigné d'office pour servir dans un hôpital de l'intérieur, était revenu presque aussitôt au régiment sur sa demande instante. Avait tenu à partir avec la première vague d'assaut. A été tué par une mitrailleuse ennemie au moment où il pansait un blessé. A été cité. (*J. O.*, 20 juin 1920.)

M. Salignat (Léon), médecin aide-major de 1re classe : médecin extrêmement dévoué, consciencieux et très brave. Le 19 juillet 1916, dans la Somme, au cours d'un bombardement violent de sa position de batterie, n'a pas hésité à se porter au secours des blessés. A été tué dans l'accomplissement de sa mission. A été cité. (*J. O.*, 20 juin 1920.)

M. Choqueney (Jean), médecin aide-major de 2e classe : le 24 septembre 1916, s'est porté avec le plus absolu mépris du danger jusqu'à la première ligne de combat pour y installer un poste de secours, donnant ainsi à tous le plus bel exemple de conception du devoir. Tombé glorieusement, le 25 septembre 1916, à Bouchavesnes. A été cité. (*J. O.*, 20 juin 1920.)

M. Boyer (Louis), médecin aide-major de 2e classe : pendant 5 jours, s'est prodigué sans compter pour soigner les blessés. A été tué dans l'accomplissement de son devoir, le 30 septembre 1915, en Champagne. A été cité. (*J. O.*, 20 juin 1920.)

M. Bonhomme (Pierre), médecin-major de 1re classe : tué en traversant une zone balayée par les obus pour porter ses soins à des blessés qu'on ne pouvait relever en raison de la violence du feu, le 18 septembre 1914, à Oulches. A été cité. (*J. O.*, 21 juin 1920.)

M. Butterlin (Louis), aide-major de 1re classe : a fait preuve, dans l'exercice de ses fonctions, de beaucoup de dévouement. Fait prisonnier, le 9 août 1914, à Riedisheim, pour n'avoir pas voulu abandonner ses blessés, et délivré, le 19 août, lors de notre 2e entrée à Mulhouse, a repris immédiatement ses fonctions au 1er bataillon. A été tué par un éclat d'obus, le 13 septembre, tandis qu'il installait, en pleine bataille, un poste de secours dans la ligne de feu. A été cité. (*J. O.*, 21 juin 1920.)

M. Didier (Henri), médecin aide-major de 1re classe : a été mortellement atteint par l'explosion d'un obus, au moment où il prodiguait des soins à des blessés, le 25 septembre 1914, près de la Pompelle. A été cité. (*J. O.*, 21 juin 1920.)

Clinique d'accouchements et de gynécologie. (Clinique Baudelocque, 125, boulevard de Port-Royal. Professeur : M. A. Couvelaire.) — Cours de vacances, septembre et octobre 1920, réservés aux docteurs en médecine français et étrangers et aux étudiants ayant terminé leur scolarité du 20 septembre au 2 octobre, sous la direction de MM. Lévy-Solal, professeur agrégé, accoucheur des hôpitaux, assisté de MM. Vignes, accoucheur des hôpitaux, et Cleisz, chef de clinique.

Premier cours : *Séméiologie clinique et manœuvres obstétricales.* — Ce cours comprendra des exposés didactiques, des examens de malades et des exercices opératoires sur le mannequin. Il aura lieu tous les matins, à 9 heures, et tous les après-midi, à 14 heures, du 13 au 25 septembre 1920.

Droit d'inscription : 100 fr.

Deuxième cours : *Thérapeutique obstétricale.* — Ce cours comprendra 20 exposés didactiques avec présentations de pièces et 20 séances d'examens cliniques individuels. Il aura lieu tous les matins, à 9 heures, et tous les après-midi, à 14 heures, du 4 au 23 octobre 1920.

Droit d'inscription : 100 fr.

Se faire inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 3), les jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'AVANCEMENT DES ÉLÈVES DE L'ÉCOLE DE BORDEAUX

M. Andrieu, sénateur, demande à M. le ministre de la Guerre pourquoi les élèves de l'école de santé de Bordeaux (promotion 1915, entrés à l'école en octobre 1911, sortis dans les troupes coloniales et nommés aides-majors de 2e classe à compter du 31 décembre 1913, se trouvent désavantagés, vis-à-vis de leurs camarades de promotion de la marine et de la guerre qui ont bénéficié d'un avancement plus rapide. (*Question du 19 juillet 1920.*)

Réponse. — Les élèves présents à l'école de Bordeaux à la mobilisation et versés, depuis, définitivement dans le corps de santé des troupes coloniales, ont été nommés aux grades d'aide-major de 2e classe et de 1re classe, pour compter de la date exacte à laquelle ils auraient pris rang dans ces grades sans la guerre. Les promotions aux grades supérieurs dépendent uniquement des vacances qui viennent à se produire. L'avancement ne peut, en conséquence, être exactement le même dans chacun des corps de santé métropolitain, colonial et naval.

L'AVANCEMENT ET LA SOLDE DES ÉLÈVES DE L'ÉCOLE DE LYON

M. Saget, député, expose à M. le ministre de la Guerre que les élèves de l'Ecole du Service de santé militaire, sous-officiers, sont dans une situation anormale, qu'ils sont tous médecins auxiliaires ou sous-aides-majors depuis plus de 5 ans et, de ce fait, assimilés par le grade aux adjudants ou adjudants-chefs. Mais que, tandis que ces derniers ont vu leur solde augmenter, les élèves de Lyon ne reçoivent mensuellement que 330 fr. à 340 fr. s'ils sont célibataires, 370 à 380 fr. s'ils sont mariés, que leurs camarades d'une promotion antérieure ont tous été nommés officiers et, de ce fait, perçoivent la solde d'officier, que, sans la guerre, tous auraient été nommés un an après eux au grade d'aide-major et demande s'il n'est pas possible de songer à relever les indemnités qui leur sont données, de telle façon qu'elles leur permettent de vivre décemment comme leurs égaux en grade, adjudants et adjudants-chefs. (*Question du 9 juillet 1920.*)

Réponse. — D'après le régime normal de l'Ecole du Service de santé, les élèves ne reçoivent aucune solde et doivent, s'ils n'ont pas obtenu de bourse, acquitter les frais de pension et de trousseau. A titre exceptionnel, les élèves qui avaient été mobilisés ont été admis à l'Ecole du Service de santé en conservant le grade qu'ils avaient obtenu pendant la guerre, avec la solde et les indemnités afférentes à ce grade. D'autre part, le décret du 25 août 1919 permet de nommer ces élèves aux grades d'aides-majors de 2e et de 1re classe, avec rappel de solde, aux dates auxquelles ils auraient obtenu ces grades si la guerre n'avait pas retardé leurs études. Ces dispositions compensent très largement le préjudice qui leur a été causé par les hostilités ; elles sauvegardent en même temps les intérêts du Trésor qui ne pourrait récupérer les sommes allouées au titre de la solde, aux élèves qui démissionneraient avant d'obtenir le diplôme de docteur en médecine. (*J. O.*, 25 juillet 1920.)

REVUE GÉNÉRALE

TYPHUS EXANTHÉMATIQUE

Par le docteur PHILIP,
Ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris.

Définition. — Le typhus exanthématique, encore appelé typhus pétéchial, typhus tacheté, typhus des armées ou des camps, fever typhus des auteurs anglais, tabardillo des Espagnols, fleck typhus des Allemands, est une maladie infectieuse, à type épidémique ou sporadique, qui se caractérise par un ensemble de symptômes où la température, l'exanthème et les troubles nerveux occupent la première place. Anatomiquement et étiologiquement nous verrons que cette maladie transmise par les poux est encore mal connue dans son agent causal et les lésions qu'il entraîne.

Historique. — Connue depuis les Hébreux et bien étudiée dans les livres des médecins arabes, puis par les Grecs et les Carthaginois, cette affection a été confondue au moyen âge avec la peste. C'est sous ce nom que Fracastor, au XVIe siècle, en donne la description dans son récit de l'épidémie de Naples. Dénommé, pour la première fois, typhus, par Sauvage en 1760, le typhus exanthématique a été confondu, alors et depuis jusqu'au milieu du XIXe siècle, avec la fièvre typhoïde et tous les états typhiques en général. Louis, Murchison, Gerhardt, Jenner, les médecins coloniaux par la suite, au point de vue clinique, Nicolle enfin avec ses beaux travaux et ceux de ses élèves, Cantacuzène et ses collaborateurs, ont longuement contribué à isoler le typhus exanthématique dans son cadre nosologique actuel.

Epidémiologie. — Le typhus exanthématique est une maladie qui a fait son apparition dans tous les pays à la suite des guerres et de toutes les causes de grande misère sociale.

En France : la grande épidémie qui éclate au retour des soldats après le siège de Mantoue en 1806 est à signaler et sévit dans le Sud de l'Empire.

A signaler aussi l'hécatombe que fait le typhus pendant la retraite de Russie, avec 20.000 à 30.000 décès dans certaines villes traversées par nos troupes.

Sous le second Empire la maladie reparaît lors de la guerre de Crimée et elle est transportée à nouveau dans les villes du Midi au débarquement des troupes qui regagnent la Métropole. Elle est peu importante et évolue surtout à Riantec, près Lorient, en 1870. Dans la guerre actuelle, des cas sporadiques ont été signalés en France. Seule, après l'amnistie, l'épidémie de Marseille, qu'il nous a été donné d'observer de près, dans l'hôpital de concentration qui nous a été confié, serait à signaler.

Entre ces temps de guerre, des cas de typhus exanthématique sont notés dans les prisons surtout, ou dans les milieux miséreux, mais sont facilement jugulés lorsqu'on a fait le diagnostic.

En dehors de la France : l'exanthématique a fait de nombreuses apparitions. Il se maintient en petits foyers circonscrits en Russie, en Orient, en Algérie et il éclate en épidémies redoutables à la première occasion.

Aux Balkans : épidémie lors de la première guerre des Balkans, où l'armée du Danube paye un fort tribut qui suit de près celui de l'armée du Caucase. Reprise ensuite lors de la seconde guerre balkanique de 1912.

En Russie : état endémique avec épidémies répétées : celle de l'hiver de 1865 à Pétrograd fait 12.000 victimes; une autre épidémie sérieuse à signaler est celle de 1877 lors de la guerre russo-turque. On ne connaît rien encore du typhus exanthématique dans la dernière guerre si ce n'est qu'il a fait de nombreuses victimes.

En Pologne : 54.000 cas de typhus de 1916 à 1918.

En Irlande et Angleterre : en 1815 épidémie dans les deux pays avec 40.000 décès pour l'Irlande seule. En 1848 épidémie anglaise de 1.300.000 cas. En 1913 épidémie en Irlande : 1.043 morts. Peu de cas dans la dernière guerre.

En Allemagne : en 1813, 200.000 décès en Prusse seulement; en 1868, 1.333 cas en Silésie; en 1914 et 1915, typhus dans les camps de concentration de prisonniers, dans l'armée et la population civile. Lutte énergique contre la maladie et grosse amélioration.

En Autriche : de 1904 à 1913, 24.100 cas en Galicie; depuis 1913, nombreux cas surtout en Bohême, Bukovine, Bosnie, Herzégovine, Galicie où Jeanneret donne 1.500 cas de typhus chaque mois en 1914.

En Serbie : ce seraient les Autrichiens qui auraient porté, dans leur avance, lors de la dernière guerre, le typhus et occasionné l'épidémie qui a fait 135.000 victimes, dont plus de 100 médecins.

En Algérie et Afrique du Nord : ce serait à leur tour, les Serbes, ramenés en Algérie pour y être reconstitués en armée, après leur retraite, qui auraient porté à Bizerte les germes de l'épidémie de 1916. Cette épidémie fut légère, grâce aux mesures d'hygiène prises par les autorités médicales de la région. A noter, à côté de cette étiologie, les cas isolés fréquents chez les indigènes miséreux, en dehors de toute épidémie.

En Roumanie : l'année suivante (1917) l'épidémie de typhus frappe par contre très fort ce pays jusque-là épargné et qui se trouve à ce moment dans une situation militaire et matérielle assez critique pour expliquer les progrès de l'épidémie. L'épidémie de Moldavie en effet, malgré le dévouement et la compétence du corps de santé roumain que nous avons hautement appréciés à l'assistance et aux conseils que nous a donnés la mission roumaine, sous les ordres du prof. Cantacuzène (lors du début d'épidémie de Marseille, mars-avril 1919), malgré d'autre part l'aide des missions sanitaires alliées envoyées en Roumanie, a fait de nombreuses victimes. C'est à 100.000 décès que notre collègue et ami Rudelle porte officieusement le chiffre des victimes. Il serait, dit-on, encore au-dessous de la vérité.

Le même manque de statistiques officielles sur les cas de typhus dans les armées et nations ennemies nous empêche une plus grande précision. De toutes ces armées cependant, l'armée et la nation autrichiennes semblent avoir payé le plus lourd tribut.

Symptômes. — Le typhus exanthématique étant une maladie éruptive, on peut diviser son étude symptomatique en :

4 périodes {
période d'incubation,
— d'invasion,
— d'éruption,
— de terminaison.

La période d'incubation. — C'est là une période qui, jusqu'à ces temps derniers, a prêté à de nom-

breuses discussions. A la suite d'observations rigoureuses, à la suite surtout d'examens par des médecins traitants dans un service de typhus et qui ont pu observer exactement sur eux-mêmes le jour et l'heure de la piqûre par le pouls injecté, vecteur de l'agent pathogène, la notion de durée de cette période s'est éclairée d'un jour nouveau.

D'une façon générale, on étend aux dates extrêmes de 3 à 23 jours la période d'incubation. On prend comme moyenne le huitième jour en s'appuyant d'une part sur les observations de médecins contaminés : celle de Jeanner et Monkine, en 1815, lors de son voyage en Serbie, et nombre d'autres recueillies par le professeur Cantacuzène, où les températures quotidiennes ont été notées depuis le jour de la piqûre et, d'autre part, sur les données de l'expérimentation.

Cette période existe donc, bien que muette au point de vue clinique, en général. Les symptômes précoces, en effet, qui peuvent s'y montrer : *sensation de malaise, courbatures, légère élévation thermique*, sont habituellement inaperçues des malades, en dehors des gens s'observant minutieusement, et manquent d'ailleurs le plus souvent. C'est ce qui a fait nier, par certains, son existence et leur a fait dire que le typhus était une maladie toujours à début brusque. Si ce dernier est presque de règle il peut manquer cependant et le début être progressif avec un des signes indiqués.

Ces notions sont importantes à connaître à cause de l'intérêt du diagnostic précoce, très difficile, surtout sans la notion d'épidémicité, avant les signes classiques, mais du plus haut intérêt à cause de la prophylaxie générale par le nettoyage et l'isolement du malade suspect.

Période d'invasion. — Un grand *frisson* avec *température à 40°*, analogue à celui de la pneumonie, l'annonce habituellement. Parfois ce sont de petits frissons avec, comme dans le cas précédent, forte élévation de la température. Parfois c'est un accès avec hyperthermie, frisson où le malade claque des dents, puis quelques sueurs qui rappellent le paludisme.

Interroge-t-on le malade, il se plaint de courbature, de céphalée violente, il a soif, il a des nausées, une sensation de vertige, assez souvent des douleurs dans les membres et la ceinture pelvienne.

Pendant qu'il parle d'ailleurs on est frappé de son *facies*, vultueux, rouge, avec des conjonctives injectées et, en général, un état de prostration et d'hébétude.

A l'examen, on trouve une langue blanche, épaisse, que le malade sort difficilement de la bouche. Le pharynx est rouge. L'abdomen sensible. Le malade ne présente que très rarement de la constipation. A l'encontre de ce qu'écrivent les classiques insistant sur ce signe distinctif d'avec la typhoïde. C'est la *diarrhée* qui se voit alors. Il y a des gargouillements de la fosse iliaque, surtout à droite. Le foie est normal ou congestionné. La rate grosse. L'examen du poumon que la toux commande décèle des râles bronchiques simples.

Début de typhoïde, mais de *typhoïde brusque*. Voilà au fond le tableau de cette période qui dure 5 à 6 jours en moyenne.

Période d'éruption. — A ce moment la maladie se confirme par le signe capital, l'*éruption*.

Le malade est placé nu et en pleine lumière du jour. L'exanthème paraît en une seule poussée. Il débute sur le dos, particulièrement, sur les omoplates, sur les épaules, aux mains, faces palmaire et dorsale, aux oreilles, membres supérieurs, à l'épigastre, bas ventre, membres inférieurs.

C'est une éruption d'abord rosée, difficile à dépister, parfois un érythème papuleux comme dans la rougeole, puis bientôt pétéchiale et alors d'un rouge cuivre d'abord, puis rouge ecchymotique. Il est constitué d'éléments nombreux. Ces éléments sont irréguliers. Leur dimension varie entre une tête d'épingle et une lentille. La pression les efface au début seulement. On observe des éléments d'âges différents, rosés, érythème papuleux, pétéchies.

L'*énanthème* buccal est signalé par Potel, en 1916, à Bizerte comme précoce et fréquent. L'herpès labial se voit quelquefois. Avec lui, il existe du *catarrhe pharingo-nasal* dont la fréquence a été observée par le professeur Cantacuzène et aussi par Conseil.

L'*injection conjonctivale* est reconnue maintenant de tous. C'est là un signe précoce et qui est constant même sans exanthème. Il existe à des degrés divers depuis la simple rougeur par hyperhémie des vaisseaux conjonctivaux et les fines arborisations vasculaires jusqu'aux suffusions en îlots hémorragiques avec larmoiement, écoulement séreux, rarement purulent. Il y a du myosis.

La *fièvre* qui a fait une ascension brusque à 39°5 ou 40°, dès son apparition le plus souvent, descend en général au second jour, de façon presque constante. C'est là une observation fidèle et que nous retrouvons sur toutes les feuilles de température que nous avons sous les yeux. La chute de température du 2e jour dans l'exanthématique avec réascension au 3e jour, faisant une encoche typique sur le tracé thermique, est un excellent signe.

Par la suite, la température reste à 40° ou autour de 39°5, sauf administration de bains ou d'antithermiques. Les rémissions matinales sont d'un demi-degré maximum.

La durée de l'hyperthermie est de 8 à 10 jours. La descente se fait alors le plus souvent brusquement ou parfois en lysis avec possibilité de crise sudorale concomitante. Elle est précédée d'une hyperthermie précritique de quelques dixièmes.

Le *pouls* est plus fréquent que dans la typhoïde et arrive très vite à dépasser 100. Il est plein, peu tendu, régulier la première semaine. La deuxième semaine le voit mou, fréquent, difficile à sentir. On a noté du ralentissement ou du dicrotisme, mais rarement. Il suit la température et descend avec elle. La persistance du pouls rapide est l'indice d'une complication, même si la température est redevenue normale. La raie vaso-motrice de l'insuffisance surrénale se voit assez souvent.

La *tension artérielle* que nous avons prise chez tous nos malades est abaissée durant toute la maladie.

L'*appareil nerveux* est très touché. C'est l'état de τυφὸς avec stupeur, prostation le jour; insomnie la nuit. Quand le malade peut parler, il se plaint de céphalée très violente et tenace qui se localise au front, à l'occipital ou qui est sus-orbitaire. Il se plaint aussi d'otalgies, de vertiges auditifs et de bourdonnements, puis ensuite, de surdité plus ou moins complète. Plus souvent l'interrogatoire est impossible : le malade a du délire après l'apathie progressive des premiers jours : délire calme, tranquille, avec ou sans dédoublement de la personnalité, délire systématisé et surtout professionnel, délire onirique, parfois délire violent avec carpho-

logie, avec tentative de suicide; ou bien l'apathie augmente et mène le malade au demi-coma. Toutes les fonctions de relations sont suspendues et, seules, persistent les fonctions de la vie végétative : le malade est prostré, plus ou moins découvert dans son lit, ayant seulement perdu la mémoire ou sans connaissance, la bouche ouverte, les lèvres sèches, couvertes d'herpès, la langue brune fendillée, respirant lentement, ayant de l'incontinence des sphincters et dégageant une odeur de souris ou de putréfaction animale que les anciens auteurs ont cru spécifique et qui est le fait plus souvent de la malpropreté de ces malades longtemps couverts de vermine que du typhus lui-même.

L'*appareil digestif* présente les mêmes signes qu'à la période précédente. Foie et rate sont augmentés mais variablement et ce signe peut manquer. On dirait que ces deux organes sont sidérés par la brutalité de l'infection et n'ont pas le temps de réagir. La diarrhée et le gargouillement continuent le plus souvent.

L'*appareil respiratoire* est presque toujours touché. Tantôt simple dyspnée ou polypnée. Tantôt et le plus souvent, signes de bronchite. Tantôt signes de congestion. Rien de pathognomonique de ce côté.

Le *système urinaire* n'offre pas de symptôme spécial : urines rares, hautes en couleur, légèrement albumineuses. A la défervescence : crise urinaire. On a signalé l'indicanurie constante et la diazo-réaction parfois positive.

Le *sang* donne une leucocytose avec plutôt des lymphocytes. L'hémioculture est négative comme la séroagglutination. Parfois il y a complication d'anémie avec diminution des globules rouges.

Le *liquide céphalo-rachidien* offre, en général, de la lymphocytose. C'est ce qu'avec le Dr Tupa, de la mission roumaine, nous avons constaté chez la plupart de nos malades.

Période de terminaison. — L'éruption dure, en général, une dizaine de jours, parfois moins, parfois elle se prolonge dans le type pétéchial jusqu'au 15e jour. Une desquamation furfuracée, visible à la loupe ou au frottement avec un drap noir, s'observe quelquefois. La température redevient normale et reste parfois au-dessous de 37°.

Evolution et pronostic. — La durée d'évolution du typhus est de 15 jours environ. La convalescence est relativement rapide si on pense à la dépression intense et à l'amaigrissement du malade après la période d'état. Les récidives si discutées, mais possibles, sont rares (Netter, Cantacuzène).

Si au 15e jour l'évolution ne se fait pas vers la guérison, il y a alors souvent une complication. L'hyperthémie signalée par certains dans ces cas n'est pas constante, et dans les formes adynamiques Aurioud a attiré l'attention, au contraire, sur l'hypothermie fréquente. La mort survient en général par syncope cardiaque rapide. La mortalité varie avec les épidémies et est fonction autant de l'hygiène des malades que de la virulence de l'agent causal. Dans l'épidémie roumaine elle fut environ de 15 à 18 p. 100, oscillant selon les mois de 7 à 45 p. 100, comme le dit Girard dans son excellente thèse sur le typhus exanthématique, thèse à laquelle nous nous sommes très souvent reporté.

Complications. — Les complications chirurgicales ont été bien étudiées par Rudelle, les oculaires par Dantrelle, *Th. de Paris*, 1918.

Les complications médicales, relevant surtout de l'association de streptocoque ici comme dans la scarlatine, ont été bien observées en Russie et Moldavie.

La localisation est variable.

Erysipèle. — Plus ou moins tardif avec reprise des phénomènes généraux siégeant à la face, de contagiosité très grande.

Pleurésie. Otite. Parotidite. — Ces complications, en général peu graves, ne font que prolonger la durée de la maladie. Peu grave aussi la complication du fait de l'apparition de *diphtérie*.

Par contre, les complications *pulmonaires* jusqu'à la pneumonie et gangrène, l'*albuminurie* tenace avec néphrite grave immédiate ou éloignée, l'*endocardite*, les *suppurations cutanées*, l'*escarre* sacrée, la *myocardite* dans le typhus sont d'un pronostic fâcheux.

Formes cliniques. — 1. Suivant l'intensité, on a décrit une forme moyenne, celle que nous avons vue, une forme légère et une forme grave.

Comme forme légère, la forme larvée, typhus levissimus, typhus ambulatoire léger que l'on voit dans les pays où le typhus est endémique. Tous les signes classiques y sont, mais légers, et la guérison se fait en quelques jours. La symptomatologie est si discrète que Brill à New-York s'est cru autorisé, à tort, à la différencier d'avec le typhus. Dans le même sens, la fièvre de Wolhynie, un peu plus grave, ne serait qu'une variante du typhus.

Par ailleurs le typhus léger peut être dans nombre de cas incomplet, *forme abortive* en une semaine. C'est dans cette forme que le malade peut passer sans s'aliter toute sa maladie. Ceci nous approche de cette « typhysation à petite dose » vue chez le personnel hospitalier et qui n'est qu'une infection atténuée.

Comme forme grave, il y a des types sidérants ou suraigus, vrais types ataxo-adynamiques, avec prédominance des troubles nerveux d'origine toxique. Ces troubles sont à prédominance de dyspnée avec respiration très rapide et hors de proportion avec l'état pulmonaire, parfois avec Cheyne-Stockes. Tantôt c'est la dysphagie qui domine et rappelle celle de la rage; tantôt le hoquet précoce et alors fatal; ou bien les contractures des muscles innervés par le facial ou le trijumeau, et en particulier le trismus à type tétanique; enfin, les hémiplégies avec aphasie et agraphie, hyperesthésies, troubles visuels et auditifs. Ces formes frappent avec prédilection les intellectuels, et, indépendamment des localisations toxiques sur le bulbe, seraient souvent associées ou précédées de myocardite infectieuse.

Les types délirants, pouvant aller jusqu'à une vraie folie exanthématique, ont été signalés.

Signalés aussi les typhus compliqués : ictéro-typhus, pneumo-typhus, typhus hémorragique.

2. Suivant l'absence ou la prédominance de tel signe, on a décrit un *typhus apyrétique* avec alors scorbut ou dysenterie concomitante, forme discutée par beaucoup, ce sont des formes légères examinées seulement après la période fébrile.

On a décrit aussi un *typhus sans éruption* ou à *éruption retardée* (Conseil, Anrioud), 16 p. 100 de typhus grave sans éruption à Corfou. Inversement, l'éruption où le typhus prend la forme de *typhus pétéchial* est très sévère. Les pétéchies, comme le hoquet, sont de fâcheux augure.

3. Suivant les CONDITIONS PHYSIOLOGIQUES le typhus de *l'enfant* est généralement léger. Ce typhus est moins rare, pour le prof. Cantacuzène, qu'on ne l'a écrit. Des 36 cas qu'il a réunis en Moldavie, pas un n'a été fatal. Au-dessus de 13 ans le typhus infantile est le même que celui de l'adulte.

Chez la femme enceinte l'avortement est la règle d'après Nicolle et Blaizot.

4. FORMES DE TYPHUS ASSOCIÉ à de la *fièvre récurrente*, surtout, ou bien à du *paludisme* avec grosse rate égarant le diagnostic de typhus vers la typhoïde ou encore à de la *peste* — Jacques Blanc au Maroc en 1917 — enfin à du *choléra*, et dans ce cas avec évolution fatale. Nous ne faisons que citer la possibilité de maladies concomitantes : la typhoïde en particulier.

Diagnostic. — C'est la phrase de Netter qu'il faut mettre au début de ce chapitre : « Le diagnostic du typhus exanthématique, en règle générale, n'est porté que si l'on est prévenu de la possibilité de cette affection qui semblait avoir disparu de nos préoccupations. » L'affirmation de cette phrase perd de son absolu si elle s'adresse à des médecins qui ont vu déjà la maladie. La courbe thermique et son crochet du 2e jour, la conjonctivite, l'éruption, les troubles nerveux feront reconnaître l'affection.

Au début, avant l'éruption, le diagnostic en dehors d'une épidémie n'est pas fait. On peut penser à tout début de maladie infectieuse rapide : *fièvres éruptives*, *affection pulmonaire*, etc.

A la période d'état, on élimine d'abord la *typhoïde* dont le début est normalement plus lent et la courbe thermique progressive. Il n'y a pas ici de conjonctivite, pas d'éruption ou une éruption plus tardive et plus discrète, sauf le cas de taches rosées généralisées. La constipation différentielle, signalée par les classiques, est fausse, puisque nous avons vu la diarrhée de règle dans plusieurs épidémies de typhus. Le laboratoire, enfin, avec le séro-diagnostic et l'hémoculture, confirmera le diagnostic de typhoïde ou paratyphoïde ou melitococcie.

La *rougeole* simule parfois, de très près, le typhus. Le catarrhe est plus généralisé, l'éruption au 4e jour commence par le visage et descend sur le tronc progressivement, il n'y a pas de rate, peu de température, sauf complication, après que l'éruption s'est faite.

La *grippe*, avec exanthème et troubles nerveux, se reconnaît à son début encore plus brusque, à son évolution plus courte, du moins dans la période d'état, à ses symptômes névralgiques.

On éliminera facilement une *pneumonie franche* lorsque les signes pulmonaires existent.

Dans la pneumonie centrale, le diagnostic se fait à l'absence de pétéchies.

Le *paludisme*, avec son accès type, avec sa rate plus volumineuse, l'absence d'exanthème, l'hématozoaire dans le sang, se reconnaît facilement. La variété étudiée par Nicole en Asie Mineure où, avec le paludisme, il y a une éruption, est d'un diagnostic délicat. C'est la quinine qui tranche la question. Elle le tranche aussi dans la fièvre tachetée, *spottestfever des montagnes rocheuses*, avec fièvre élevée et éruption à début spécial aux poignets et chevilles.

Le *typhus récurrent ou fièvre récurrente* est une affection subaiguë, avec accès brusque à répétition, état digestif, vomissements, accès durant chacun 5 à 6 jours et séparés par un temps variable sans fièvre. Le spirochète d'Obermayer, qui en est l'agent causal, se trouve dans le sang. Le traitement intensif aux arsenicaux sert de pierre de touche.

La *méningite cérébro-spinale* avec ses contractures et la ponction lombaire décelant le méningocoque en cas de doute est facile à éliminer.

Faciles relativement aussi les diagnostics de *septicémies*, d'*endocardites aiguës*.

Lorsqu'il y a doute le *laboratoire* peut aider la clinique :

On essayera d'abord de faire se *confirmer l'éruption* douteuse par le procédé de la ventouse, par la constriction d'un lien autour d'un membre.

La *ponction lombaire* décélera de la mononucléose.

L'*injection à l'homme* a été faite aux colonies et dit-on en d'autres pays pendant la guerre : l'incubation serait d'une quinzaine de jours.

L'*injection au cobaye* est une bonne méthode mais trop lente dans sa réponse. La maladie, parfaitement reproduite, demande au moins 20 jours avant de se manifester.

Les *méthodes basées sur la déviation du complément :* méthode de Marke (1913), avec extraits d'organes pris sur des cadavres de typhiques, ou méthode de Goldenstein (1916), avec les microbes présumés comme agents du typhus, auraient été positives avec le sérum exanthématique et aussi avec le sérum d'autres malades exanthématiques.

Le *principe de la séro-agglutination* de Widal a été appliqué dans le typhus : agglutination au micrococcus melitensis de Ch. Nicolle, aux bacilles typhiques et para A et B qui sont plus faibles; agglutinations du bacille de Plotz, du colibacille, enfin du proteus et de sa principale variété, le proteus 19, sont intéressantes mais variables et insuffisantes dans leur résultat. La réaction au proteus 19 isolé dans les déjections des malades exanthématiques a été particulièrement étudiée par Weil et Félix. On la doit rechercher à un taux élevé de 1/100 jusqu'à 1/1.000, et le proteus doit agglutiner dans 10 p. 100 des cas, entre le 1/25 et le 1/50, dès le 4e jour de la maladie. Comme nous l'avons dit des autres, cette méthode n'est pas spécifique, ce qui s'explique par l'ignorance où l'on se trouve encore sur l'étiologie du typhus.

Anatomie pathologique. — Avant d'aborder les discussions sur l'agent causal, un mot sur les lésions qu'entraîne cet agent inconnu.

Les classiques ont prétendu que le typhus exanthématique ne présentait que des lésions négatives. Il a été dit ensuite que les troubles organiques étaient ici ceux que l'on voit dans toutes les infections.

Après plusieurs autopsies faites par le docteur Tupa, de la mission roumaine, auxquelles nous avons pu assister, il a été possible de vérifier, à côté des lésions communes de toute grande pyrexie, hypertrophie inconstante du foie et de la rate, myocardite, congestion des poumons, des reins, des surrénales, certaines lésions sur lesquelles le professeur Cantacuzène avait attiré l'attention.

SYSTÈME DIGESTIF d'abord : légère congestion, sans jamais d'ulcération rappelant l'ulcération typhoïde, mais pétéchies très nettes sur la muqueuse de l'estomac, s'arrêtant au pylore.

SYSTÈME NERVEUX : œdème toujours considérable sous-méningé, avec son aspect lactescent à l'ouverture de la boîte cranienne, avec la distension de tous les vaisseaux allant parfois jusqu'à la rupture des

capillaires et au piqueté hémorragique, avec œdème des plexus choroïdes et parfois distension volumineuse des ventricules.

SYSTÈME GANGLIONNAIRE : absence totale des réactions, en opposition avec ce qui se passe dans la scarlatine et le choléra.

Etiologie. — Il faut noter tout d'abord la grande importance que prennent dans l'évolution du typhus exanthématique les conditions de misère physiologique, qui suivent les grands cataclysmes, les guerres en particulier, ou qui se voient dans les prisons et les agglomérations sans hygiène. Malgré les connaissances cliniques et anatomiques que l'on a sur le typhus, l'agent causal de cette infection est encore à trouver.

Au point de vue bactériologique : des multiples agents pathogènes décrits, aucun n'est spécifique : *cocobacille de Rickett's et Wilder* décrit en 1913, abandonné depuis que Brumpt l'a trouvé sur des poux non infectés d'exanthématique; *bacille batonnet ovoïde de Plotz*, décrit en 1914 dans le sang, ne serait qu'un symbiote vivant avec le véritable agent causal; *bacille proteus 19 de Weil Félix* dans les déjections, également associé et peu pathogène pour l'homme; *micrococcus de Czernel*, *micrococcus de Penfold; spirochète de Futaki.*

D'autre part les recherches constantes de Nicolle et de ses collaborateurs, ainsi que celles faites en Roumanie et poursuivies depuis par le prof. Cantacuzène se continuent encore. Actuellement la conception la plus acceptable est celle qui fait de l'agent causal du typhus un *virus filtrant*, pouvant se conserver indéfiniment par passage successif chez le cobaye, et se fixant sur les globules blancs pour Nicolle, dans la rate et les surrénales pour Blaizot, restant libre dans le sang pour Anderson.

Quoi qu'il en soit de ce virus et de son origine, origine primitive chez un protozoaire et transformation du virus dans l'organisme du pouls, ce qui est un fait acquis, depuis les beaux travaux faits en 1901, en Tunisie, par Nicolle et ses élèves, c'est le rôle indéniable, malgré quelques détracteurs encore, donné à l'agent de transmission de la maladie : le pou. Sur l'affirmation, que seul le pou du corps est dangereux nous serons moins affirmatif. Le seul cas de contagiosité intérieure dans l'hôpital qui nous était confié lors de l'épidémie de Marseille a été noté sur un malade porteur seulement de phtyrius pubis. Quoi qu'il en soit de la variété, le pou seul est contagieux. Les lentes ne le deviennent qu'après éclosion.

Pour toutes ces raisons Netter a pu dire : « Il n'y a pas plus de raison de contracter le typhus, au contact des typhiques, s'ils n'ont pas de poux, que la fièvre jaune en l'absence d'anophèle ou la malaria en l'absence de moustiques. »

La confirmation de cette conception nous est donnée par le premier chapitre du traitement du typhus : le traitement prophylactique.

Traitement. — I. PROPHYLACTIQUE. — Conseil, le collaborateur de Nicolle, puis Clerc, Cadwell, dans leurs statistiques de cas de typhus avant et après l'épouillage; de même les résultats des services d'épouillages installés en grand par les Allemands durant la guerre, surtout en Pologne; les observations enfin de tous ceux qui ont assisté à une épidémie d'exanthématique sont là pour prouver que le seul moyen prophylactique d'éviter la maladie c'est de se débarrasser des poux et de leurs lentes.

Les moyens sont multiples. Il faut les employer énergiquement et minutieusement.

Le malade n'entre à l'hôpital qu'épouillé complètement dans un service distinct qui le reçoit à la sortie de la voiture.

Tandis que celle-ci est dirigée sur un centre de désinfection, le malade est mis complètement à nu par des infirmiers. Ces derniers sont d'anciens typhiques guéris, de préférence, vêtus de blouses serrées au cou, aux poignets et chevilles, les cheveux rasés, la tête couverte, les mains gantées; ils prennent chaque jour une douche.

Les uns font un paquet des vêtements du malade, qui est aussitôt envoyé à l'étuve, où il faut se méfier de la survie des lentes au centre des ballots épais. Les cuirs sont désinfectés dans une chambre à vapeur de formol, ou à vapeur de soufre. D'autres infirmiers portent le malade à la douche où il est tour à tour rasé entièrement, douché et savonné, puis enduit de pétrole. A ce moment on le porte dans les salles de malades, sulfurées avant d'être destinées aux typhiques à raison de 50 g. de soufre par mètre cube et ainsi parfaitement désinsectisées.

II. TRAITEMENT PRÉVENTIF. — Encore discuté de par l'ignorance où l'on est de l'agent causal.

Les vaccins de Plotz, de Nicolle ont été employés avec succès : le premier par une partie de la mission américaine en Serbie, la deuxième par le personnel d'un hôpital de Tunis. L'*injection directe de sang* de typhique plus ou moins modifié est dangereuse.

III. TRAITEMENT CURATIF. — Abcès de fixation, saignées et ventouses scarifiées, strophantus, salicylate en injection, donnent au point de vue thérapeutique mieux que l'adrénaline et les arsenicaux. Peut-être les injections de peptone seraient-elles à essayer ici. La propreté et l'hygiène jouent un rôle principal. L'autosérothérapie, l'hétérosérothérapie, l'hémosérothérapie utilisée par Gaston sous le type de sang iodé, n'ont pas la valeur qu'on aurait pu espérer. Reste le dernier vaccin de Nicolle et Blaizot. Il a donné des succès, mais est encore à l'étude.

HÉMATOLOGIE ET PRONOSTIC

DES

INFECTIONS PUERPÉRALES

ET LEUR TRAITEMENT PAR LA MÉDICATION LEUCOGÈNE

Par M. GEORGES AUDAIN,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

A la dualité anatomo-pathologique de l'infection puerpérale correspondent une dualité hématologique et aussi, dans une certaine mesure, comme nous le verrons, une dualité thérapeutique. A la suite de l'accouchement, en effet, ou plus souvent de l'avortement, surtout de l'avortement provoqué, les accidents infectieux qui peuvent se présenter sont de deux ordres au point de vue anatomique. Ou bien, il se développe dans la cavité utérine une infection locale qui s'accompagne de phénomènes généraux (fièvre en particulier) dus à la résorption toxique : toxines microbiennes et produits de nécrose ou de désintégration des albumines; il s'agit alors d'une infection purement locale (métrite aiguë) avec intoxication générale. C'est la forme que l'on

pourrait appeler *puerpérale toxémique* (Léon Audain). Ou bien, à la suite de l'infection utérine, parfois presque en même temps qu'elle, éclate une infection générale dont l'agent pathogène est souvent le streptocoque. C'est la forme avec septicémie que l'on pourrait appeler *puerpérale infectieuse* ou puerpérale vraie. Parfois enfin la porte d'entrée utérine est insignifiante, l'injection sanguine existe pour ainsi dire seule : *septicémie puerpérale*.

Dans ces différentes formes, l'hématologie, la façon dont on doit interpréter les résultats des examens de sang, le pronostic diffèrent, comme nous l'avons dit.

Dans la puerpérale toxémique, le pronostic est relativement bénin. Hématologiquement, on constate une leucocytose normale ou légèrement supérieure à la normale avec polynucléose nulle ou peu accentuée. Puisqu'il s'agit ici de l'infection d'un organe peu riche en éléments lymphoïdes, on doit, conformément aux lois de Léon Audain (1), considérer le *polynucléaire* comme le facteur essentiel de la défense organique. Un simple examen de sang (numération et dénombrement des globules blancs) permettra donc d'établir un pronostic rationnel. Admettons que l'on ait obtenu les résultats suivants :

Leucocytes	8.000
Polynucléaires	76 p. 100
Mononucléaires	24 p. 100

Comment interpréter cette formule? Si l'on admet comme normaux les chiffres de 7.000 leucocytes par millimètre cube de sang avec 70 p. 100 de polynucléaires on voit qu'il existe chez l'individu sain 4.900 polynucléaires par millimètre cube. Dans le cas pris comme exemple il en existerait $760 \times 8 = 6.080$. La différence entre ce chiffre est la normale ou $6.080 - 4.900 = 1.180$ représente ce que Léon Audain a appelé la résultante des deux facteurs de la défense, véritable combinaison de l'élément quantité (nombre de leucocytes par millimètre cube) et de l'élément qualité (forme globulaire utile mono ou polynucléaire suivant le tissu infecté) (2).

Dans le cas présent la résultante 1.180 est supérieure à la normale par conséquent positive, mais elle peut être égale à zéro (comme chez l'individu sain) ou négative dans certains cas (leucopénie, hypopolynucléose). En général la défense organique est d'autant plus forte, partant le pronostic d'autant meilleur que la résultante est plus élevée. Dans la forme qui nous occupe actuellement (infection locale avec toxémie) la résultante est d'habitude peu élevée, parfois nulle ou même négative (3). Des études de Léon Audain et de nos propres observations, il résulte que, dans ces formes toxémiques, le pronostic est toujours favorable lorsque la résultante est positive (4). Il est moins bon, mais favorable encore, lorsqu'elle présente des oscillations en positive et en négative. Se basant sur un très grand nombre d'observations cliniques et hématologiques, Léon Audain a fixé approximativement le chiffre au-dessous duquel le pronostic devient mauvais. On peut le considérer comme tel, lorsque la résultante se maintient au-dessous de — 600. Lorsqu'elle persiste à rester au-dessous de ce chiffre malgré un traitement énergique, il faut faire des réserves concernant le pronostic. La mort est *certaine* enfin quand, malgré un traitement sévère, la résultante reste aux environs de — 2.000 ou — 3.000. Dans les cas où le chiffre varie entre 0 et — 600 la résultante peut être considérée comme passable.

Si maintenant nous passons à l'étude des formes dans lesquelles existe, en même temps que l'infection utérine, une infection générale, nous voyons qu'ici encore, selon les lois de Léon Audain (1), le polynucléaire est l'élément essentiel de la défense puisque le sang est un tissu paucilymphoïdien (30 p. 100 environ de lymphocytes). Et, comme d'ailleurs nous l'avons observé dans toutes les infections générales, les résultantes sont constamment positives. Lorsque l'on se trouve en présence d'une infection sérieuse (cas assez fréquent dans les puerpérales vraies) on peut faire poser le pronostic, se baser sur l'échelle suivante :

+ 500 à + 1.000	Résultante	franchement mauvaise.
+ 1.000 à + 3.000	—	très faible.
+ 3.500 à + 6.000	—	faible.
+ 7.000 à + 9.000	—	passable.
+ 10.000 à + 18.000	—	assez bonne.
+ 19.000 à + 22.000	—	bonne.
Au dessus de + 22.000	—	très bonne.

Dans les infections de moyenne intensité, on peut considérer la résultante comme passable à partir de 8.000, bonne de 10.000 à 16.000 et très bonne au-dessus de ce dernier chiffre. La constatation, pendant plusieurs jours, d'une résultante bonne ou très bonne permet d'affirmer la guérison et même une guérison prochaine. Celle-ci, en ce cas, se fait pour les ressources propres de l'organisme et en dehors de toute intervention thérapeutique.

Donc, au cours d'une infection puerpérale sérieuse, si vous trouvez, par exemple, une résultante de + 20.000, vous pouvez sans crainte de vous tromper considérer le pronostic comme favorable, même si l'état clinique apparaît inquiétant. Un organisme bien défendu doit venir à bout de toutes les attaques microbiennes, à condition cependant que vous ne laissiez pas faiblir sa défense si la bataille vient à se prolonger trop longtemps. Si, au contraire, vous trouvez une résultante très faible et le restant en dépit de toute thérapeutique, vous pouvez considérer la mort comme *fatale* même si l'état clinique n'est pas des plus alarmants.

Mais, objectera-t-on, il n'est pas toujours facile de faire tous les jours ou même tous les deux jours un examen de sang. Celui-ci est fort simple puisqu'il consiste uniquement à compter les globules blancs et à en dénombrer les variétés.

On peut, d'ailleurs, se contenter de le pratiquer une fois de temps en temps pour « faire le point ».

(1) Léon AUDAIN. *Les bases rationnelles de la médication leucogène*, Maloine, 1915. — Georges AUDAIN. *La médication leucogène dans les maladies infectieuses et les infections chirurgicales*, Maloine, 1917. — La leucocytose dans les infections. *Presse médicale*, avril 1919.

(2) *Idem*.

(3) Il en est ainsi dans tous les cas d'infection locale avec intoxication, en particulier dans le tétanos type de l'infection locale avec toxémie.

(4) Dans ces formes la résultante n'atteint jamais même dans les cas favorables de chiffres positifs très élevés. C'est même là un moyen de la distinguer de la puerpérale infectieuse.

(1) Lois de Léon AUDAIN. L'organisme se défend *initialement* par deux processus contre le microbe envahisseur : *A*. Par un procédé de défense à distance lorsqu'une région dépourvue de tissu lymphoïde (ou pauvre en ce tissu) est attaquée par un microbe. Il mobilise les polynucléaires qui partant de leur centre d'origine affluent en grand nombre vers le point attaqué. *B*. Au contraire lorsqu'une région riche en tissu lymphoïde (intestin par ex.) est le siège de l'invasion, les éléments lymphoïdes de la région entrent eux-mêmes en action et opposent une défense locale au microbe envahisseur (phagocytose directe).

Dans l'intervalle ou si pour une raison quelconque il n'est pas possible de faire ces examens, on pourra se baser sur l'évolution et la température que nous considérons, dans la grande majorité des cas, comme un point de repère pratiquement suffisant. La température sera prise quatre à cinq fois dans les vingt-quatre heures et l'on inscrira sur la feuille le *maximum* et le *minimum* de la journée. En comparant les courbes thermiques aux courbes des résultantes, Léon Audain en est arrivé à cette conclusion que, d'une façon générale, la courbe des *minima* est inverse de celle de la *résultante*, c'est-à-dire que plus la résultante est élevée et plus le minimum est bas et inversement. D'où l'on peut conclure que le pronostic est d'autant meilleur que le minimum est moins élevé. Le maximum ne semble avoir aucune signification précise au point de vue pronostic. Il paraît indiquer simplement le degré de la réaction organique ou mieux mesurer l'intensité de la lutte organisme contre microbe. En résumé, *si vous voyez les minima s'abaisser, soyez sûr que l'organisme se défend mieux, donc que le pronostic s'améliore, même si les maxima sont plus élevés.*

La méthode thérapeutique que nous préconisons, découle logiquement de l'exposé précédent. Puisque l'organisme en bon état de défense, c'est-à-dire, bien fourni en leucocytes, guérit d'une façon spontanée, notre but doit être de renforcer, toujours et toujours, la leucocytose. Comme on le voit, le microbe causal, en tout ceci, importe peu. Cette méthode est d'une portée très générale puisqu'elle s'adresse à l'organisme et non à l'agent infectieux. Nos nombreuses observations cliniques et hématologiques nous obligent, d'ailleurs, à admettre que des deux éléments en présence dans l'infection : microbe et organisme, ce dernier est de beaucoup le plus important. *C'est de lui et non du microbe que dépend, en général, la gravité de l'infection.*

Il existe un fort grand nombre de substances capables d'augmenter le nombre des leucocytes. Mais parmi les médicaments leucogènes, nous ne retiendrons que les plus importants : *colloïdaux, nucléinate de soude* et *essence de térébenthine*. Des métaux colloïdaux, l'argent et surtout le *rhodium* nous paraissent être les plus intéressants. Mais il convient de les employer à des doses beaucoup plus fortes que celles habituellement en usage. Ainsi dans les cas graves nous estimons qu'il faut injecter, soit dans les muscles, soit moitié dans les veines et moitié dans les muscles, 60 à 120 cmc. d'électrargol et 9 à 15 cmc. de rhodium colloïdal. Encore ne doit-on avoir recours à ces colloïdaux que dans les cas légers ou moyens ou dans les cas sérieux en les associant à d'autres substances.

Le *nucléinate de soude* inférieur aux colloïdaux est un bon leucogène. Les doses à employer sont les suivantes :

Cas légers........	0g25 pro die
Cas moyens	0g25 à 0g75
Cas graves.........	0g50 à 2 g. (2 fois 1 g.)

Les injections se feront en solution étendue : la solution à 5 p. 100 sera diluée dans 10 fois son poids de sérum physiologique. On pratiquera la piqûre à la fesse ou mieux dans la région du flanc. Deux à six heures après l'injection, on constate le plus souvent une réaction générale (hyperthermie, tachycardie, frissons, sueurs, etc.) dont on ne doit pas s'alarmer et qu'il faut, au contraire, considérer comme étant de bon augure. Dans ces cas moyens, on injectera d'emblée 0g50 de nucléinate de soude. Si l'on obtient un résultat satisfaisant (élévation sensible de la résultante ou abaissement du minimum thermique), on pourra, le jour suivant, abaisser la dose. Sinon, on devra l'augmenter progressivement par fraction de 0g25 jusqu'à 2 g. A partir de 1g50, on aura avantage à pratiquer une injection matin et soir. Enfin dans les cas assez sérieux, il sera bon de renforcer l'action de nucléinate de soude par l'usage des métaux colloïdaux.

Dans les cas particulièrement graves ou si les injections de nucléinate de soude n'ont pas provoqué une poussée leucocytaire suffisante ou une amélioration clinique appréciable, il faut avoir, sans hésitation, recours à l'injection d'essence de térébenthine (3 à 5 cmc. à la face externe de la cuisse, injection sous-aponévrotique). Ce médicament employé depuis Fochier et apprécié par les accoucheurs n'agit pas, comme on l'avait cru tout d'abord, en fixant en un point déterminé les éléments nocifs en circulation dans l'organisme, mais bien en provoquant une violente réaction leucocytaire. C'est pourquoi il serait plus rationnel, à l'exemple de Léon Audain, de l'appeler abcès leucogénésique ou leucogénique.

A plusieurs reprises (1) nous avons insisté sur ce fait que l'abcès n'agit véritablement qu'au bout de 36 à 72 heures. Il y a donc grand intérêt, pendant ce laps de temps, à continuer l'usage des médicaments leucogènes précédemment indiqués (métaux colloïdaux et nucléinate de soude). L'essence de térébenthine, leucogène puissant, présente l'inconvénient de provoquer, à peu près constamment, un abcès. Lorsque celui-ci, d'ailleurs, ne se produit pas, on peut, d'après nos observations, considérer le pronostic comme irrémédiablement fatal. L'abcès dit de fixation peut donc rendre les plus grands services, au cours des infections, en général, de l'*infection puerpérale* en particulier, mais à une condition cependant, c'est de ne pas attendre, pour le provoquer, que la situation soit absolument désespérée. Provoquez-le, alors que l'organisme est encore capable de réagir, répétez-le même s'il est nécessaire et vous en constaterez les étonnants résultats. Aussi bien dans ces infections puerpérales que dans les typhoïdes et paratyphoïdes, aussi bien dans ces pneumonies graves et les broncho-pneumonies que dans les *septicémies*, quelle qu'en soit l'origine et la nature.

Employez l'essence de térébenthine :

1° D'emblée si vous vous trouvez en présence d'un cas *très grave*.

2° Secondairement, dans les cas de moyenne intensité, lorsque vous n'aurez pas obtenu un résultat suffisant avec les colloïdaux et nucléinate de soude.

Surtout n'attendez pas qu'il soit *trop tard* et injectez l'essence de térébenthine dès que l'état de votre malade commence à devenir inquiétant.

Dans les deux cas que nous avons envisagés : puerpérale toxémique et puerpérale infectieuse, la médication leucogène sera indiquée ; dans le premier cas, cependant, elle ne sera qu'un adjuvant, le nettoyage de la cavité utérine, c'est-à-dire la suppression du foyer toxigène constitue l'acte thérapeutique primordial. En cas de puerpérale

(1) G. Audain. *La médication leucogène dans les maladies infectieuses et dans les infections d'ordre chirurgical*, Maloine, 1917. — La médication leucogène, thérapeutique rationnelle des infections, *Gaz. des hôpit.*, 1919.

infectieuse, au contraire, il pourra être utile, nécessaire même, de procéder à un curettage, mais celui-ci effectué, vous n'aurez fait que la plus petite partie de votre ouvrage. Vous avez supprimé totalement, ou plutôt en partie, l'infection locale, mais l'infection générale se poursuit, évolue, gagne du terrain et l'infection utérine passe tout à fait au second plan. C'est dans ces cas que la médication leucogène est non seulement utile comme dans la forme toxémique, mais encore absolument indispensable, dans les formes légères et moyennes pour écourter la durée de la maladie et partant éviter les complications, dans les formes graves pour donner à l'organisme, avec les moyens de se défendre, les plus grandes chances de guérir, chances qu'aucune autre thérapeutique ne saurait lui donner.

A la médication leucogène, il pourra être indiqué d'associer à titre accessoire d'autres médications : tonicardiaque par exemple ou diurétique (particulièrement dans les formes toxémiques), etc. On pourra aussi avoir recours préventivement à la médication leucogène à la suite des accouchements laborieux, ou après les fausses couches avant toute menace d'infection. On en obtiendra les plus beaux résultats comme, d'ailleurs, dans un autre ordre d'idées, nous en avons obtenu à la suite des interventions chirurgicales pénibles ou laborieuses. Un organisme en bon état de défense ne permet pas à l'infection de prendre pied et ici comme partout ce vieil adage reste vrai :

« Mieux vaut prévenir que guérir. »

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 23 AOUT 1920)

Sur la destruction des termites par la chloropicrine. — M. J. FEYTAUD.

LIVRES NOUVEAUX

Du symptôme à la maladie (1) [4e édition], par le Dr COSTE.

Toute la médecine pratique, fait remarquer avec raison le prof. Grasset, tient dans cette seule question : comment passer du symptôme à la maladie? « Transformer le symptôme en signe, du phénomène constaté faire un élément de diagnostic et une source d'indication thérapeutique, toute la médecine pratique est là. »

C'est ce travail de séméiologie pratique que M. Coste a voulu épargner au praticien, en leur montrant, par des exemples concrets, comment on peut, en présence d'un malade, arriver au traitement. Ceci suppose plusieurs étapes : laisser parler le patient, puis l'interroger, le soumettre à toutes les méthodes d'examen nécessaire, que l'on se contente des ressources de la clinique ou que l'on fasse appel au laboratoire; muni de tous ces renseignements, déduire l'état anatomique et fonctionnel des organes, arriver, ainsi, au diagnostic de la maladie, autrement dit, reconnaître l'espèce nosologique à laquelle le cas appartient.

Ce travail d'analyse aboutissant à la synthèse, l'auteur l'a fait pour la plupart des symptômes habituels : anémies, anuries, arythmies, ascites, modifications du rythme cardiaque, insomnies, etc. Ce livre, en quelques années, et malgré les circonstances, est arrivé à la 4e édition. C'est dire s'il est bien conçu, utile, s'il mérite, en un mot, les éloges que lui adresse le regretté prof. Grasset dans sa magistrale préface.

L. BABONNEIX.

(1) In-18 de 367 p. — Prix : 12 fr. — Paris, Maloine.

Le Sens de la vie humaine (1), par Eug. OSTY.

Ce petit volume vient au secours des doctrines spirites. Il apporte sa pierre à l'édifice du subconscient. Ses derniers chapitres seuls étudient une faculté, celle de lucidité qui serait en voie de développement chez l'homme et prouverait le bien fondé des conceptions métapsychiques chères aux spirites qui veulent absolument faire intervenir un troisième facteur à côté de l'âme et du corps.

Tout le reste du volume tend à prouver que les facultés humaines se sont petit à petit développées depuis l'origine de l'humanité et sont toujours en évolution vers un perfectionnement psychique, intellectuel, moral, etc. Rien de très nouveau dans cette conception de l'évolution cependant démentie par tous les faits. Pourquoi dire que le progrès intellectuel est un fait. Ni Aristote, ni Platon ne sont cependant nos contemporains.

JEAN FERRAND.

Troubles mentaux et troubles nerveux de guerre, par G. DUMAS (2).

Dans les centres psychiatriques d'armées dont il a eu la direction, le Dr Dumas a recueilli une ample moisson d'observations et d'études sur les troubles névro-psychopathiques de guerre les plus intéressants. Ce sont ces faits qu'il a rassemblés ici et qu'il a classés en se basant à la fois sur leurs conditions étiologiques et sur leurs caractères cliniques essentiels.

Il les distingue ainsi d'emblée en deux groupes : d'une part les troubles mentaux qui ne sont que colorés par la guerre ou indirectement provoqués par elle et d'autre part ceux qui sont directement produits par les émotions et les commotions.

Les premiers surviennent chez des psychopathes antérieurs, sous forme soit de délire de guerre, soit de confusion, soit d'accès d'excitation ou de dépression. On voit dans ce groupe des paralytiques généraux (dont la proportion d'ailleurs n'a nullement été augmentée par la guerre), des délirants chroniques, des débiles, des alcooliques aigus ou chroniques, des mélancoliques et des maniaques.

Les seconds, provoqués par les émotions et les commotions, réalisent le syndrome de la confusion mentale, avec fréquemment chez les uns délire onirique fréquent, chez les autres asthénies ou stupeur, chez d'autres hyperémotivité et anxiété, amnésie de différents types, lacunaire, de fixation, antérograde ou rétrograde.

Etudiant ensuite les conditions organiques de ces troubles, l'auteur indique le rôle de l'ébranlement et de l'épuisement émotionnel; il les montre associés à des accidents nerveux divers, sensoriels et sensitifs, moteurs et circulatoires, troubles nerveux de la vie végétative et de la vie de relation; il fait la part de la lésion organique et celle des troubles toniques. Il passe en revue les interprétations émotionnelles et pithiatiques ainsi que les conditions de la suggestibilité des sujets. Il termine enfin par des considérations sur la thérapeutique mentale et la médecine légale de ces cas.

P. CAMUS.

L'Annuaire général des officiers du Service de santé (arrêté au 1er mai 1920).

Cet *Annuaire* contient les listes d'ancienneté complètes à jour au 1er mai 1920 pour tous les grades de l'armée active.

Les tableaux d'avancement, le tableau de concours pour la Légion d'honneur, celui pour la médaille militaire sont compris dans l'*Annuaire*.

L'*Annuaire* se termine par le très important décret du 15 juin 1920 instituant un concours pour l'obtention du titre de « médecin des hôpitaux militaires », « chirurgien des hôpitaux militaires », « spécialiste des hôpitaux militaires » et de « pharmacien chimiste du Service de santé militaire ».

L'*Annuaire général des officiers du Service de santé pour 1920* est en vente chez l'éditeur militaire Lavauzelle, 124, boulevard Saint-Germain, Paris, et 62, avenue Baudin, Limoges, au prix de 10 fr.

L. G.

(1) 271-XI p. — Prix : 5 fr. — Paris, La Renaissance du livre.
(2) In-16 de 227 p. (Nouv. collect. scientif.) — Paris, F. Alcan.



NOTES POUR L'INTERNAT

HÉMATURIES [1]

e. L'examen du contenu et du dépôt peut donner quelques renseignements : les dépôts glaireux striés de sang sont en faveur d'une hématurie vésicale.

S'il y a des longs caillots en vermicelle, moulés, cylindriques, pouvant atteindre 12 à 15 cm., ils sont d'origine rénale.

Enfin si l'on découvre des fragments de néo, ils ne viennent jamais des reins.

f. L'examen microscopique peut montrer la présence de cylindres hématiques : ce symptôme est très important et indique une néphrite hématurique, les hémorragies se produisant au niveau du rein, dans les tubuli contorti.

g. Les moyens d'exploration : le toucher rectal donne des renseignements de la plus grande importance dans les hématuries prostatiques ou vésicales.

Le palper hypogastrique augmente l'hématurie dans le cas de lésion vésicale.

Enfin la distension de la vessie et le lavage vésical (Guyon) déterminent l'hémorragie vésicale.

On emploie aujourd'hui, dans les cas difficiles, des procédés d'investigation récents : la cystoscopie, la division des urines (Cathelin) et le cathétérisme des uretères.

Ces divers procédés qui ne peuvent être à la portée que de spécialistes montreront d'où vient l'hémorragie, de quel rein et permettront aussi d'étudier la valeur fonctionnelle comparée des deux reins.

C'est grâce à tous ces moyens et à la recherche de tous ces caractères des hématuries que l'on pourra préciser le siège de l'hématurie.

Le diagnostic causal en sera, de ce fait, grandement facilité.

IV. **DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE.** — On ne négligera jamais les autres indications que donne une observation bien prise de malade. L'examen du malade, les conditions étiologiques de la maladie, l'âge, la profession, les antécédents, la fièvre, l'état de cachexie, l'analyse complète des urines, l'état du foie, la présence ou l'absence de pus dans les urines sont autant d'indications qui servent à établir la cause d'une hématurie.

Deux cas différents comme difficulté peuvent se présenter :

A. CAS DANS LESQUELS LE DIAGNOSTIC EST ÉVIDENT. — Nous n'insisterons pas sur les gros traumatismes, les fractures du bassin, les contusions de la région lombaire, ou de la région hypogastrique, la cystite blennorragique. Nous insisterons un peu plus sur les *hématuries dites médicales*, qui surviennent au cours des néphrites aiguës ou subaiguës ou au cours d'un état infectieux grave tel que la variole, le scorbut, la scarlatine.

C'est dans ces cas que la présence de cylindres dans les urines est d'une grande valeur : cylindres hématiques et cylindres divers en rapport avec le caractère aigu ou chronique de la néphrite.

1. *Néphrite aiguë a frigore.* — Les urines sont rouges, concentrées, peu abondantes, il y a de la fièvre, de la courbature, etc., l'état général est grave.

2. *Néphrites subaiguës.* — Ce sont les néphrites hématuriques que l'on peut observer au cours ou au déclin d'une scarlatine, d'une diphtérie ou toute autre maladie infectieuse, dont l'existence connue facilite le diagnostic d'hématurie.

3. *Néphrite chronique.* — L'hématurie peut survenir dans les néphrites interstitielles, à l'occasion de poussées congestives, aiguës, que ces néphrites soient diffuses ou parcellaires. Il est même des néphrites chroniques, restées inconnues, et dont le premier symptôme se trouve être une hématurie. Ces diverses formes cliniques de néphrites peuvent donner lieu à des hématuries symptomatiques, spontanées, unilatérales, ayant les caractères des hématuries rénales, accompagnées souvent de douleurs et de tuméfaction rénales. Certaines ont même été considérées comme des hématuries essentielles. Il s'agit en réalité d'hématurie avec hypertension artérielle et quelques petits accidents de brightisme (Castaigne).

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 73, p. 1167.

Au cours de certaines *maladies de cœur*, les lésions rénales prédominent, qui constituent le rein cardiaque. L'infarctus du rein peut se produire et s'accompagner alors d'une hématurie. Le début est brusque, l'auscultation du cœur et les signes d'hyposystolie peuvent mettre sur la voie.

Nous signalerons aussi les hématuries qui surviennent au cours des *maladies infectieuses* à forme hémorragique, telles que la scarlatine, la variole, la diphtérie, la fièvre typhoïde, l'ictère grave, le typhus : ce sont des hématuries rénales à pronostic grave.

Certaines *affections sanguines*, telles que le purpura hémorragique, l'hémophilie, le scorbut, l'anémie pernicieuse, la leucémie, le paludisme peuvent s'accompagner aussi d'hématuries.

Enfin, signalons seulement les hématuries de cause rare ou mal déterminée. Ce sont bien souvent des hématuries d'ordre parasitaire ; la bilharzia, le distomium hematobium, la filaire, le kyste hydatique sont mis en évidence par la présence même du parasite ou de ses œufs dans le culot de l'urine.

Certaines hématuries qui ont été signalées au cours de la grossesse, ou au cours de rein mobile, ou bien même étiquetées angionévrotiques ou essentielles peuvent survenir sans cause apparente bien déterminée (Sénator, Legueu). Mais pour Legueu toutes ces hématuries seraient liées pour la plupart à des néphrites hématuriques à lésions parfois minimes ou plutôt à des tuberculoses rénales au début.

B. CAS A DIAGNOSTIC DIFFICILE. — L'hématurie se présente comme le symptôme principal présenté par le malade. C'est dans ces cas que les diagnostics de siège et de cause sont liés très étroitement.

L'hématurie peut provenir de l'urètre postérieur, de la prostate, de la vessie ou du rein. Suivant le cas elle relève d'un traumatisme (et c'est un diagnostic évident !), ou d'une inflammation locale, ou d'une lésion organique (tuberculose, cancer ou lithiase).

1. *Hématuries de l'urètre postérieur.* — Ce sont des hématuries initiales. Elles sont dues à des traumatismes, cathétérisme (fausse route), inflammation locale blennorragique. Elles présentent peu d'intérêt.

2. *Hématuries prostatiques.* — Ce sont des hématuries toujours *initiales*, que l'on pourra facilement reporter à leur cause grâce au toucher rectal et à l'exploration de la traversée prostatique.

Les lésions les plus fréquentes qui peuvent être à l'origine de ces hémorragies sont : l'hypertrophie de la prostate, la tuberculose et le cancer prostato-pelvien :

a. L'hypertrophie prostatique s'accompagne d'hémorragies fréquentes, répétées, durant trois à quatre jours. Elles sont dues souvent au passage d'instruments, mais bien plus souvent encore à la congestion de la vessie, qui se vide incomplètement. Ces hémorragies cèdent, en général, très vite à la sonde à demeure.

b. La tuberculose prostatique s'accompagne d'hémorragies fréquemment, mais elles sont peu abondantes. Il y a en outre en même temps des localisations tuberculeuses ailleurs, au niveau des vésicules séminales, de l'épididyme, des poumons, etc.

c. Le cancer prostato-pelvien se traduit par des hémorragies abondantes avec dysurie. Il y a des troubles de la défécation et de la miction, des douleurs violentes. Au toucher rectal, on trouve des masses dures, bosselées et des ganglions dans le bassin.

3. *Hématuries vésicales.* — Les hématuries vésicales sont surtout terminales et s'accompagnent de phénomènes d'irritation de la vessie. Elles peuvent se voir à tous les âges : chez les enfants, il s'agit souvent de tuberculose ; chez l'adulte, de lithiase, tuberculose, cancer, cystite. Nous signalerons seulement les hématuries qui relèvent :

a. D'une surdistension de la vessie, chez les prostatiques.

b. D'une décompression brusque par sondage au cours d'une rétention.

c. D'un ulcère de la vessie. *(A suivre.)*

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 77. — MARDI 7 & JEUDI 9 SEPT. 1920 93e ANNÉE. MARDI 7 & JEUDI 9 SEPT. 1920. — N° 77.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Le jury est provisoirement composé de MM. Lemaire, Chiray, Guimbellot, Deniker, Vignes, qui acceptent ; Hautant, Lian et Mondor, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère de l'Intérieur. — *Au grade de chevalier.* — M. le Dr Vié (de Montbrison).

Ministère de la Guerre. — *Au grade de commandeur.* — (Active.) M. le médecin-major de 1re classe Guichard.

M. le médecin inspecteur des troupes coloniales Rigollet.

M. le médecin principal Lejonne.

(Territoriale.) MM. les médecins principaux Pailloz et Frilet.

M. le médecin inspecteur Troussaint.

(Rayé des cadres.) M. le médecin principal Dubrulle.

Au grade d'officier. — (Active.) MM. les médecins principaux Lamoureux, Bichelonne, Miramond de Laroquette.

MM. les médecins-majors de 1re classe Gorisse, Chaudoye.

M. le médecin-major de 2e classe Bailly.

(Troupes coloniales.) M. le médecin-major de 1re classe Fulconis.

Au grade de chevalier. — (Active.) M. le médecin-major de 1re classe Chambellan.

MM. les médecins-majors de 2e classe Prat, Pierrot, Saffores, Mairesse, Donins, Pouchet, Bertein, Fayet, Policard, Baget, Nicard, Dornoy, Vuillaume, Bureau, Liégeois, Blondel, Benazet, Badie, Barboni, Renoux, Giacardy, Le Lyonnais, Lancelot, Ferry, Drouhet, Laloy, Heyraud, Planques, Gillain, Fontanel, Billet, Mulot, Rémy, Baron, Turcan, Chanoine, Hirigoyen, Ducos, Solle, Baur, Paoli, Auge.

M. le médecin aide-major de 1re classe Gaignoux.

M. le pharmacien-major de 1re classe Debucquet.

(Réserve et territoriale.) MM. les médecins-majors de 1re classe de Fourmestraux, Lemercier, Challaye, Armbruster, Tavernier, Massabuau, Drucbert, Berthe, Desrousseaux, van Vyve, Rouanet.

MM. les médecins-majors de 2e classe Job, Labrevoit, Daunay, Oppert, Nathan, Klotz, Warin, Theulet-Luzie, Chancel, Jacquot, Ozanon, Michel, Boutavant, Favalelli, Pigeaud, Feyfant, Fagault, Mazeran, Vidal, Orssaud, Roger, Arsimoles, Cruchet, Morvan, Bouchot, Villejean, Cayre, Vaillant, Jacquet, Bouchet, Peguet, Dufour, Farcy, Audy, Descouts, Vincent, Perrin, Morel, Roussellier, Vedel, Regett, Dumora, Pujo, Dervaux, Piet, Rigaux, Dupouy, Delon, Sigre, Norero, Dupont, Naud, Boudin, Picard, Royet, Azema, Borderes, Sauvageot, Astier, Linard, Sourdin, Pouchot de Champtassin, Pfulb, Guilloteau, Durozoy, Buron (H.), Benard, Desplats, Gantois, Aerts, Dolain, Herin, Fichaux, Carrez, Bricard, Triqueneaux, Aubert, Verhaeghe, Coppens, Pavie, Bellot, Colin, Bernancourt, Leclere, Caron, Nicolas, Hardyau, Golaz, Aveline, Beauchef, Brisard, Richet, Villandre, Serra, Guillaume, Le Sourd (L.), Hellion, Grelault, Houdard, Demay, Joltrain, Bidault, Fourre, Mauban, Laurens, Klein, Dejault, Merson, Fortineau, David, Philippon, Berthelon, Fauveau, Beutter, Duvernay, Lépine, Bertier, Morel, Bouquet, Balestre, Reilhac, Laparade, Bouchard, Wolters, Anastaze, Battarel, Hanriot, Merklen, Bréchot, Roudinesco, Charropin, Durœux, Brenac, Jacquot, Tobe, Savoure, Heuyer, Poitau, Bernard, Haeu, Lamare, Maury, Wagon, Couffon, Pignot, Louvrier, Baudin, Rollet, Theroude, Bouveret, Privey, Coupe, Validire, Rouault, Hutinet, Menard, Liebert, Dupic, Martin-Sisteron, Truchet, Duroux, Pozzo di Borgo, Pellissier, Perrenot, Gaimard, Coulanges, Berratta, Delon, Clermont, Garipuy (L.), Garipuy (J.), Canton, Robert, Mondiet, Castera, Aubry, Berthélemy, Ben Hamou, Paynel, Oster, Barthélemy, Vaivrand, Humbert, Riberol, Viguerie, Gauthier, Leroux.

MM. les médecins aides-majors de 1re classe Izard, Madon, Casanouve, Dublet, Dubois, Robert, Monbrun, Beliard, Latour, Cache, Lamotte, Devillers, Plaisant, Habert, Durand, Mainot, Lorin, Cader, Debre, Barthélemy, Gauthier, Cohen, Thibierge, Bailly, Hatton, Blais, Beix, Rabourdin, Poirrier, Chochon-Latouche, Seigneur, Guiraud, Barre, Monnier, Petit, Pinet, Barescut, Perrin, Mazel, Papin, Berniolle, Vidonne, Ledoux, Allee, Cassard, Marini, Carrere, Carnet, Chopinet, Gatellier, Mitton, Le Chaux, Aureille, Guittard,

Ratel, Narboni, Pesnel, Léger, Humbert, Lacoste, Bouchaud, Brillaut, Ferry, Adrian, Berche.

MM. les médecins aides-majors de 2e classe Humbert, Destremont, Foubert, Falacci.

MM. les pharmaciens-majors de 2e classe Bury, Géraudel, Belonie, Tailliar, Lerat, Marguery.

GRANDE CHANCELLERIE. — *Au grade d'officier.* — M. le Dr Grenier, médecin titulaire de la Grande Chancellerie de la Légion d'honneur.

Au grade de chevalier. — M. le Dr Venot, médecin titulaire de la Maison d'éducation de la Légion d'honneur des Loges.

SUBVENTIONS POUR LES ÉTUDES MÉDICALES. — Le Conseil municipal de Paris, à la suite d'un rapport de M. Calmels, vient de voter un crédit global de 357.600 fr. pour subventions spéciales en faveur des études médicales.

Ce crédit devra recevoir les affectations suivantes :

1° Laboratoires individuels, 135.550 fr. ;

2° Laboratoires centraux de radiographie et d'électrothérapie, 127.265 fr. ;

3° Bibliothèques médicales (achat et entretien de livres, publications périodiques), 19.600 fr. ;

4° Bourses de voyage, 9.000 fr. ;

5° Amphithéâtre d'anatomie (Clamart), 2.400 fr. ;

6° Musées des divers établissements, 42.160 fr. ;

7° Réserve, 21.625 fr.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les Drs Antonini et Douboff (de Marseille) et Humbert (de Rambouillet).

JURISPRUDENCE

ARRÊTÉ DU 8 JUILLET 1920 RELATIF AU TARIF DES FRAIS MÉDICAUX

Nous avons indiqué (1) que le *Journal officiel* du 22 juillet 1920 avait publié un arrêté fixant le tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail; lequel était prévu par l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, modifié par la loi du 31 mars 1905.

Cet arrêté porte la date du 8 juillet 1920. *Il prend effet à partir du 1er septembre 1920* (art. 32).

L'article 4 modifié de la loi de 1898 est ainsi conçu : « La victime peut toujours faire choix elle-même de son médecin et de son pharmacien. Dans ce cas, le chef d'entreprise ne peut être tenu des frais médicaux et pharmaceutiques que jusqu'à concurrence de la somme fixée par le juge de paix du canton où est survenu l'accident, conformément à un tarif qui sera établi par arrêté du ministre du Commerce, après avis d'une commission spéciale comprenant des représentants de syndicats de médecins et de pharmaciens, de syndicats professionnels ouvriers et patronaux, de sociétés d'assurances contre les accidents du travail et de syndicats de garantie, et qui ne pourra être modifié qu'à intervalles de 2 ans. »

C'est ce tarif qui vient seulement de voir le jour. Tout vient à point à qui sait attendre !

C'est le ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, qui, remplaçant le ministre du Commerce, a pris l'arrêté fixant ce tarif. Il importe d'en faire connaître les principales dispositions, contenues dans divers paragraphes. Mais au début même des indications que nous allons donner, il convient de signaler l'article 30 de l'arrêté, aux termes duquel les allocations dues en vertu de ses dispositions doivent faire l'objet d'une note d'honoraires signée du médecin traitant et contenant :

1° Les nom et adresse du médecin traitant ;

2° Les nom et adresse du blessé ;

3° Les nom et adresse du chef d'entreprise ;

4° La date de l'accident ;

5° L'endroit où le blessé a été soigné ;

6° L'indication de la distance, s'il y a lieu à tarif kilométrique ;

7° L'indication, dans leur ordre chronologique et avec leurs dates, des certificats, consultations, visites, interventions, ainsi que les circonstances (visites de nuit, à heure fixe, indemnités de déplacement), qui peuvent en modifier le prix ;

8° La dénomination exacte des opérations d'après le tarif et les décisions prises d'accord ;

9° L'indication des fréquences de visites ou de consultations et de tout ce qui, dans le traitement, a pu présenter un caractère anormal ;

10° Le total des honoraires.

Le médecin ne peut réclamer d'honoraires que pour les soins qu'il a donnés lui-même.

1. FRAIS MÉDICAUX. — Le prix de la visite faite au domicile du blessé qui ne peut se présenter à la consultation sans inconvénient pour sa santé est fixé à 10 fr. ou à 8 fr., suivant que la commune, lieu de résidence du blessé, appartient à l'une des deux catégories suivantes :

a. Villes de 100.000 habitants et au-dessus et leur banlieue ; régions libérées ; Paris et sa banlieue ; l'article indique ce qu'il faut entendre par banlieue ;

b. Villes de moins de 100.000 habitants et les campagnes.

Le prix de la consultation au cabinet du médecin est fixé à 8 fr. et à 7 fr. suivant que la commune, lieu de résidence du blessé, appartient à la première ou à la seconde des deux catégories qui viennent d'être indiquées.

Les déplacements donnent lieu à une indemnité kilométrique; celle-ci n'est due en principe qu'autant que le médecin et le blessé habitent deux communes différentes. Cependant, si dans une même commune la distance entre le domicile du médecin et celui du blessé est supérieure à 1 km., l'indemnité kilométrique est décomptée ; exception est faite pour Paris et sa banlieue. L'indemnité est de 1 fr. par kilomètre parcouru, tant à l'aller qu'au retour pour les régions de plaine, de 1 fr. 50 pour les régions de montagne et les régions libérées.

Le prix de la visite, tel qu'il est fixé, est augmenté dans des cas particuliers ; notamment lorsqu'elle est nécessitée par un cas urgent les dimanches et jours fériés, qu'elle a lieu la nuit dans les cas graves et pressants, s'il y a lieu à consultation, à intervention chirurgicale. Quand le médecin traitant estime nécessaire l'intervention d'un spécialiste, il doit en donner avis préalable, par lettre recommandée, au patron ou à son assureur substitué.

2. TARIF MÉDICAL DE PRATIQUE COURANTE. — L'article 16 de l'arrêté prévoit notamment :

Visite avec ou sans pansement, massages, pointes de feu, ventouses, examen au spéculum sans pansement intra-utérin :

Première catégorie.................	10 fr.
Deuxième catégorie.................	8 fr.

Consultation avec ou sans pansement, massages, pointes de feu, ventouses, examen au spéculum, sans pansement intra-utérin :

Première catégorie.................	8 fr.
Deuxième catégorie.................	7 fr.

Le tarif se trouve augmenté, s'il y a examen au spéculum avec pansement intra-utérin, injection, ponction.

3. TARIF CHIRURGICAL. — L'arrêté envisage les diverses opérations qui peuvent être pratiquées : sutures et ligatures ; greffes épidermiques Reverdin (30 fr.) et greffes épidermiques Thiersch (80 fr.) ; fractures des doigts, des maxillaires, des jambes ; luxations, amputations et désarticulations ; enfin des opérations diverses comme la trépanation (200 fr., si elle est simple), la laparotomie (300 fr. laparotomie exploratrice ; 600 fr. laparotomie avec intervention sur organes abdominaux). — *(A suivre.)*

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 66, p. 1041.

LARYNGOCÈLE EXTERNE

TRAITÉE PAR L'EXTIRPATION. GUÉRISON

PAR MM.

André CHALIER, et Charles DUNET,
Chef de clinique chirurgicale Chef de laboratoire
à la Faculté de médecine de Lyon.

Caractérisées par leur sonorité à la percussion et leur réductibilité à la pression et dans l'inspiration, les tumeurs gazeuses du cou furent décrites sous les noms les plus divers : aérocèle, trachéocèle, thyréocèle, laryngocèle, bronchocèle furent les termes les plus fréquemment employés. Et encore passons-nous sous silence toute la série des termes désuets : thyréophyme emphysémateux, trachéophyme herniaire, etc.

Ces tumeurs nées dans la région antérolatérale du cou ont un volume des plus variables, allant de celui d'une noisette à celui d'une grosse orange. Etudiées surtout au point de vue clinique par les chirurgiens des XVIIe et XVIIIe siècles (Barbette, Verduc, Dionis), elles furent, à ce moment, confondues avec la plupart des tumeurs cervicales et ce n'est guère qu'au cours de ces 30 dernières années qu'elles furent l'objet de travaux plus précis et plus anatomiques.

Le travail extrêmement documenté de Petit, paru en 1883, dans la *Revue de chirurgie*, contribua pour une grande part, à l'étude systématique de toutes les tumeurs gazeuses du cou. Il nous faut citer par la suite, surtout la Revue générale de Guinard et Guillaume Louis (*Gaz. des hôpit.*, 1906), les contributions de Broca, Lannelongue, Chauffard et Lœderich et un article récent de Garel dans les *Annales de laryngologie* (1920).

L'étiologie de ces tumeurs, qui n'est d'ailleurs pas univoque, fut longtemps discutée et la discussion n'est pas close.

L'affection se voit à tout âge et les chiffres extrêmes donnés par Petit sont 2 mois et 73 ans.

La tumeur gazeuse est presque toujours en relation avec le conduit respiratoire, puisque l'on ne connait que 4 observations (Marcheguet) de diverticules de l'hypopharynx, implantés sur la paroi latérale du pharynx à la hauteur de la base de la langue.

Les causes prédisposantes seraient d'ordre pathologique, accidentel ou congénital.

Parmi les causes pathologiques, il faut mettre en premier lieu les abcès périlaryngo-trachéaux qui se sont drainés spontanément dans les voies aériennes, laissant une communication ultérieure entre la cavité de l'abcès et le conduit respiratoire.

Quant aux lésions tuberculeuses ou syphilitiques des cartilages, existant antérieurement à la production de la tumeur gazeuse, elles sont, dans certaines observations, indiscutables.

Les traumatismes, les efforts de toux n'agissent vraisemblablement que lorsque les parois laryngée ou trachéale sont déjà altérées.

Enfin une théorie plus récente invoque, pour expliquer les tumeurs gazeuses d'origine laryngée, une disposition anatomique normale chez certains vertébrés, le singe en particulier. Cet animal possède de véritables poches aériennes annexées au larynx, qu'il serait possible de voir persister chez l'homme sous forme d'anomalie régressive.

Nous ne discuterons pas ici le bien-fondé de chacune des hypothèses soulevées par les auteurs. Quelle que soit la pathogénie invoquée, toutes les tumeurs gazeuses du cou d'origine respiratoire ressortissent à deux variétés très distinctes l'une de l'autre.

1° La *pseudoaérocèle*, due à la filtration de l'air à travers une muqueuse respiratoire fissurée, déchirée par un traumatisme ou perforée par un processus inflammatoire. Dans ce cas, la tumeur n'est pas limitée par une paroi propre, l'air occupe les interstices cervicaux, il s'agit d'un épanchement gazeux cervical, en tout point comparable à l'emphysème sous-cutané, survenant par exemple à la suite d'une plaie thoracique.

2° L'*aérocèle* proprement dite, due, soit à la hernie de la muqueuse à travers un espace intercartilagineux, soit à la perméabilité d'un diverticule, d'origine congénitale. La poche gazeuse est alors limitée par une paroi propre, continuant la paroi laryngée ou trachéale. Suivant son origine, l'aérocèle prendra le nom de laryngocèle ou de trachéocèle. La laryngocèle, à son tour, sera soit externe, soit interne, ventriculaire.

Notre observation relate un cas de laryngocèle externe.

Observation. — Br..., 34 ans, cafetier.

On ne relève rien dans les antécédents qui puisse nous intéresser. Pas de traumatisme local, pas d'effort ayant pu entraîner de rupture du conduit respiratoire.

Il y a 6 mois environ le malade s'est aperçu, pour la première fois, d'une toute petite tumeur pâteuse, molle, non douloureuse siégeant à la partie moyenne du côté droit du cou (voir fig. 1).



Fig. 1. — *Laryngocèle externe droite.* — La poche laryngée se gonfle, au cours d'un effort expiratoire, la bouche étant fermée.

Lorsqu'il se présente à nous, nous notons dans la région thyro-hyoïdienne droite une tuméfaction de la grosseur d'une petite noix, arrondie, rénitente, très dépressible, suivant les mouvements d'ascension de la trachée au cours de la déglutition.

Mais surtout cette tumeur est *sonore, se distend par l'effort*, la bouche étant fermée. Elle est *réductible* presque complètement *par la compression*, tandis que le malade accuse de la *gêne respiratoire* et un *renvoi gazeux fétide*.

Par moment, cette tumeur est le siège de gargouillements, de bruits hydro-aériques perçus par le malade.

Pas d'autres troubles fonctionnels, pas de troubles de la phonation.

Intervention. — 24 octobre 1919. Anesthésie rectale,

120 g. d'éther. Agitation. On donne ultérieurement par la sonde rectale 30 g. d'éther. Anesthésie excellente.

Incision en T au niveau de la poche gazeuse que l'on découvre complètement. Dissection facile et libération sur toutes les faces de cette poche qui est située au-dessous de l'os hyoïde et du tronc veineux thyro-linguo-facial, et s'implante par une portion très rétrécie sur la membrane thyro-hyoïdienne à environ 1 cm. 1/2 de la ligne médiane. Ligature du pédicule qui offre à la section une lumière tapissée d'une muqueuse qui s'éverse et laisse sourdre un liquide séro-purulent. Thermocautérisation. Enfouissement du moignon. Capitonnage de la région. Suture en 3 plans. Drainage filiforme (fig. 2).

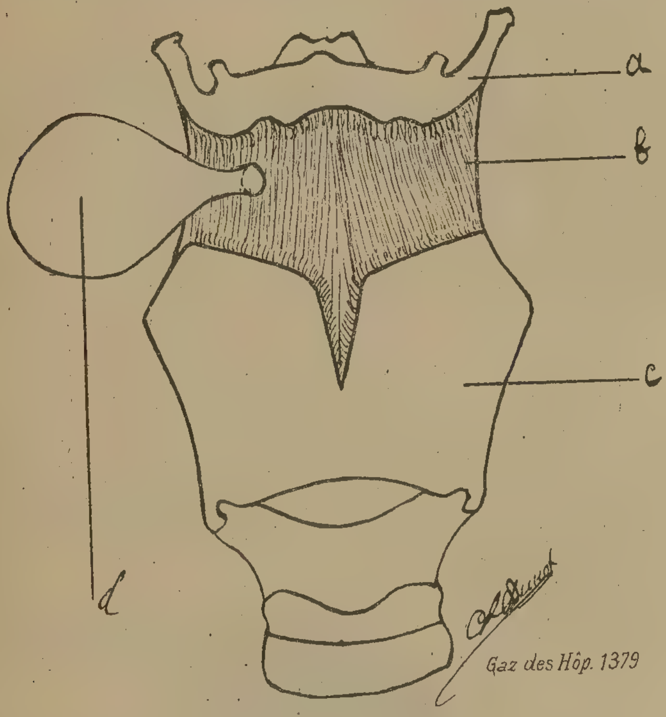


Fig. 2. — *a*. Os hyoïde; *b*. Membrane thyro-hyoïdienne; *c*. Cartilage thyroïde; *d*. Laryngocèle externe.

31 octobre. — Guérison per primam. Le malade a vu disparaître sa mauvaise haleine, et n'a plus de régurgitation.

Depuis 7 mois que date l'opération, la guérison s'est maintenue.

Examen de la pièce. — La poche extirpée a absolument l'aspect d'un sac herniaire, piriforme, avec une portion rétrécie, véritable collet, correspondant à la zone d'implantation thyro-hyoïdienne.



Fig. 3. — *Pièce opératoire.*

Dimensions : 6 cm. de longueur sur 3 cm. de largeur. Les parois ont environ 2 mm. d'épaisseur (fig. 3); la surface interne est lisse, polie, nettement tapissée par une muqueuse. Le contenu de la poche était constitué par un liquide séro-purulent, d'odeur butyreuse.

Examen histologique. — La paroi est constituée par deux portions très distinctes.

a. Une zone externe formée par un tissu conjonctif adulte à mailles serrées, renfermant quelques fibres musculaires et une très grande quantité de capillaires dilatés.

b. Une zone interne, ayant la valeur d'un chorion sous-muqueux avec très nombreuses cellules embryonnaires. A la limite externe, on note, mais seulement en certains points, un revêtement épithélial stratifié. Sur la plus grande partie de la coupe, ce revêtement a disparu, mais les portions restantes permettent d'affirmer que la paroi du sac laryngé est la continuation directe de la paroi du vestibule laryngé.

Il s'agit donc, dans notre cas, d'une tumeur gazeuse appartenant à la variété : *laryngocèle externe* et développée au niveau de l'étage supérieur du larynx.

L'examen macroscopique et surtout l'examen histologique nous montrent nettement qu'il s'agit d'un véritable *diverticule*. Il est difficile chez notre malade d'admettre le mécanisme de la hernie muqueuse; tout nous porte à croire que nous avons affaire à une malformation congénitale qui s'est révélée tardivement, de la même façon que nombre de hernies développées aux dépens du diverticule vagino-péritonéal.

Ce diverticule laryngé doit-il rappeler la poche laryngée des anthropomorphes, en un mot représente-t-il une anomalie régressive, ou bien n'est-il que l'exagération d'un appendice qui normalement existe à la partie antérieure du ventricule de Morgagne, dans l'étage glottique, et qui dans notre cas aurait été anormalement inséré au niveau de l'étage sus-glottique. Ces deux hypothèses sont également soutenables; nous ne saurions prendre partie pour l'une ou pour l'autre, mais il nous paraît impossible de ne pas admettre la notion de malformation congénitale.

Quel traitement opposer à cette malformation?

Si le baron Larrey pouvait regretter, chez les militaires, la suppression du col en carton qui s'opposait aux ectasies cervicales de toute nature, de tels regrets, à notre époque, ne seraient plus de mise.

Nous ne parlerons que pour mémoire des préparations iodées administrées intus et extra par ceux confondant tumeurs gazeuses et goitres. Nous en arrivons aux moyens plus directs. Pendant fort longtemps on eut recours à la compression, certains utilisaient un collier de plomb ou une lame de plomb enduite de mercure, d'autres des tampons de charpies maintenus par un adhésif. Larrey chez les deux sous-officiers qui firent l'objet de ses observations exerça cette compression au moyen de bourses de taffetas et de compresses camphrées, maintenues sur la tumeur pendant 5 à 6 semaines. Le résultat fut excellent momentanément, mais au bout de quelques jours les tumeurs reparurent et le traitement ne consista plus qu'en la mise à la retraite de leurs porteurs!

Malgré ces exemples fâcheux la compression a certainement des succès à son actif : Béhier, Devalz, en ont rapporté des exemples probants. Ce qui fit le succès de cette méthode, ce ne fut pas seulement sa simplicité, mais surtout les échecs des autres procédés thérapeutiques.

Heidewich incisa une telle tumeur et essaya de la faire disparaître par la suppuration, mais il n'aboutit pas à un résultat.

Fort de ce fait, Gayet rejeta toute intervention chirurgicale, prétendant que cette dernière serait pire que le mal. Tout dernièrement M. Garel a fait sienne cette doctrine et répudie tout traitement sanglant. Nous ne le suivrons pas dans ses conclusions thérapeutiques.

A ce point de vue nous croyons qu'il faut distinguer nettement la trachéocèle de la laryngocèle. La trachéocèle est le plus souvent consécutive à un effort agissant sur une paroi trachéale altérée, l'intervention ne peut dans ce cas aboutir à une restauration anatomique satisfaisante. La laryngocèle externe étant au contraire fréquemment l'indice d'une malformation congénitale, le traitement logique consiste en l'extirpation radicale de la poche. L'on ne voit pas en effet comment une compression, même prolongée, pourrait aboutir à la coalescence des deux parois muqueuses du sac laryngé, à moins que ce dernier ne soit d'un volume extrêmement réduit.

La cure radicale a l'avantage de mettre à l'abri d'une rédicive. Déjà, en 1883, Petit signalait les résultats probants obtenus par Fardeau, Textor, Langenbeck et écrivait : « L'ostracisme prononcé par M. Gayet contre l'intervention chirurgicale dans la cure des aérocèles n'est pas justifié aujourd'hui. »

L'observation que nous apportons vient confirmer cette opinion et la cure radicale nous semble le traitement rationnel de la laryngocèle externe.

L'intervention complète comporte les temps suivants :

1° Incision de la peau au niveau de la tumeur.

2° Dissection soigneuse de la poche (que l'on doit se garder d'ouvrir, contrairement au conseil de Petit).

3° Recherche du pédicule d'implantation qui sera sectionné entre deux ligatures au ras du larynx et enfoui comme un moignon d'appendice.

4° Fermeture de l'orifice ayant livré passage au pédicule du sac laryngé.

5° Sutures en plusieurs plans des parties molles. Léger pansement compressif.

LES AFFECTIONS OSSEUSES

DÉCOUVERTES DANS L'OSSUAIRE VIERGE DE LA PIERRE POLIE SITUÉ A VAUDANCOURT (OISE)

FOUILLE D'UNE GRANDE ALLÉE COUVERTE)

Par le Dr Marcel BAUDOUIN,
Chef des travaux de Fouilles de la Société préhistorique française.

Au cours de la guerre, on découvrit, aux Vaux-Louvets, à Vaudancourt (Oise), une superbe *allée couverte*, qui fut reconnue lors du creusement de tranchées militaires (fig. 1).

Elle fut fouillée par M. L. Contil, délégué de la « Société préhistorique française ».

On y rencontra un OSSUAIRE, *vierge*, de la *pierre polie*, dont tous les ossements me furent confiés, pour une étude anthropologique complète.

On trouvera, dans cette note, la description des os pathologiques, que j'ai reconnus au milieu d'un grand nombre de débris, se rapportant au moins à 83 squelettes, ayant été au préalable *décarnisés* suivant le rite funéraire classique à cette époque; mais on aura intérêt à la rapprocher de mes études antérieures sur le même sujet (1) : *La Pathologie osseuse préhistorique* (2).

Cette allée couverte de Vaudancourt a fourni plusieurs pièces pathologiques, dont deux sont extrêmement intéressantes.

En voici le relevé.

I. **Affections des os.** — 1° FRACTURES. — Ce sont les deux faits les plus curieux : *a.* Fracture du *tibia* et du *péroné* droits, parfaitement consolidée; *b.* Fracture du *maxillaire inférieur*, très bien guérie.

2° INFECTIONS (rhumatisme dit *tuberculeux*). — A. *Ostéoarthrite déformante de la colonne vertébrale : a.* Ostéophytes de l'*atlas* : 3 cas (n° 1 ; n° 14); *b.* Ostéophyte énorme d'une 12e *dorsale*; *c.* Soudure ostéophytique des 4e et 5e *vertèbres lombaires*; *d. Ostéophites d'une vertèbre lombaire.*

B. *Polyarthrite alvéolaire* (*cas nombreux*). [Voir *Dents*].

C. *Hyperostose* (nature indéterminée). — *a.* et *b.* 2 tibias à *exostose*; *c.* Humérus à *exostose*.

3° ANOMALIES CONGÉNITALES.

1. Perforation du *sternum*.
2. Anomalie d'une *cavité glénoïde* (Atlas n° 2).

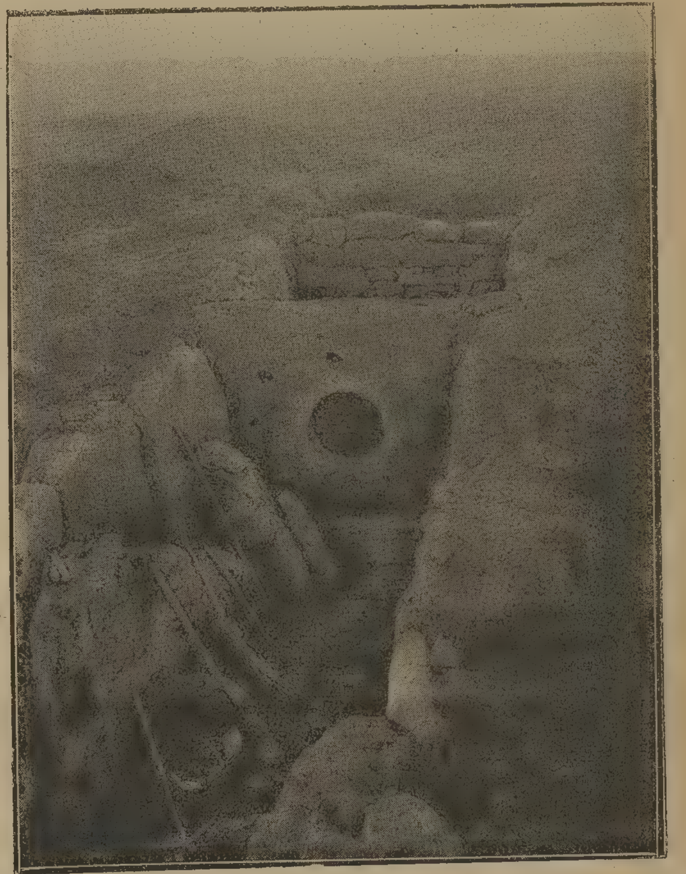


FIG. 1. — *Allée couverte des Vaux Louvets, à Vaudancourt (Oise, France)* — Vue *ouest*, au moment de l'extraction des ossements, placés dans cette sépulture.

II. **Lésions des dents.** — 1° ANOMALIES. — *a.* Absence de la *dent de sagesse* (cas assez nombreux);

(1) Marcel BAUDOUIN. *Les affections des os à l'époque néolithique, d'après les découvertes de la sépulture de Vendrest* (S.-et-M.). Paris, S. P. F., 1911, in-8°, 73 p., 9 fig. — Nouveaux faits d'affections osseuses, découvertes dans l'ossuaire néolithique de Vendrest (S.-et-M.). *Arch. prov. chir.*, Paris, avril 1915, n° 4, p. 131-134.

(2) Marcel BAUDOUIN. Les affections osseuses découvertes dans l'ossuaire néolithique de Bazoges-en-Pareds (Vendée). *Arch. prov. chir.*, Paris, 1914, n° 1, p. 22-27; 1915, n° 1, p. 33-38.

b. Inclusion de la *canine* inférieure : 2 cas; *c*. Bifidité de la *canine* inférieure : 1 cas (gauche).

2° *Carie dentaire* (nombreux faits).

I. Affections des os.

1. **Fractures**. — 1° Fracture consolidée et guérie de la jambe droite au tiers inférieur. — Un débris de tibia du *côté droit* constitue un superbe exemple de fracture, guérie, du tibia au 1/3 inférieur.

L'os est incomplet; mais ces brisures sont ante sepulcrum. Il manque l'épiphyse *supérieure*, qui a été fracturée à dessein, de même que l'*inférieure*, brisée de même, suivant le rite des ossuaires néolithiques.

Cela montre que l'existence de cette fracture consolidée n'a pas empêché les préhistoriques de regarder cet os comme s'il avait été normal, c'est-à-dire de lui enlever ses deux extrémités.

Rien de particulier à noter en haut, si ce n'est que la *Platycnémie* n'est pas très marquée sur cet os, qui donne pourtant : 24×100 : 36=66,66.

Mais, en bas, on constate qu'il existe, accolée sur la face interne et sur une largeur de 0m080, une *hyperostose* de 0m045 de large, plaquée sur l'os, qui correspond à un *autre os* dont l'extrémité supérieure est très reconnaissable. — C'est là le fragment inférieur du tibia fracturé et soudé en arrière et en dedans, pas au sommet, au fragment supérieur.

La *fusion* est très intime et très régulière. Ce qui indique une *fracture*, *guérie* depuis très longtemps. Elle siégeait à 0m15 environ au-dessous du *trou nourricier* conservé, c'est-à-dire au point d'élection habituel de ces traumatismes.

On a la preuve que le *péroné droit* a été fracturé en même temps, parce qu'à la face externe du tibia on voit qu'un os, du volume du péroné, s'est soudé aussi, au même niveau, au tibia; mais ce péroné a été cassé et enlevé par les néolithiques au moment de la brisure rituelle des os décarnisés.

Cette masse osseuse, qui représente l'extrémité inférieure du fragment supérieur du péroné soudé, a le volume d'un petit œuf de pigeon. Le fragment inférieur de cet os devait être, de son côté, fixé au tibia un peu plus bas, car on voit là encore une *hyperostose* d'au moins 0m020 d'épaisseur et de 0m030 de hauteur. Mais cette partie de l'os n'existe pas non plus; elle a été brisée après la décarnisation.

Les pièces de ce genre sont rares en réalité. En effet, dans sa thèse sur les lésions osseuses préhistoriques, Le Baron (1) n'en cite que deux cas, dont un seul nous intéresse ici :

1° Tibia *gauche* (Dolmen de l'Aveyron). [Collection du Muséum.] « Fractures *inférieures* ».

2° Tibia *droit* (Allée couverte de Meudon (S ine). [Collection du Muséum.] « Fracture de l'extrémité *supérieure* de la jambe.

L'observation qui précède est donc tout à fait analogue à la pièce de l Aveyron. Mais, à Vaudancourt, la fracture est bien mieux consolidée et le cal est bien plus régulier.

On peut en conclure que le traumatisé de Vaudancourt a dû vivre très longtemps après son accident et même a dû *marcher* pendant de longues années après la consolidation de la fracture.

Mais le déplacement du fragment inférieur a été le même dans les deux cas : il s'est porté en *haut*, en *arrière* et en *dedans*.

(1) Le Baron. *Lésions osseuses de l'homme préhistorique*. Paris, 1881, in-8° (Cf. p. 61).

On ne voit aucun trou sur le cal : ce qui indique toute absence de suppuration. La fracture a donc dû être *fermée* et simple, malgré l'importance de la lésion.

Ce fait prouve que de telles fractures peuvent guérir parfaitement *sans appareil*. — Et je suis bien certain que nombre de fractures modernes, même très mobilisées, ne sont pas mieux consolidées!

2° Fracture de la mandibule, spontanément guérie. — La *mandibule* n° 14 de Vandancourt est une moitié de mandibule du côté *gauche*, fracturée à droite verticalement au niveau de l'alvéole de l'incisive latérale droite (fracture classique d'ossuaire, *patinée*), et au niveau de la base de la branche montante gauche (2e fracture d'ossuaire *patinée*).

Ces deux fractures sont antérieures à la mise en ossuaire et d'ordre *cultuel*, comme d'ordinaire (rite de la décarnisation et de la désarticulation de la mandibule).



Fig. 2. — *Fracture du maxillaire inférieur, guérie*, vue de profil. Face externe. — Cal.

Os très robuste, indiquant un sujet masculin, très âgé.

Il ne persiste que deux dents (M1 et M2 G); mais les alvéoles de M3 (divisée en 2 parties, de PM1 et PM2, de C et de I2 G, sont visibles, ainsi que celle de I2 droite.

M1 est à 5 cuspides, toutes nettement usées. M2 a ses 4 cuspides usées. On a donc affaire à un adulte, ayant au moins 45 ans et peut-être même 50 (fig. 2)!

Trois constatations spéciales sont à faire ici.

a) Existence au niveau des apophyses géni, de *deux hyperostoses* très nettes, en forme de deux grosses épines osseuses, dirigées horizontalement en arrière (fig. 3).

b) *Cicatrisation* du bord alvéolaire au niveau des alvéoles disparues totalement des deux incisives centrales. En ce point, le bord de la mandibule est réduit à un *feuillet osseux* de 0m001 à 0m002 d'épaisseur seulement. Ce feuillet est surtout mince à gauche : ce qui indique que l'ablation de I1G a été *très précoce* et antérieure à celle de I1D, où l'atrophie osseuse est moins forte.

c) Traces d'une *fracture* consolidée de la base de la branche importante à gauche, avec chevauchement en avant et en dehors de cette branche, qui s'avance ainsi jusque presque à M1, recouvrant M2 presque en totalité. — Cela avec *exostose*, très considérable et irrégulière, au niveau du bord inférieur, depuis la symphyse jusqu'à M2. — La déformation osseuse est énorme et typique.

A. *Fracture guérie*. — Ce qu'il faut souligner ensuite dans cette observation, c'est la *guérison*, abso-

lument *spontanée*, sans aucune espèce de traitement ou d'appareil! Il est vrai qu'ici la fracture était en arrière de la 3e grosse molaire, c'est-à-dire dans la partie la plus immobile, parce que la plus reculée, de la branche horizontale (1).

B. *Mutilation maxillo-dentaire.* — La cicatrisation totale des alvéoles des deux incisives centrales est-elle la conséquence de la chute traumatique et complète de ces deux dents, au moment où la fracture postérieure s'est produite?

Je n'en crois absolument rien; et je considère cette cicatrisation comme la suite d'une *ablation ethnique, précoce* (vers 11 à 12 ans, peut-être avant) et artificielle, des 2 I1. — J'y vois donc ce qu'on appelle, d'ailleurs à tort, une *mutilation dentaire*, antérieure à la fracture, qui n'a pu avoir lieu qu'à l'âge adulte, puisque M3 est normale.



FIG. 3. — *Fracture du maxillaire inférieur, guérie*, vue de la face INTERNE. — Apophyses GÉNI (1 et 2).

Le traumatisme, certes, aurait pu *casser* ces deux incisives; mais alors des *chicots* seraient restés en place et les racines de ces I1 n'auraient pas totalement disparu, ainsi que les alvéoles.

L'atrophie du bord alvéolaire, réduit à ce niveau à un mince feuillet osseux de 0m001 d'épaisseur seulement, ne peut s'expliquer que par une *ablation dentaire*, remontant au jeune âge et étant d'ordre *cultuel*.

Ce fait est donc tout à fait comparable à ce qu'on observe actuellement et à ce que j'ai indiqué pour le crâne de Mechta-el-Arbi (2), qui est sans doute de la même époque néolithique (3).

2° INFECTIONS. — *Rhumatisme dit tuberculeux.* — 1° *Ostéite déformante.* — a. *Soudure par spondylite déformante de deux vertèbres lombaires* (IVe et Ve L.). — Un débris correspondant à l'arc postérieur, isolé, de deux vertèbres lombaires, qui sont *soudées* intimement en position anatomique, au niveau des apophyses articulaires.

La fusion est entière ; c'est le type de la soudure, due à l'ossification des cartilages et des ligaments articulaires et caractéristique de la spondylite chronique rhumatismale.

Chez ce sujet, cette articulation n'était pas seule soudée, aux lombes (région de prédilection), car la vertèbre supérieure n'était libre, ainsi que le sacrum, que d'un côté. En effet, ces deux vertèbres me semblent être la 4e et la 5e, car l'inclinaison de l'apophyse épineuse de l'inférieure est si marquée que cet os ne peut être que la 5e lombaire, d'après mes recherches antérieures.

Ces lésions sont fréquentes au néolithique, comme on l'a vu pour Vendrest et pour Bazoges-en-Pareds; j'ai démontré que cette affection existait même dès le paléolithique chez les carnassiers. D'ailleurs, je crois qu'elle est une preuve que l'homme néolithique était carnivore et devait manger de la viande crue, comme les ours.

B. *Ostéophyte de la 12e dorsale.* — Une 12e dorsale présente, à la partie droite du bord supérieur de son corps, une plaque osseuse, très saillante, perpendiculaire à l'os, large de 0m023, longue de 0m015 et épaisse de 0m015.

Une plaque semblable devait se trouver au même niveau sur la 11e dorsale, forcément.

Superposées l'une à l'autre, elles formaient une énorme saillie, tranchante, vers la cavité abdominale.

Il serait possible que cette vertèbre ait correspondu au sujet porteur des lésions de l'observation précédente; mais, évidemment, rien ne peut le prouver.

C. *Ostéophyte d'une vertèbre lombaire.* — Une vertèbre lombaire, probablement une 3e ou 4e, et non pas une 5e, malgré l'inclinaison en bas de l'apophyse épineuse, présente au niveau des deux bords de son corps, des *ostéophytes*, aplatis, du type de celui qui précède, mais beaucoup moins importants.

Impossible d'affirmer si ces vertèbres appartiennent à un même sujet.

D. *Ostéophytes de l'axis et de l'atlas.* — J'ai noté des ostéophytes sur un axis (n° 3) et sur *trois atlas* (nos 1, 14, etc.). J'ai décrit ailleurs ces lésions, des plus légères.

E. *Ostéophytes de la rotule.* — Deux rotules seulement présentent de très petits dépôts ostéophytiques sur leurs faces antérieures. Ils n'ont aucun intérêt.

2° *Exostoses.* — Deux tibias portent des *exostoses* pathologiques intéressantes (nos 14 et 15).

a. *Tibia n° 1.* — Le n° 14 correspond à un os, *brisé* rituellement au tiers supérieur, du côté *gauche*, très platycnémique.

Au niveau de la partie moyenne de la face *interne* et du bord antérieur, on remarque une *hyperostose*, très étalée, à peine saillante, à surface irrégulière, de forme ovalaire, déterminée par un bourrelet à peine saillant. Cette ostéogénèse n'empiète pas sur la face externe et a 0m100 de long sur 0m020 de large.

Ce ne peut être, comme l'exostose du tibia de la Planche à Puare (1), une lésion attribuable au port

(1) L'observation pathologique ci-dessus a déjà été publiée, avec tous les détails voulus, dans une *Revue médicale.* — Je n'y reviens ici que pour reprendre ce qui a trait à la *mutilation dentaire.*

(2) Marcel BAUDOUIN. Ablation dentaire cultuelle (*Bull. Soc. préh. franç.*, Paris, 23 oct. 1913, p. 539-540).

(3) J'ai publié, en français et en langue anglaise, avec tous les détails voulus et une photographie, la description de cette fracture, unique dans la science chirurgicale.

Marcel BAUDOUIN. *Une fracture de la mandibule de l'époque préhistorique, spontanément guérie et accompagnée d'une forte hyperostose des deux apophyses géni. La restauration maxillo-faciale*, Paris, avril 1919, n° 4. Tiré à part, Paris Alcan, in-8°, 12 p., 1 fig. (*Texte anglais.*)

Je renvoie à ce mémoire, pour ne pas allonger celui-ci.

(1) Marcel BAUDOUIN. Un cas d'exostose du tibia, chez un sujet de l'époque néolithique, inhumé dans l'allée couverte de la Planche à Puare, à l'Ile d'Yeu (V.). *Arch. prov. de chir.*, Paris, 1908, p. 93-101, 4 fig. Tiré à part, Paris in-8°, 1908, 8 p., 4 fig.

d'un jambelet, car elle n'existe pas au niveau de la cheville. Elle n'a aucun caractère des lésions *syphilitiques*. Sa pathogénie reste donc très obscure.

b. *Tibia n° 2*. — Le tibia n° 15 est un tiers supérieur, résultant d'une fracture de fouille; il est du côté *droit*. Sur sa face interne, mais cette fois-ci à 0m050 au-dessous du plateau tibial se trouve une exostose ovalaire, de 0m050×0m020, plaquée de même sur l'os, un peu plus saillante toutefois à son centre, et à bords très atténués sauf en bas.

Ici on dirait une exostose du type de celles dites de *croissance*.

Mais, cependant, elle est située nettement au-dessous du point de jonction de l'épiphyse supérieure au corps. J'ai publié déjà des cas analogues (1).

Nature de l'affection. — Elle est évidemment du même type pathologique que la précédente. Mais, pour ces deux cas, je préfère m'abstenir que de poser un diagnostic étiologique. Celui qui, pourtant, est le plus probable, est exostose due à une *ostéite* localisée à de petites infections périostiques, survenues pendant l'adolescence. Je me suis demandé s'il ne fallait pas rapprocher ces lésions de la spondylite déformante (2), c'est-à-dire y voir, comme nombre d'auteurs modernes, une forme de *rhumatisme tuberculeux*.

La fréquence de cette affection au néolithique autorise une telle hypothèse, puisque en somme les lésions osseuses, du ressort de l'infection, sont presque toutes de cette sorte, y compris même celles de la mandibule.

Mais je répète, une fois de plus, que l'origine *tuberculeuse* de ces manifestations préhistoriques ne me paraît pas encore prouvée, malgré les efforts du regretté Pr Poncet et de ses élèves.

c. *Humérus*. — Un humérus gauche présente, au niveau de sa face *externe* et au tiers inférieur, près du bord externe, une petite exostose, en forme de cône, de la grosseur d'une noisette, mais un peu allongée. Sa surface est très régulière. Dimensions : 0m010×0m015; saillie : 0m005.

On peut la comparer à certaines exostoses des mandibules, dont j'ai publié des exemples, trouvées à l'Allée couverte de la Planche Puare (Ile d'Yeu, V.).

3° Anomalies diverses. — 1. *Anomalies du sternum (fissure)*. — Deux sternums présentent une anomalie dont nous avons déjà décrit un exemple trouvé à Vendrest (3). Il s'agit d'une *perforation* congénitale, centrale, due à une scissure incomplète des deux moitiés de l'os à sa partie centrale.

1er cas. — Ici l'orifice était *ovalaire* et mesurait environ 0m020 sur 0m010, avant la *cassure* accidentelle de l'os à la fouille (4).

Les bords sont très arrondis et très lisses comme d'ordinaire ; en dedans ils sont en plan incliné. Le trou est à 0m005 au-dessus de l'appendice xiphoïde.

2e cas. — Os également brisé à la fouille, car il ne persiste que sur le bord gauche de la *fissure*, dont il est impossible de soupçonner les dimensions ; mais le trou ne devait pas être très grand. Aspect en *entonnoir* très net, à la *face interne*, indiquant une compression de l'os.

Remarques. — Ce ne peut être là qu'une *anomalie réversive;* mais c'est aussi une lésion due à un développement anormal du *corps* de l'os, par suite d'un trouble pathologique survenu dans l'évolution du tissu de cet os [probablement d'origine vasculaire ou cardiaque (1)]. La fissure résulte de la non-soudure des 3e, 4e et 5e pièces sternales. On ne la trouve pas au niveau des 1res (*manubrium*) et *secondes!* On observe d'ailleurs quelquefois cette anomalie congénitale à l'époque *moderne*, ainsi que le signalent certains traités d'anatomie (Testut, par exemple).

2. *Modification de forme anatomique produite par une fonction nouvelle dans une articulation atloïdo-axoïdienne anormale (cavité glénoïde incomplète)*. — L'atlas n° II de Vaudancourt (O.) présente une anomalie, très rare, qui mérite d'être décrite avec soin, car elle n'est pas citée par Ledouble.

Cet os appartient au sexe *féminin*. Il est adulte. Il pèse 8 gr.

La malformation, correspondant au côté DROIT, porte plus particulièrement sur la cavité glénoïde droite.

Celle-ci est réduite à sa moitié postérieure. L'antérieure manque totalement et est remplacée par une forte dépression, à fond triangulaire, pourvu d'un fort orifice vasculaire.

L'avant de la cavité elliptique ou unciforme habituelle (qui est normale à gauche, mais séparée en deux par une minuscule crête transversale) manque donc d'un côté.

Il en résulte que la surface articulaire du côté droit, reportée en arrière, est presque circulaire. Elle mesure, en effet, 0m012×0m014, tandis que la glénoïde gauche atteint 0m009×0m020. Elle ressemble tout à fait, dès lors, à la surface libre de l'apophyse articulaire inférieure axoïdienne *gauche*: fait extrêmement curieux, n'est-il pas vrai!

Qui plus est, l'apophyse articulaire inférieure *droite*, située au-dessous, s'est modifiée. Au lieu d'être comme d'ordinaire circulaire, elle est devenue *elliptique* et mesure 0m019×0m018, tandis que son homologue n'a que 0m014 0m014. Elle a la forme d'une petite *glénoïde* de femme!

Il semble donc que ce soit l'anomalie de la face supérieure, due à un *arrêt de développement* de la partie antérieure du *cartilage articulaire* de la glénoïde droite (2), qui ait été la cause de la modification de forme de l'apophyse articulaire inférieure du même côté.

Le condyle droit ne pouvant pas *glisser d'avant en arrière* dans une glénoïde droite absente, une NOUVELLE ARTICULATION GLÉNOÏDIENNE a dû se produire à droite, entre l'atlas et l'axis, pour remplacer celle absente entre l'occipital et l'atlas.

Ce fait de suppléance articulaire me paraît être extrêmement remarquable. Il montre, une fois de plus, que c'est bien la *fonction qui fait l'organe!*

Ce qu'il y a de plus extraordinaire, c'est que la transformation n'a eu lieu que d'un côté, au niveau de l'articulation axoïdo-atloïdienne.

Il en résulte que, quand le sujet baissait la tête vers la *gauche* (3), le mouvement était cranio-atloï-

(1) Marcel Baudouin. Un cas d'ostéite superficielle... d'un tibia néolithique (ossuaire de Vaudancourt, S.-et-M.). *Arch. prov. chir.*, 1909, XVIII, n° 11, p. 663-667, 1 fig.

(2) Marcel Baudouin. Spondylite déformante (la plus vieille maladie du monde). *Arch. prov. chir.*, Paris, mai 1912, n° 5, p. 273-321.

(3) Marcel Baudouin. Loc. cit. (Cf. p. 190).

(4) Les néolithiques *ne brisaient pas*, en effet, rituellement le sternum comme les os longs. — On les trouve presque toujours entiers et intacts.

(1) Hypothèse suggérée par l' « entonnoir » habituel.

(2) Il aurait été bien intéressant de trouver le *crâne* correspondant! Mais, dans un ossuaire, il n'y fallait pas compter.

(3) Mouvement de *glissement latéral*, bien indiqué par les classiques (anatomic).

dien et quand il baissait la tête vers la *droite* il était atloïdo-axoïdien.

Quand il relevait la tête, au contraire, tout le mouvement pouvait se passer dans l'articulation occipito-atloïdienne.

II. Affections des dents.

1. **Anomalies dentaires.** — 1° Absence de dents. — A. *Absence de* M^3 (*dent de sagesse*). — a. *Mandibules.* — 1° Mandibule n° III. Absence *bilatérale*.

2° Mandibule n° V. Absence complète des 2 M^3. *Absence d'alvéole* constatée par dissection.

3° Débris n° XI. Partie *molaire* du côté gauche. M^3 manque à gauche. — Ne persistent que PM^2, M^1 et M^2, très usées. — Sujet de plus de 30 ans. — Cupulettes (actions humaines), à la face interne, avec *stries* de silex en dehors.

4° Mandibule n° LVII. Absence des 2 M^3, bien nette. — Dissection de contrôle.

5° Mandibule n° LXXVI. Absence de M^3 du côté droit. — Vérifiée.

6° Mandibule n° LXXX. Absence de M^3 du côté gauche. — Vérifiée.

b. *Mâchoire supérieure.* — 1° Maxillaire (côté *gauche*). — N° LVI. Absence d'un *côté* seulement; le côté droit est normal.

Il résulte donc des faits précédents que, pour cet ossuaire, une remarque d'un intérêt capital s'impose. Je veux parler de l'*absence congénitale de* M^3. On a observé, en effet, 6 cas de ce genre pour 65 mâchoires, dont voici la liste classée différemment

1° *Mandibules.* — a. *Absence des deux côtés* [n°s III, V et LVII] (1) : trois cas [100 p. 100 de *bilatéralité*] (2).

b. *Absence d'un côté*, gauche (constatée) : n°s XI et LXXX; droite (constatée) : n° LXXVI. Trois cas. (*L'autre côté manque.*)

2° *Maxillaire supérieur.* — Absence d'un côté seulement (*gauche*) : n° LVI. Cas douteux, car il peut y avoir eu *chute* pathologique.

Ce chiffre de 6 *absences totales* pour 65 mandibules d'*adultes* est relativement énorme, car la proportion est là de 10 p. 100.

D'après mon étude sur la dent de sagesse des dolicocéphales de petite taille de Bazoges-en-Pareds [V.] (3), on peut voir que là les choses étaient toutes différentes (2 p. 100; au lieu de 10 p. 100).

A quoi cela est-il dû ? Certainement à la *race humaine* dominante de Vaudancourt, laquelle est différente.

C'est la même chose, mais en sens inverse, que le phénomène de la *bifidité des dents monoradiculaires*.

2° Tubercule de Carabelli. — J'ai reconnu, à Vaudancourt, 2 *premières molaires supérieures* de *jeunes enfants*, libres. Or, toutes les deux présentent un magnifique *tubercule de Carabelli* (4), surtout l'une d'elles.

Une autre M^1S, d'adulte, libre, n'en présente qu'une très faible trace; mais cela tient surtout à ce que cette dent est extrêmement *usée* (usure néolithique) et que l'usure a atteint le sommet dudit tubercule et l'a fait, en somme, presque disparaître.

a. Une dent à tubercule énorme a ses racines longues de 0m009, c'est-à-dire presque adultes et fermées; elle doit correspondre par suite à un sujet de 9 à 10 ans et est du côté gauche.

b. L'autre dent, à tubercule moins fort, a des racines de 0m005 seulement de long; elle est du même côté et l'âge doit être de 7 ans environ.

3° Inclusion totale des canines. — J'ai observé, dans cet ossuaire, 2 cas d'inclusion totale des *canines*, anomalie assez rare au néolithique, car je ne l'ai constatée ni à Vendrest ni à Bazoges-en-Pareds.

A. *Mandibule n° XXVII.* — Moitié droite, avec M^1, M^2 et M^3, en train de sortir. — Age : 20 à 21 ans.

a. M^3 *très inclinée*, en totalité, en avant (45°), quoiqu'il y ait un espace de 0m010 entre le bord antérieur de la branche montante et la base postérieure de M^2 (1).

b. *Canine gauche*, non sortie, totalement enclavée dans son alvéole non ouverte, mais présentant seulement un petit pertuis au bord supérieur (côté interne) du maxillaire. La dent manque; mais la brisure antésépulcrale ayant mis à nu l'*alvéole close*, on peut constater que la canine avait atteint 0m02 de long, c'est-à-dire était hypertrophiée, tout en restant *incluse* dans l'os (2).

Cette *inclusion totale* de la *canine* adulte chez un sujet de 20 ans est tout à fait extraordinaire au néolithique. Il s'agit d'une anomalie dans l'époque d'éruption, la dent étant en retard d'au moins 8 à 9 ans!

Je crois que la position curieuse de M^3 est moins rare, d'ailleurs.

B. *Débris n° LXXIII.* — Moitié droite, avec M^1 et M^2, Pm^1 et I^2. — Age : 25 à 30 ans. M^1 très usée sur les 5 cupsides et à plat; M^2, usée en dehors; M^3, sortie, à 2 racines, mais tombée.

La *canine droite* n'est pas sortie, quoique l'alvéole de cette dent de 1re dentition *ne soit pas comblée encore*. — C (1re dent), n'a dû tomber que *très tardivement* (vers 20 à 25 ans) : ce qui explique le retard de C. Cette dent est solidement *encastrée* dans l'os dont nous n'avons pas pu la dégager; nous n'avons pu que l'y *sculpter*!

La dent, *incluse* encore à 25-30 ans, était arrivée totalement à l'âge adulte (racine très résistante et complètement obturée).

L'alvéole est close (elle est recouverte par la petite alvéole de la 1re dentition) et C se dirige en dedans.

Cette 2e *inclusion totale* d'une canine absolument adulte, chez un sujet d'au moins 25 à 30 ans, complète admirablement la pièce précédente.

Ce cas prouve que l'*inclusion* est la conséquence d'une *persistance de la canine de première dentition*, fortement coincée entre Pm^1 et I^2 (de 2e dentition).

Ce qui est surtout à noter ici, c'est la *dureté* et la *solidité* de l'*os mandibulaire* à ce niveau. On dirait qu'il se serait transformé en ivoire! On a eu beaucoup de peine à l'attaquer, en tout cas, au bistouri, même sur une pièce de cette sorte, d'apparence presque *fossilisée* (3) d'ailleurs.

(1) Cf. Marcel Baudouin. *Le Développement et la croissance (calcification) de la dent de sagesse à l'époque de la pierre polie*; — *La Presse dentaire*, Paris, 1918. Tiré à part, Paris 1918, in-8.

(2) Sur 4 pièces, j'ai mesuré avec précision l'*angle rétromolaire* et j'ai constaté qu'il n'avait qu'un peu varié, car la normale moyenne est 130° à 135° : n° III, 125°; n° V, 120°; n° LVII, 120°; n° XI, 125°; n° LXXVI, 130°.

(3) Cette *bilatéralité* semble donc fréquente à la mandibule.

(4) Cf. Marcel Baudouin. *Le Tubercule de Carabelli à l'époque néolithique et sa signification.* — *La Presse dentaire*, Paris 1919. Tiré à part, Paris 1919, in-8, 34 p., 2 fig.

(1) Quelques cupulettes, près du condyle.

(2) Canine forte, à double sillon marqué.

(3) Cette fossilisation extraordinaire est due au terrain calcaire, extrêmement riche en carbonate de chaux.

Magitot (1) a dit :

« L'absence des canines n'a jamais été signalée et nous n'en avons jamais vu d'exemple », cela pour la mâchoire supérieure.

« A la mandibule, nous ne connaissons pas d'exemple, bien constaté, d'absence de canine. »

Or, il est évident que, si ce savant avait pu observer ces 2 préhistoriques, il aurait dû conclure, sinon à une absence de canine à la mandibule, du moins à une persistance de la canine de 1re dentition, anomalie masquant la seconde en l'espèce.

Mais, aujourd'hui, la radiographie permettrait facilement le diagnostic de l'inclusion de la canine. Par conséquent, au point de vue clinique, c'est là une question à reprendre.

4° Bifidité des dents antérieures. — *a.* Je n'ai trouvé dans cet ossuaire qu'une seule dent antérieure *bifide* (*canine*), alors que cette anomalie reversive est assez fréquente, comme on le sait, chez les dolicocéphales de petite taille.

J'ai observé, sur un débris minime de maxillaire inférieur, c'est-à-dire *en place*, à côté de PM¹, IG, persistantes aussi, une canine gauche inférieure, nettement *bifide*. C'est la seule connue de cet ossuaire (n° LXXXII).

La *bifidité* correspond ici au 1/3 inférieur seulement. Le fond seul de l'alvéole est bien entendu subdivisé.

Certes, là, les canines et les *incisives* sont assez souvent *sillonnées*.

b. Certes les *prémolaires* sont *bifides* parfois; mais la proportion de la *bifidité* est bien moins grande ici qu'à Bazoges-en-Pareds (V.).

En effet, sur 32 prémolaires libres, je n'en ai compté que *3* où la racine était divisée en deux pointes. Encore cette bifidité est-elle généralement très peu marquée! La proportion n'est donc ici que de 3/32, soit 10 p. 100, tandis que, pour les dolicocéphales de petite taille, elle était de 35 p. 100 (2).

2. **Infections.** — 1° Carie dentaire. — La *carie dentaire* n'est pas très fréquente à Vaudancourt; mais il y a des cas intéressants à citer.

1° *Mâchoire inférieure.*—N° VIII. M³ (droite, jeune) : *Carie* de la face triturante par infection par la dent voisine, sûrement. — En effet, M² est très atteinte (carie totale) et a dû être frappée peu après sa sortie (12 ans).

N° XXVI. — M¹ droite. 40 ans. Carie de la face triturante (2e degré).

N° XXVIII. — M³ D. — Carie probable (dent tombée).

N° LXXV. — M³ et M²D. Carie de deux dents.

N° LXXX. — M¹D. Carie de la face antérieure.

2° *Maxillaire supérieur.* — N° LIV. — Droite. — Adulte. — Carie sur face triturante de M², très peu marquée (petite perte de substance).

3° *Dents libres.* — Pour les dents libres, j'ai trouvé seulement 5 caries sur 130; soit 3 à 4 p. 100 (3).

2 caries du collet sur M³S, peu marquées.

1 carie assez faible du collet chez M²S.

1 carie profonde de la face triturante, entière, sur PM¹ supérieure.

Au total, 11 caries, dont 10 sur M¹, M² et M³, et 1 sur PM².

(1) *Dict. encycl. sc. méd.*, art. dents, p. 148.
(2) J'ai insisté, plus haut, sur un cas probable de *mutilation maxillo-dentaire* très curieux.
(3) C'est presque exactement la même proportion qu'à Vendrest (S.-et-M.) [3 p. 100] et Bazoges-en-Pareds (V.) (presque 3 p. 100).

Ce sont donc surtout les *grosses molaires* qui sont atteintes.

2° Polyarthrite alvéolaire (gingivite expultrice). — *a.* Chute des deux M¹ I et *atrophie* complète de l'alvéole à droite, incomplète à gauche (obs. n° IV).

b. Chute de M¹ I et M³ I (probable), avec atrophie complète des 2 alvéoles (obs. XXIII).

c. Chute de M²ID, *sans atrophie* de l'alvéole (obs. n° XXVI).

d. Chute de M³ID, *atrophie* de l'alvéole (obs. XXVIII).

e. Chute de M², avec atrophie (obs. n° LXXVIII).

f. Chute de M², sans atrophie de l'alvéole (obs. n° LXXXIII).

g. Polyarthrite (n° LXXXVI).

Au total, 7 cas sur 79, soit 9 p. 100.

Conclusions. — Comme on l'a vu, l'étude de cet ossuaire a fourni des données très intéressantes au point de vue : 1° des *rites funéraires* de la Pierre polie (brisure des maxillaires supérieurs et des mandibules lors de la décarnisation); 2° de la *pathologie* des *dents* et des *mandibules* de la Pierre polie, en ce qui concerne les deux races *brachycéphale* et *dolichocéphale*, observées dans cet ossuaire, par rapport à d'autres races d'autres ossuaires de la même époque; enfin, au point de vue de la *pathologie* des maxillaires (fracture, etc.) et des dents (anomalies, carie, etc.).

Pour en bien saisir l'intérêt, il serait nécessaire de la rapprocher de toutes les autres auxquelles nous nous sommes déjà livré, à propos de l'ossuaire de Bazoges-en-Pareds (Vendée) (1); mais cela nous entraînerait trop loin. Il faut donc laisser à l'avenir le soin de ces comparaisons, qui seront encore plus fructueuses quand on disposera d'autres documents analogues, c'est-à-dire quand de nouvelles fouilles méthodiques de dolmens vierges auront pu être faites. — A chaque jour suffit sa peine.

NOTES POUR L'INTERNAT

HÉMATURIES [2]

d. D'une infiltration vésicale secondaire à un cancer du col de l'utérus ou du rectum, qui ont envahi secondairement la face postérieure de la vessie.

e. Les cystites. — Dans ce cas, les hématuries sont peu abondantes, mais persistantes. Le diagnostic est parfois difficile à poser avec le néoplasme, car une tumeur de la vessie peut se compliquer de cystite, et c'est même la règle. Enfin, parfois, les cystites peuvent se compliquer de grandes ulcérations qui peuvent donner lieu à des hématuries abondantes. La cystoscopie montre une vessie à parois épaissies, congestionnées; mais bien souvent, la cystoscopie est impossible à pratiquer par insuffisance de distension vésicale.

Pour poser le diagnostic de cystite, on se basera sur la présence de pus, de débris épithéliaux dans l'urine; sur l'existence de phénomènes douloureux, de pollakyurie, sur la diminution de la capacité de la vessie.

Dans la cystite du *col*, les douleurs sont très intenses au début de la miction et elles augmentent également à la fin. L'hématurie est surtout terminale.

Dans la cystite du *corps*, le sang est mêlé à l'urine et l'hématurie est totale. La douleur est surtout hypogastrique

(1) Cf. nos mémoires parus dans *La Presse dentaire*, à Paris, en 1914, 1915, 1916, 1917, 1918 et 1919.
(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 73, p. 1167, et n° 76, p. 1215.

et le toucher rectal provoque une douleur diffuse sur tout le bas-fond vésical.

Nous signalerons seulement certaines variétés de cystites : cantharidienne et pseudo-membraneuse, dans lesquelles l'hématurie est rare.

f. Hématurie calculeuse. — C'est une hématurie provoquée, par traumatisme interne. Elle survient après une secousse, une course en voiture, en automobile. Elle survient surtout à la fin de la miction et disparaît habituellement par le repos au lit. La quantité de sang est souvent faible ; et des poussées congestives peuvent donner des hématuries totales pendant 2 à 3 jours, et s'accompagner de pollakyurie et de douleurs spéciales avec irradiations.

La radiographie donne des résultats inconstants. L'exploration avec l'explorateur métallique de Guyon donne le plus souvent des indications précieuses.

g. Tuberculose vésicale. — L'hématurie est très souvent précoce, elle s'accompagne de douleurs plus ou moins vives. D'origine congestive au début, elle relève d'ulcérations à la période terminale. Les hématuries s'atténuent d'ordinaire quand les lésions s'aggravent et sont alors remplacées par de la pyurie.

Pour poser le diagnostic on se basera sur l'examen des urines après centrifugation, l'inoculation au cobaye, la cystoscopie. Rarement primitive, la tuberculose vésicale succède bien souvent à une tuberculose rénale.

h. Tumeurs vésicales. — Nous opposerons les tumeurs primitives de la vessie aux tumeurs secondaires à un cancer du rectum ou du col de l'utérus. Dans les tumeurs primitives, les plus intéressantes, les hématuries sont la règle. D'ordinaire précoces, elles apparaissent brusquement, sans cause appréciable et chez les individus jusque-là bien portants. Elles ne s'accompagnent ni de douleurs, ni d'augmentation de fréquence des mictions. Très abondantes en général, elles ne sont guère influencées par le repos. Elles sont, en outre, sujettes à récidive et très abondantes, capricieuses ; elles peuvent être terminales ou bien totales et uniformes. Il y a parfois dans l'urine des caillots ou même, plus rarement, des petits fragments de tumeur.

Il y a souvent de la cystite surajoutée. Ces hématuries ne tardent pas à provoquer une anémie très prononcée. L'état général est touché à son tour, et l'amaigrissement est rapide.

L'examen cystoscopique permettra de vérifier s'il s'agit d'un cancer ou bien d'une tumeur bénigne, papillome, polype, qui saigne abondamment, mais qu'il est facile de détruire à l'électro-fulguration.

4. Nous ne signalerons que, pour mémoire, les hématuries d'origine *urétérale*. Les lésions urétérales sont trop rarement primitives pour qu'il soit possible de leur rapporter une hématurie présentant les caractères d'une hématurie rénale. Une polynéphrite, un calcul engagé dans l'uretère peuvent être à l'origine d'une hématurie, en général peu abondante.

5. *Hématuries rénales.* — Avec les hématuries vésicales, ce sont, à la vérité, les hématuries les plus importantes et les plus fréquentes. Ici encore, à côté des traumatismes et des plaies du rein et de la région lombaire, au cours desquels les hématuries sont facilement rapportées à leur cause, il peut s'agir surtout d'une lithiase, d'une tuberculose ou d'un cancer du rein.

a. *La lithiase rénale.* — Quelle que soit la nature chimique des calculs, on reconnaîtra l'hématurie lithiasique à un certain nombre de caractères propres et à des symptômes associés.

Les hématuries sont d'ordre mécanique ou congestif. Elles sont inconstantes, passagères, peu abondantes et peu durables. En général, provoquées, ces hématuries surviennent le soir, après une journée de fatigue, ou à l'occasion de secousses provoquées par une promenade en voiture mal suspendue (gamme des véhicules, Guyon).

La douleur est un excellent élément de diagnostic. Elle est souvent permanente, localisée à la région lombaire, irradiant le long de l'uretère et accusée par la pression du doigt au niveau de l'angle costo-vertébral. Exagérée par les mouvements ou à l'occasion des secousses en voiture, elle peut revêtir des crises paroxystiques de colique néphrétique.

L'examen des urines permet parfois de constater la présence de graviers ; l'examen des urines, après cathétérisme des uretères, permet de constater souvent la bilatéralité des lésions rénales au cours de la lithiase. Enfin, le signe « de la percussion lombaire » provoque, au niveau du rein atteint, une douleur violente en coup de poignard.

La radiographie s'impose toujours. On peut souvent déterminer l'existence, la forme, le volume, la situation des calculs. Les calculs oxaliques et phosphatiques sont toujours perceptibles.

b. *La tuberculose rénale.* — Il faut distinguer : les *hématuries du début*, qui sont d'ordre congestif, spontanées, indépendantes du repos ou de la fatigue, capricieuses, irrégulières, se répétant pendant des mois, en général indolentes, totales. Tantôt histologiques, tantôt très abondantes. On les a comparées aux hémoptysies du début de la tuberculose pulmonaire.

Il n'existe pas encore de pyurie. Mais il y a des symptômes fonctionnels vésicaux : troubles de cystite avec fréquence des mictions, douleur, impériosité des mictions, parfois incontinence.

La douleur du rein est très rare à cette période.

L'examen de l'uretère permet de constater des points douloureux abdominaux : paraombilical, iliaque, urétéro-vésical, etc.

La cystoscopie montre sur la muqueuse vésicale et surtout au niveau du méat urétéral de la congestion et de l'œdème.

Enfin, il peut y avoir des lésions tuberculeuses à distance : épididyme, cordon, prostate, testicules, poumons.

L'examen des urines est indispensable : recherche du bacille de Koch, inoculation au cobaye, etc.

Les *hématuries tardives* sont rares, elles se produisent à la suite de l'ulcération d'un vaisseau. Mais à ce moment le diagnostic est plus facile : le rein est augmenté de volume.

Il est douloureux ; les urines contiennent du pus, l'état général est mauvais, il y a de la fièvre souvent hectique. Enfin, dans les cas de doute, on pratiquera la cystoscopie, le cathétérisme des uretères, l'examen des urines des deux reins et leur inoculation au cobaye.

c. *Le cancer du rein.* — Cette affection a deux symptômes capitaux : les hématuries et la tumeur rénale.

L'hématurie est le symptôme précoce, le plus fréquent. Il s'agit d'une hématurie insidieuse, survenant sans douleur ; elle est spontanée, sans provocation et non influencée par le repos.

C'est une *hématurie noire*, elle est abondante et fréquemment répétée, ce qui entraîne une anémie souvent intense.

On peut trouver, dans le dépôt, des caillots allongés et en forme de vermicelle.

L'exploration de la région lombaire révèle souvent l'existence d'une tumeur, de volume variable, irrégulière, bosselée, ferme, douloureuse. Mais, en général, il ne faut pas compter sur l'existence d'un gros rein pour faire le diagnostic d'hématurie cancéreuse.

On cherchera les autres symptômes concomitants : le varicocèle, les douleurs ; l'état général reste longtemps excellent. La cachexie cancéreuse est bien souvent tardive.

Enfin l'examen des urines ne révèle qu'exceptionnellement la présence de cellules cancéreuses. Le cathétérisme des uretères montrera quel est le rein atteint.

A la période tardive, les hématuries peuvent être profuses et répétées ; elles sont alors dues à une ulcération de vaisseaux du rein.

En résumé, le problème du diagnostic des hématuries est bien souvent délicat à préciser. Si dans certains cas, la notion donnée par l'âge des malades et les symptômes concomitants de l'hématurie, peuvent mettre sur la voie du diagnostic précis, on n'arrivera cependant bien souvent à une conclusion ferme qu'en s'entourant de toutes les garanties dont on peut s'aider : radiographie de tout l'arbre urinaire, cystoscopie, cathétérisme des uretères et inoculation au cobaye.

Association française de chirurgie. — XVIIIe congrès de chirurgie. Paris 1919. Président, M. le Dr Ch. WALTHER. *Procès-verbaux, mémoires et discussions*, publiés sous la direction de M. le Dr J.-L. FAURE, secrétaire général, avec 229 fig. dans le texte, un fort vol. in-8. — Prix : 40 fr. — Paris, Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, **20** francs par an.
Étudiants étrangers, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE . 3 mois : **9** fr. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Le jury est provisoirement composé de MM. Lemaire, Chiray, Guimbellot, Deniker, Vignes, Lian et Mondor, qui ont accepté.

M. Hautant est remplacé par M. Pinard, qui n'a pas fait connaître encore son acceptation.

HOPITAUX DE PROVINCE. — ROUEN. — Un concours pour la nomination à quatre places d'interne en pharmacie dans les hôpitaux de Rouen aura lieu le jeudi 9 décembre 1920. Les épreuves commenceront à 9 heures du matin, à l'Hospice-Général, salle des séances.

Les candidats devront se faire inscrire à la Direction, enclave de l'Hospice-Général, quinze jours avant la date fixée pour le concours, soit le 24 novembre 1920, avant midi au plus tard.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — NANCY. — Il est créé, à compter du 1er janvier 1920, un emploi d'aide de clinique des maladies des voies urinaires.

— TOULOUSE. — Il est créé, à compter du 1er novembre 1920, un emploi de chef des travaux d'anatomie.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — REIMS. — L'Ecole de médecine de Reims, qui a rouvert ses portes dès cette année, reprendra ses cours à la rentrée de l'année scolaire 1920-1921 en novembre.

L'école prépare au certificat P. C. N. et en délivre le diplôme.

Les étudiants en médecine prennent douze inscriptions à l'école, y subissent deux examens définitifs et se préparent au troisième.

Les étudiants en pharmacie demeurent trois années à l'école après le stage et y subissent les examens correspondant à leur scolarité.

L'école délivre le diplôme de sage-femme permettant d'exercer dans toute la France. La durée des études qui est de deux ans peut se passer en entier à la maternité de l'hôpital civil.

Avantages. — Les étudiants en médecine et en pharmacie appartenant à l'Ecole de Reims trouvent à l'Administration des hospices, moyennant une rétribution modeste, la pension complète.

L'école décernera en fin d'année scolaire pour plus de 1.000 francs de prix de fondation.

Des places d'externes en médecine sont mises au concours chaque année. Les externes reçoivent, en échange des services qu'ils rendent, la pension complète. S'ils renoncent à cet avantage il leur est alloué une indemnité annuelle de 500 francs. Un concours pour huit places auquel peuvent prendre part les étudiants ou étudiantes français ayant au moins une inscription en médecine, et portant sur un programme élémentaire d'anatomie, pathologie, petite chirurgie, s'ouvrira fin novembre 1920.

Il y a aussi des places d'internes en médecine et en pharmacie.

Les internes reçoivent la pension complète et touchent, en outre, en première année une somme de 2.500 francs, en deuxième de 3.000 francs; à ces sommes s'ajoute une indemnité de vie chère de 2 francs par jour.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — *Au grade de chevalier.* — MM. les Drs Daday (d'Evreux) et Daniel (de Paris).

(Promotion exceptionnelle.) *Au grade d'officier.* — M. le prof. Léon Bernard (de Paris), MM. les Drs Bertillon (de Paris), Guinard (de Bligny), Souligoux (de Paris), Témoin (de Bourges), Wallich (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les Drs Berquet (de Calais), Duriau (de Dunkerque), Hamel (de Lille), Hermite (de Grenoble), Lesné, Levassort et Edmond Lévy (de Paris), Marty (de Lanuéjouls), Meunier (de Tours), Prioleau (de Brive), Roulland (de Niort).

MINISTÈRE DES PENSIONS. — M. le Dr Valentino, directeur au ministère des pensions.

MINISTÈRE DE LA GUERRE. — (A titre posthume.)

M. Devaux (Armand), médecin aide-major de 2e classe : médecin d'un grand dévouement, ayant donné en toutes circonstances des preuves de courage. S'est particulièrement fait remarquer dans la dure période du 6 au 11 novembre 1916, durant laquelle il s'est dépensé sans compter pour donner des soins aux blessés. Tué, le 18 novembre 1916, dans l'accomplissement de son devoir. A été cité. (*J. O.*, 21 juin 1920.)

M. Fistie (Auguste), médecin-major de 2e classe : médecin chef de service; a toujours fait preuve de dévouement et d'abnégation. A été tué en inspectant les postes de secours de son régiment, le 21 avril 1917, au nord de Moussy. A été cité. (*J. O.*, 21 juin 1920.)

M. Baussand (Alexandre), médecin aide-major : médecin d'un dévouement absolu et ayant donné en toutes circonstances les preuves d'un courage à toute épreuve et du plus grand sang-froid. Tombé au champ d'honneur, le 25 août 1918, à son poste de combat, frappé par une bombe ennemie. A été cité. (*J. O.*, 22 juin 1920.)

M. Leroy (Victor), médecin aide-major de 1re classe : a fait l'admiration de tous par son entrain, son esprit de sacrifice, son mépris du danger. A été frappé mortellement, le 5 mai 1916, en première ligne, en pansant ses blessés. A été cité. (*J. O.*, 22 juin 1920.)

M. Geraudie (Jean), médecin aide-major de 2e classe : excellent aide-major, d'une bravoure et d'un sang-froid exemplaires, d'un dévouement absolu. Mort glorieusement pour la France pendant l'accomplissement de son devoir, le 21 février 1915. Croix de guerre avec palme. (*J. O.*, 22 juin 1920.)

M. Bourgeois (Louis), médecin aide-major : médecin aide-major d'un dévouement faisant l'admiration de tous et d'un courage frisant la témérité. Glorieusement tombé au champ d'honneur au moment où il se portait vers un blessé grave, en ligne. A été cité. (*J. O.*, 22 juin 1920.)

M. Meynet (Charles), médecin aide-major de 2e classe : officier du Service de santé remarquable par son entrain et sa bonne humeur, sa bravoure et son esprit de dévouement. A fait la campagne sans interruption. Toujours sur la brèche. A été tué à son poste de secours dans la nuit du 7 au 8 avril 1915. A été cité. (*J. O*, 22 juin 1920.)

M. Verani (André), médecin aide-major de 2e classe : a suivi son bataillon, le 19 août 1914, et donné sans arrêt des soins aux blessés sous un feu violent d'artillerie. Tué le lendemain sur le champ de bataille. A été cité. (*J. O.*, 22 juin 1920.)

M. Raynal (Paul), médecin aide-major de 2e classe : médecin des plus dévoués qui s'était maintes fois signalé au combat par son sang-froid et son absolu mépris du danger. Est tombé mortellement atteint en prodiguant ses soins à des blessés, sous un très violent bombardement, le 19 avril 1917 (secteur du Godat). Croix de guerre avec étoile de vermeil. (*J. O.*, 23 juin 1920.)

M. Comte (Victor), médecin aide-major de 1re classe : médecin de bataillon qui s'est dépensé sans compter, le 24 février 1916, pour soigner les blessés. Mort pour la France, à son poste de secours, devant Verdun. A été cité. (*J. O.*, 23 juin 1920.)

COURS COMPLÉMENTAIRE SUR LA TUBERCULOSE PULMONAIRE organisé avec le concours de la Commission Rockefeller, par M. le prof. Léon BERNARD (avec la collaboration de MM. Vallée, Dr Debré, Ameuille, Armand-Delille, Halbron, Læderich, Le Mée, Maingot, Baron, Bigart, Salomon, Vitry).

Ce cours aura lieu du 20 septembre au 16 octobre 1920. Il comprendra des leçons qui seront données chaque jour à 5 heures au Laboratoire d'hygiène de la Faculté, et des exercices pratiques de clinique qui se tiendront chaque matin à 9 h. 1/2, à l'Hôpital Laënnec et au Dispensaire Léon-Bourgeois. Des visites à des établissements antituberculeux seront faites dans la semaine du 17 au 22 octobre.

Ce cours est ouvert aux docteurs en médecine. Le nombre des auditeurs est limité à 45. Il sera perçu un droit de laboratoire de 100 francs.

La « Commission Rockefeller pour la préservation contre la tuberculose » tient un nombre limité de bourses à la disposition de médecins français chargés du service médical d'un dispensaire antituberculeux en France, ou désignés officiellement par des autorités départementales ou municipales, ou par des Comités locaux, pour prendre la direction d'un dispensaire. L'importance de ces bourses sera suffisante pour défrayer les médecins de leurs frais de voyage et de séjour à Paris pendant la durée du cours.

Pour l'obtention de ces bourses, s'adresser au directeur de la Commission pour la préservation contre la tuberculose en France, 3, rue de Berri, Paris.

Pour l'inscription au cours, s'adresser à la Faculté de médecine (guichet n° 3), les jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

Exercices cliniques. — Les élèves du cours seront entraînés à des démonstrations pratiques portant sur l'examen stéthacoustique, l'examen radiologique, l'examen laryngologique, les examens de laboratoire, la reconnaissance des pièces nécropsiques, la conduite et les méthodes du dispensaire, la préservation de l'enfance.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE LIVRET UNIVERSITAIRE INDIVIDUEL

Conformément au décret du 31 juillet 1920, à dater de la rentrée scolaire 1920-1921, tout étudiant, pour être immatriculé ou inscrit dans une faculté ou école d'enseignement supérieur public, devra être muni d'un livret universitaire individuel.

Le livret universitaire individuel deviendra strictement obligatoire à partir de la rentrée scolaire 1921-1922.

Ce livret contiendra les parties et mentions suivantes :

1° Etat civil de l'étudiant, avec signatures légalisées. Une place sera réservée à la photographie;

2° Titres ou grades dont justifie l'étudiant au moment de son admission dans la faculté ou école : indiquer le lieu et la date de tous les actes, les autorités et établissements devant lesquels ils ont été passés, les mentions obtenues, l'attestation que les pièces authentiques ont été présentées pour l'établissement de cette partie du livret;

3° Scolarité : immatriculations successives, inscriptions régulières ou cumulatives, dispenses et équivalences;

4° Enseignements suivis : cours, conférences, exercices et travaux pratiques. Il pourra être ajouté, à la demande de l'étudiant, une mention d'assiduité avec la signature du professeur ou du directeur d'institut ou école ;

5° Exeat : transferts de dossier, fin d'études.

Les mentions des paragraphes 3, 4 et 5 seront attestées par la signature du secrétaire de la faculté ou école ou de son délégué.

Les livrets devront être d'un format analogue au format du livret militaire, d'un type uniforme établi par les soins du ministère de l'Instruction publique (direction de l'enseignement supérieur).

Tout livret portant des mentions reconnues fausses sera retiré, sans préjudice des poursuites disciplinaires qui pourraient être intentées au délinquant.

LES SESSIONS SPÉCIALES POUR DENTISTE

M. Roustan, sénateur, demande à M. le ministre de l'Instruction publique si, conformément aux avantages accordés aux étudiants en médecine et en pharmacie démobilisés (sessions spéciales trimestrielles, programme restreint), on ne pourrait pas créer une session spéciale du B. E. P. S., réservée aux démobilisés qui se destinent aux études dentaires. (*Question du 21 juin 1920.*)

Réponse. — Une session spéciale du B. E. P. S. réservée aux démobilisés qui se destinent aux études dentaires a eu lieu en mars dernier. (*J. O.*, 24 juillet 1920.)

REVUE GÉNÉRALE

DERMATOSES PAR INSOLATION

BRULURE OU RADIODERMITE CHRONIQUES

Par W. DUBREUILH,
Professeur de clinique dermatologique à la Faculté de médecine de Bordeaux.

La lumière est d'après les physiciens une vibration transversale de l'éther se propageant en ligne droite avec une grande rapidité, une ondulation se transmettant de proche en proche sans déplacement réel. C'est quelque chose comme les ondulations qu'on peut imprimer à une corde allongée sur le plancher, on peut lui imprimer des ondulations courtes et rapides ou plus rares et allongées; on peut enfin lui imprimer des ondulations circulaires ou dans plusieurs plans ce qui correspond à la lumière ordinaire, ou dans un seul plan, ce qui correspond à la lumière polarisée.

Nous appelons lumière les ondulations d'une certaine catégorie, celles qui sont perçues par notre œil et qui forment la partie du spectre solaire comprise entre le rouge et le violet. Mais il en est bien d'autres dans la lumière solaire totale, que nos yeux ne sont pas adaptés à percevoir. Dans la partie rouge du spectre et au delà, dans l'infra-rouge invisible à nos yeux, sont des rayons calorifiques qui sont perçus par les terminaisons nerveuses de la peau, des mains en particulier et qui sont formés par des ondes relativement longues. A l'autre extrémité du spectre, dans le violet et au delà, sont des rayons à courte longueur d'onde qui ont des propriétés chimiques et biologiques particulières, ils agissent notamment sur la plaque photographique qui est impressionnée par les rayons ultra-violets que notre œil ne perçoit pas. Bien en deçà des rayons calorifiques infra-rouges sont les ondes hertziennes qui ont une longueur immense et au delà des rayons chimiques de l'ultra-violet sont les rayons de Röntgen à bien plus courte longueur d'onde qui agissent aussi sur la plaque photographique et ont des propriétés biologiques particulières.

Ces rayons ou ondulations peuvent traverser certains corps dits transparents quand il s'agit de rayons lumineux, mais la transparence ou perméabilité varie suivant la nature des rayons. Le sel gemme et le verre ordinaire laissent passer les rayons infra-rouges et arrêtent les rayons ultra-violets qui traversent parfaitement l'eau ou le cristal de roche; les rayons X traversent une foule de corps opaques pour la lumière mais sont arrêtés par les métaux lourds même entrant dans des combinaisons transparentes à la lumière comme les verres à base de plomb.

En dehors et entre ces trois groupes il existe probablement dans la nature une foule d'autres rayons ou ondulations que nous ignorons parce que nous n'avons ni organe ni instrument propre à les percevoir, mais il est possible et même probable que les animaux, surtout inférieurs, ont des organes adaptés à percevoir des rayons que nous ne connaissons pas, ce qui expliquerait bien des merveilles de l'instinct.

Perçus ou non par nos sens ces rayons peuvent avoir et ont dans certains cas une action biologique sur nos tissus. C'est un domaine immense et à peine exploré mais je veux me restreindre ici à ce qui est le mieux connu, l'action pathogène sur la peau des rayons calorifiques, chimiques et Röntgéniens.

I

Rayons calorifiques. — La connaissance du feu est le premier pas dans la marche ascendante de la civilisation, le premier geste qui sépare l'homme des animaux et la connaissance de la brûlure aiguë en est contemporaine.

Je ne veux pas décrire la brûlure mais je veux seulement remarquer ici que suivant l'intensité de l'action de la chaleur il se produit un simple érythème, des phlyctènes suivies d'excoriations ou une nécrose des tissus; dans tous les cas la douleur est instantanée et les lésions sont immédiates.

La brûlure chronique est moins bien connue. Il y a cependant longtemps qu'on a décrit une pigmentation spéciale due à l'action prolongée et répétée de la chaleur obscure. La pigmentation réticulée *a calore* présente toujours à peu près la même disposition, elle forme un réseau de bandes brunes ou noirâtres quelquefois un peu violacées quand elles sont récentes, larges de 1/2 à 1 cm., assez variables du reste, parfois légèrement saillantes ou squameuses.

Ces traînées sont anastomosées en réseau, circonscrivant des aires de 2 à 4 ou 5 cm. de large où la peau est normale ou bien formant sur les membres des traînées longitudinales.

La pigmentation réticulée est surtout fréquente chez les femmes qui tous les jours et tout l'hiver restent assises, les pieds sur une chaufferette abondamment garnie, telles les marchandes de marrons ou de journaux au coin des rues. Je l'ai vue aussi au-devant des jambes chez des gens qui restaient assis devant le feu; aux mollets chez un homme qui avait l'habitude de se chauffer debout le dos au feu. Dans tous ces cas la pigmentation se développe en hiver pour disparaître à peu près complètement en été.

L'examen microscopique que j'ai pu faire sur une pièce excisée à la jambe d'une femme qui avait une pigmentation très accusée m'a montré une accumulation de pigment dans les cellules de la couche basale. La pigmentation est irrégulièrement distribuée et forme un semis de petits îlots; elle est formée de très fins grains de pigment brun jaune entourant le noyau de la cellule. Dans le derme on trouve seulement une infiltration de cellules autour des vaisseaux, quelques cellules chromatophores ramifiées, et beaucoup de mastzellen.

La brûlure chronique peut donner lieu à des lésions plus graves.

Dans le Kashmir, sur les premiers plateaux de l'Himalaya, les hommes portent sous leurs vêtements flottants et suspendu au cou un pot à feu qui s'ap-

pelle un « kangri » (1). C'est un panier rond du volume d'une tête d'enfant contenant un pot de terre cuite où l'on met de la cendre et des charbons ardents. Pendant la marche ce pot repose sur le ventre et quand ils sont assis il repose entre les cuisses. Chez les hommes qui ont atteint ou dépassé la cinquantaine la face interne des cuisses et l'abdomen, un peu moins souvent les mollets et la poitrine, présentent une peau marbrée de traînées pigmentaires qui accusent la distribution des veines superficielles, de macules écailleuses et de plaques saillantes; il y a des cicatrices multiples et une sorte d'éruption eczématiforme chronique avec rougeur et desquamation. Les tumeurs cornées ne sont pas rares et leur base présente les caractères de l'épithélioma. L'épithéliome débute par des plaques écailleuses ou quelquefois sur les cicatrices. Il présente trois types : le type saillant formé par des plaques ulcérées et végétantes, le type ulcéreux, le type mixte formé par une tumeur avec ulcère cratériforme. L'ulcération peut creuser jusqu'aux muscles et au péritoine; l'envahissement ganglionnaire est assez tardif mais se fait dans le triangle de Scarpa ou l'aisselle. Ce sont des épithéliomes spinocellulaires à globes cornés. Neve (2) à qui sont empruntés ces renseignements a opéré, en 25 ans, 1.189 épithéliomes dont 848 siégeaient sur les cuisses ou l'abdomen, ce qui est hors de toute proportion avec ce qui se voit en Europe.

Dans le même numéro du *Brit. med. Journ.*, se trouve un extrait d'un rapport de Bashford sur le « kangri-burn cancer » qui rend compte des mêmes faits. Woodhead (*ibid.*) a observé plusieurs cas d'épithéliome à globes cornés siégeant au-devant des jambes chez les mécaniciens de locomotive.

II

Rayons solaires. — *A.* INSOLATION AIGUË. — Tout le monde connaît le coup de soleil, mais il importe d'en faire ressortir quelques caractères. Si l'on s'expose à la lumière solaire directe, on sent bien pendant l'exposition une certaine chaleur due aux rayons calorifiques du soleil, mais très modérée ; ce n'est que quelques heures après l'exposition, au bout de 6 à 12 heures, que se manifestent les premiers phénomènes caractéristiques.

Si l'action du soleil a été modérée, c'est un simple érythème suivi, au bout de 2 ou 3 jours, de desquamation et un peu plus tard d'une pigmentation diffuse assez durable, le hâle. Quand l'action est très vive, il se produit des phlyctènes et il peut y avoir de la fièvre. On n'a pas observé de nécrose par coup de soleil, mais une exposition prolongée à une lumière artificielle très vive et riche de rayons ultraviolets comme la lampe de mercure ou la lampe à électrodes de fer de Bang peut produire une nécrose des tissus. Il en est de même dans le traitement du lupus par la méthode de Finsen.

(1) Il en existe deux exemplaires au musée de la Faculté de médecine de Bordeaux.

(2) E. NEVE. One cause of cancer as illustrated by epithelioma in Kashmir. *Brit. med. Journ.*, 3 sept. 1910, II, 589.

De nombreuses observations et expériences ont démontré que le coup de soleil n'est pas un coup de chaleur, que ce ne sont pas les rayons calorifiques du soleil qui agissent, mais les rayons lumineux et, parmi ceux-ci, ceux de la partie la plus réfrangible du spectre, les rayons à courte longueur d'onde du violet et ultra-violet.

Charcot, en 1859, a décrit le coup de soleil produit par la lumière de l'arc électrique, ce qui prouvait que les rayons calorifiques ne jouent aucun rôle, car à quelques mètres de distance, le rayonnement calorifique est à peu près nul. Bouchard, en 1862, en filtrant la lumière solaire par des verres colorés, a vu que, seule, la lumière violette (ou la lumière totale) peut produire un érythème. Ces deux expériences fondamentales ont été reproduites nombre de fois avec des variantes. Widmark a constaté que la lumière, transmise et concentrée par des lentilles de quartz, est beaucoup plus active que celle qui a traversé du verre, et qu'en dissociant la lumière avec un prisme de quartz, seule la partie violette pouvait produire de l'érythème. C'est pourquoi, dans les appareils de photothérapie par la méthode de Finsen, on n'emploie que des lentilles de quartz.

La lumière réfléchie par une nappe d'eau ou par la neige acquiert une nocivité toute particulière bien que froide, soit parce qu'à l'insolation directe vient s'ajouter l'insolation réfléchie, presque égale comme activité d'après Bowles, soit parce que la lumière réfléchie sur la neige est modifiée, polarisée en quelque manière. On serait tenté d'admettre cette dernière hypothèse en présence des faits nombreux de coups de soleil pris sur la neige par un temps couvert. Il est certain qu'on est plus hâlé par une excursion de montagne en hiver qu'en été. Il y a moins de soleil, mais plus de neige. La neige surtout fraîche fait plus que doubler l'action directe du soleil. L'altitude est un facteur dont il faut tenir compte, car les couches inférieures de l'atmosphère avec leur plus grande densité, leurs poussières et leur plus grande richesse en vapeur d'eau, arrêtent bien des rayons actiniques.

A côté des facteurs d'ordre physique, les facteurs biologiques jouent un grand rôle dans la production du coup de soleil. Toutes les peaux ne sont pas égales devant le soleil, elles réagissent très différemment. Chez l'individu moyen, à cheveux chatains, une première insolation produit de l'érythème qui laisse à sa suite une pigmentation diffuse, le hâle. Cette pigmentation est une réaction de défense et très efficace, car c'est surtout au début de l'été qu'on prend des coups de soleil. Une expérience de Finsen (1) met bien en évidence cette efficacité. Il expose son avant-bras au soleil, après y avoir tracé une large bande transversale à l'encre de Chine; il survient de l'érythème qui respecte la bande noire, bien que celle-ci ait dû absorber plus de rayons calorifiques; au bout de quelques jours et après lavage, la bande protégée se détachait en blanc sur l'avant-bras brun. Une nouvelle insolation produisit de l'érythème sur la bande blanche seulement, res-

(1) Cité par M. MÖLLER. Der Einfluss der Liehtes, etc. *Biblioth. med.*, 1900, fasc. 8.

pectant les parties hâlées. Bowles (1) cite le cas d'un homme de teint très clair qui, au cours d'une ascension de montagne, eut un formidable coup de soleil; la face rouge et gonflée était semée de petites dépressions correspondant à des taches de rousseur qui avaient fait des points de réserve.

Les individus à peau brune sont protégés par leur pigment et de plus se hâlent facilement. Les races colorées sont encore mieux protégées et le coup de soleil est inconnu chez les Nègres.

Chez les blonds, au contraire, et surtout chez les rousseaux, la peau mince et peu pigmentée se défend mal, elle prend facilement des coups de soleil et ne prend pas de hâle diffus, elle ne réagit qu'en faisant des taches de rousseur, ce qui ne fait qu'une protection médiocre et restreinte. Mais il faut remarquer que la couleur des cheveux ou même des yeux n'est pas toujours en rapport avec la structure de la peau, il y a des individus à cheveux foncés qui ont des teints de blonds et des individus à cheveux blonds qui ont un teint de bruns et qui se hâlent ; mais cela est assez exceptionnel.

Il est à remarquer que la peau réagit de la même façon, par la pigmentation, à la chaleur, à la lumière et aux rayons X ; cette pigmentation est une défense contre la lumière, mais non contre les autres rayons.

B. Insolation chronique (2). — Quand la peau est exposée souvent et pendant longtemps à l'insolation, après toute une vie de travail au soleil, après de nombreux coups de soleil ou même sans manifestation aiguë, il finit par se produire un syndrome qui a été longtemps considéré comme dû uniquement à la sénilité et que j'ai appelé kératose sénile.

La kératose sénile de la face est constituée par les lésions suivantes :

1° Une atrophie générale de la peau qui est amincie et laisse transparaître les veines sous-cutanées ; elle a perdu son élasticité et sa rétractilité de sorte qu'elle est flasque et ridée au lieu d'être tendue sur les plans sous-jacents. Cela correspond à une altération du tissu élastique dont les fibres sont irrégulières, noueuses, enchevêtrées et paraissent plus abondantes que normalement par suite de la raréfaction du tissu conjonctif. Cette atrophie est probablement plutôt due à la sénilité qu'à l'insolation, car elle peut exister dans les régions non insolées et dépourvues des autres lésions qui sont d'origine nettement solaires.

2° Des télangiectasies formant des points ou des îlots de fines veinules superficielles irradiées ou en réseau.

3° Des macules pigmentaires, de la grandeur moyenne d'une lentille, irrégulières de forme et de teinte, variant du fauve au brun.

4° Des macules achromiques blanches et mal limitées. A ce groupe de lésions appartient l'achromie assez fréquente des paupières inférieures.

5° Des îlots hyperkératosiques de la grandeur d'un grain de mil à une fève et davantage, jaunâtres ou brunâtres, plus ou moins saillants, qui varient d'épaisseur d'un point à un autre de la même plaque et sont souvent mal limités. Cet amas squameux est le plus souvent formé de squames grasses et friables, on peut les enlever avec l'ongle ou avec un tampon humecté d'éther. Cette imbibition de graisse est due à l'abondance des glandes sébacées de la face ; au-dessous se trouve une surface rouge, luisante, lisse ou gaufrée, couverte d'un épiderme mince et vulnérable. Quelquefois ces amas cornés sont plus secs, plus durs, plus adhérents, et de leur face profonde partent des prolongements qui s'enfoncent dans les orifices folliculaires dilatés.

Ces kératomes séniles sont confondus par la plupart des auteurs avec les verrues séniles ou verrues séborrhéiques qui sont tout autre chose. Les verrues séniles se montrent presque exclusivement sur le tronc, c'est-à-dire dans les parties couvertes, elles sont rares à la face. Elles se distinguent des kératomes séniles par leurs caractères cliniques, par leur structure histologique et par leur pronostic, car elles n'ont aucune tendance à évoluer en épithéliomes.

6° Des épithéliomes qui débutent le plus souvent par une ulcération de niveau avec les parties voisines ou faisant relief, à fond tapissé de bourgeons fermes, friables et saignants, à base indurée. Dans ce cas, la première manifestation de la transformation en épithéliome est l'apparition d'une véritable croûte formée d'exsudat desséché qui remplace l'amas corné. Bien d'autres formes d'épithéliome peuvent se présenter. Quelquefois, c'est une petite tumeur globuleuse dure, couverte d'un épiderme mince et tendu et qui ne tarde pas à se creuser au centre d'une ulcération profonde, en puits, c'est l'épithéliome cratériforme de Hutchinson. D'autres fois, la masse cornée ne tombe pas, mais s'épaissit, se durcit, devient saillante et se développe en une véritable corne à base épithéliomateuse. Très rarement, c'est un ulcus rodens qui se développe. Il peut enfin se produire une véritable épithéliomatisation en nappe, il se fait des surfaces rougeâtres, mal délimitées, mollasses, sans relief, peu infiltrées, couvertes d'un épiderme mince et çà et là de petites ulcérations. Le plus souvent, il n'y a que deux ou trois épithéliomes et leur marche est très lente, mais elle peut quelquefois être beaucoup plus rapide et certains malades ont la face criblée d'épithéliomes représentant tous les types possibles et qui repullulent incessamment. Ce ne sont pas des rechutes, car ceux qu'on guérit par les rayons X ou autrement restent guéris, mais il en reparaît toujours, tantôt en un point, tantôt dans un autre.

Ces épithéliomes peuvent longtemps rester assez

(1) Bowles. On the influence of solar rays the skin. *Brit. Journ. of Dermat.*, 1893, p. 237.

(2) W. Dubreuilh. Des hyperkératoses circonscrites. Rapport au Congrès international de dermatologie de Londres, 1896, *Ann. de Dermat*, 1896, p. 1158.

W. Dubreuilh. Epithéliomatose d'origine solaire, *Ann. de Dermat.*, 1907, p. 387.

W. Dubreuilh. Du rôle de la lumière dans l'étiologie de l'épithéliome de la peau, *Cong. internat. de dermat. de Rome*, avril 1912.

W. Dubreuilh. De l'insolation, Société de médecine de Bordeaux, 9 janv. 1914, *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1914.

A. Bellini. Dell' influenza degli agenti fisici e più particolarmente della luce nella eziologia dell' epitelioma cutaneo, *Giornale Italiano d. mal. ven. e della pelle*, 1909.

bénins, se développant lentement et n'infectant pas les ganglions, mais quand la généralisation commence, elle marche vite. On peut voir tous les intermédiaires entre les ulcères qui persistent dix ans sans changement et les tumeurs qui ont toute la gravité des cancers de la lèvre inférieure les plus malins.

Sur les mains la kératose sénile se manifeste par les mêmes symptômes avec quelques légères différences. On y retrouve l'atrophie générale de la peau mais plus marquée, la peau est plus mince, plus ridée; on y retrouve les taches pigmentaires achromiques ou vasculaires et enfin les amas cornés et les épithéliomes, mais les kératomes séniles sont plus épais, plus secs et plus adhérents, ce qui est en rapport avec la moins grande abondance des sécrétions graisseuses. Ils forment des amas cornés bien limités de la grandeur d'une lentille à une fève, saillants, à contour abrupt, noirâtres, durs et adhérents, on ne saurait mieux les comparer qu'à un morceau d'écorce d'arbre collé sur la peau, et solidement collé car il est presque impossible de l'arracher. Les épithéliomes qui lui font suite forment des tumeurs végétantes et ulcérées qui assez rapidement adhèrent aux parties profondes.

L'épithéliome n'est pas le produit direct de l'insolation, celle-ci produit une lésion précancéreuse, le kératome sénile qui peut ensuite évoluer en épithéliome sans nouvelle intervention des rayons solaires.

La kératose sénile occupe exclusivement les parties découvertes, mais l'étude minutieuse de sa distribution topographique est des plus instructives.

A la face les lésions se voient surtout au nez et aux joues, souvent aussi sur le front et les oreilles; les parties inférieures de la face sont beaucoup moins atteintes et les régions sous-maxillaires ne le sont jamais; les paupières inférieures sont quelquefois malades mais non les supérieures. Le cou est indemne sauf les régions parotidiennes et quelquefois la nuque. La maladie n'atteint donc que les parties qui sont exposées, non seulement à l'air, mais aussi aux rayons directs du soleil et il est à prévoir que la forme de la coiffure aura quelque influence sur la topographie des lésions. Dans notre région du Sud-Ouest où les hommes portent beaucoup le béret, le front est plus souvent atteint que chez ceux qui portent le chapeau de paille, mais l'homme varie assez facilement sa coiffure. Chez les femmes, jusqu'à ces derniers temps, la coiffure habituelle était le foulard. Les jeunes femmes ne le portent guère plus, mais les vieilles le portent encore; chez les veuves, le foulard noir couvre la partie supérieure du front et la presque totalité des oreilles, ne laissant dépasser que le lobule. On trouve assez souvent des vieilles femmes qui devenues veuves de bonne heure ont presque toute leur vie porté le foulard exactement de la même manière; elles ont quelquefois toute la face hâlée, tachetée de macules pigmentaires, ridée, semée de kératomes séniles et d'épithéliomes, mais dans les parties couvertes par le foulard la peau est blanche, un peu amincie par l'âge mais sans trace d'aucune de ces diverses altérations que je viens de passer en revue. Et la limite est absolument nette tant sur le front qu'aux oreilles dont le lobule pigmenté ou kératosique tranche sur la peau fine et blanche du pavillon. Les parties latérales du cou et la nuque, surtout chez les hommes sont aussi quelquefois atteintes mais à un moindre degré.

Aux membres supérieurs la kératose sénile occupe la face dorsale des mains, notamment vers le bord radial, la face dorsale des poignets et s'étend plus ou moins haut sur la face dorsale des avant-bras chez les gens qui travaillent les bras nus. La paume, le bord cubital, la face dorsale des deux dernières phalanges sont toujours indemnes, car, en effet, dans les travaux des champs les doigts, repliés sur l'outil, sont à l'abri des rayons solaires.

De la localisation des lésions l'on peut conclure que la kératose sénile est due, non pas à des intempéries quelconques, mais à la lumière solaire, et que sa fréquence doit être influencée par la profession. C'est en effet ce qui arrive et la kératose sénile est essentiellement une maladie rurale.

Dès mon premier travail sur le kératome sénile, en 1896, j'avais été frappé de sa rareté chez les pensionnaires de l'asile des vieillards de Bordeaux et de sa fréquence chez les cultivateurs. Bellini en 1909 a fait une enquête analogue avec les mêmes résultats : sur 200 vieillards de l'hospice de Milan âgés de plus de 70 ans il a trouvé 26 cas de kératose sénile soit 13 p. 100 et encore était-ce surtout des individus ayant exercé des professions de grand air; sur 100 paysans des environs de Milan, pris au hasard, il en a trouvé 42 p. 100.

Nous savons qu'en ce qui concerne l'insolation aiguë les rayons solaires réfléchis par l'eau ou la neige ont une nocivité particulière. Il en est probablement de même pour l'insolation chronique bien que la chose soit plus difficile à démontrer.

On peut cependant constater que les marins présentent souvent de la kératose sénile avec une intensité et une précocité particulière, tellement que Unna a autrefois décrit comme une maladie particulière, sous le nom de « Carcinom des Seemannshaut », la kératose sénile survenant chez des marins d'une façon précoce et intense en raison de leur profession et de leur teint blond.

Les blanchisseuses qui travaillent bras nus sur une berge de rivière en plein soleil présentent des lésions abondantes de kératoses séniles sur la face et les avant-bras.

Le Dr Mac Coy, de Vincennes, Indiana, U. S. (1), m'a communiqué quelques observations très curieuses sur l'influence du sol qu'il a publiées dans les *Archives of Dermatology*. Il a remarqué la fréquence des coups de soleil chez les soldats dans un camp d'instruction établi dans un district dont le sol était blanc. Dans l'Indiana où il exerce il compare deux régions agricoles voisines qui ne diffèrent que par la nature du sol qui est une argile blanche dans l'une et une argile rouge dans l'autre, les épithéliomes de la face sont incomparablement plus communs dans la première de ces deux régions, ce

(1) J. Mac Coy. The solar keratoses and cutaneous cancer, *Arch. of dermat.*, 1920, p. 175.

qu'il attribue à l'influence de la lumière réfléchie venant s'ajouter à celle de la lumière directe.

Il est de tradition à Bordeaux que les cancers de la face sont particulièrement fréquents dans les Charentes. C'est une remarque que j'ai entendu faire quand j'étais jeune étudiant et j'ai eu amplement l'occasion d'en vérifier l'exactitude. Or une grande partie des départements de Charente et Charente-Inférieure, dite « Champagne » (d'où le nom de « fine Champagne » donné aux eaux-de-vie qu'elle produit) présente un sol crayeux, blanc, aride, réfléchissant énergiquement les rayons du soleil. Il serait intéressant de rechercher s'il en est de même dans la Champagne de l'Est, si dans la Champagne pouilleuse, blanche et aride, l'épithéliome de la face est plus commun que dans les régions voisines à sol plus sombre.

En dehors des circonstances extérieures, il est un certain nombre de conditions individuelles qui favorisent l'insolation chronique ou qui protègent contre elle.

Nous avons vu que les blonds sont plus exposés aux coups de soleil que les bruns, il en est de même pour l'insolation chronique ; il est facile de constater que la kératose sénile est plus fréquente et plus développée chez les gens qui ont, ou ont eu, les cheveux blonds et les yeux bleus. La couleur des cheveux n'a du reste pas d'importance en soi, elle est seulement l'indice d'une structure particulière de la peau, elle coïncide généralement avec une peau fine, blanche, dépourvue de pigment, et ne prenant pas le hâle. La coïncidence n'est pas absolument constante, car il y a des blonds qui ont des teints de bruns et qui prennent le hâle ou inversement, mais ce sont des exceptions rares ; on ne voit jamais de kératose sénile chez les individus qui se hâlent franchement et intensément, non plus que chez les mulâtres ou les nègres. En revanche c'es chez les rousseaux que l'on voit les cas les plus accusés et les plus précoces d'épithéliomatose multiple. Chez un marin à cheveux rouges, j'ai vu la nuque criblée de taches de rousseur qui formaient des îlots saillants séparés par un réseau de peau blanche, amincie, atrophiée : les taches pigmentées avaient protégé le derme sous-jacent contre l'action atrophiante de la lumière.

Le xeroderma pigmentosum est une épithéliomatose multiple de l'enfance qui atteint uniquement les parties découvertes : la face, la nuque, le cou, les mains et les avant-bras, quelquefois les pieds et les jambes. La maladie apparaît vers la seconde ou la troisième année, quand l'enfant commence à sortir; elle débute par des taches pigmentaires, des macules achromiques, des télangiectasies, des amas cornés qui se transforment plus tard en épithéliomes, le tout faisant un bariolage identique à celui de la kératose sénile, sauf sa plus grande intensité.

Le rôle de la lumière est ici tellement évident que depuis longtemps il est universellement admis. C'est une kératose sénile extraordinairement précoce et grave qui ne diffère de la kératose sénile ordinaire que par quelques détails. C'est ainsi que les taches pigmentaires sont beaucoup plus nombreuses et plus accusées, elles sont souvent noires et non simplement brunes ; l'évolution épithéliomateuse est aussi beaucoup plus rapide et plus générale.

Nous ignorons complètement les causes de cette susceptibilité anormale. La maladie frappe souvent tous les enfants d'une famille, sans cependant qu'on trouve rien dans les antécédents héréditaires ; les malades sont assez souvent des bruns à cheveux noirs. Les conditions prédisposantes sont donc certainement tout à fait différentes de celles qui jouent un rôle dans la kératose sénile des adultes, mais les causes déterminantes et les résultats sont les mêmes.

III

Radiodermites. — Les rayons X exercent sur la peau une action analogue à celle des rayons solaires, et nous pouvons distinguer une radiodermite aiguë et une radiodermite chronique.

Les premiers effets des rayons X ne se manifestent qu'après une période de latence de 10 jours en moyenne, mais qui est d'autant plus courte que l'action a été plus énergique. Quand la dose de rayons X ne dépasse pas 8 à 10 unités H, il se produit un érythème suivi de desquamation qui laisse à sa suite une pigmentation brune assez persistante ; c'est exactement ce que fait le soleil et Hall-Edwards (1) a remarqué que les personnes susceptibles aux rayons du soleil le sont aussi aux rayons X.

Quand la dose atteint 15 ou 20 H, il se produit des phlyctènes et une ulcération à développement graduel, plus ou moins profonde, comparable à ce que produit la lumière dans l'appareil de Finsen, mais d'une évolution beaucoup plus lente et torpide.

L'ulcération consécutive à une dose massive, unique, guérit en un temps qui ne dépasse guère 2 ou 3 mois, mais quand il y a eu des expositions répétées, il en peut résulter des ulcérations torpides d'une durée presque indéfinie et qui ont des caractères spéciaux qui méritent d'être signalés.

On peut distinguer, dans l'ensemble de la lésion, plusieurs zones concentriques. La plus extérieure est constituée par une pigmentation brune qui correspond à la radiodermite érythémateuse ; la seconde zone est formée par une peau dure, scléreuse, achromique, tachetée de macules brunes, avec des télangiectasies ; le centre, enfin, est constitué par une ulcération dont l'aspect est caractéristique. Le bord incliné en talus, et le fond uni, plat ou largement ondulé, sont tapissés d'un enduit pseudomembraneux blanc jaunâtre, lisse, adhérent, assez épais et qui est tout à fait caractéristique. Cet enduit est parfois perforé par des bourgeons charnus rouges ; il sécrète une sérosité jaunâtre, quelquefois fétide, mais ne suppure pas. Les douleurs sont très vives, continues, rongeantes et s'irradient fort loin dans les parties voisines. Ces ulcères peuvent durer des mois sans la moindre tendance à la guérison et même récidiver après guérison, et cela à longue échéance, après plusieurs années.

(1) J. Hall-Edwards. Observations on the existence of a special susceptibility to the Röntgen rays, *Brit. Journ. of dermat.*, 1909, p. 397.

La radiodermite chronique est le résultat d'expositions faibles et répétées ; chacune, en particulier, est incapable de produire aucune réaction appréciable, mais leur accumulation arrive à produire des altérations graves et profondes. Elles sont tout à fait analogues à celles que produit le soleil.

On les observe surtout chez les radiologistes qui, autrefois surtout et quelquefois encore, s'exposent sans mesure et sans précaution au rayonnement de leurs appareils. Chez eux, les lésions siègent à la face dorsale des mains et surtout des doigts. Tandis que chez l'agriculteur les doigts repliés sous l'outil sont presque toujours à l'abri du soleil, chez les radiologistes qui manipulent sous l'ampoule, les dernières phalanges sont encore plus exposées que les mains; la face palmaire n'est pas toujours indemne parce que les rayons traversent.

Les lésions sont constituées par une atrophie de la peau qui est amincie, sèche, racornie, écailleuse par suite de l'atrophie des glandes sébacées et sudoripares; elle est bariolée de taches brunes de teinte variable, de taches achromiques, de télangiectasies; on y voit des amas cornés verruqueux et des ulcérations douloureuses. De ces ulcérations, les unes sont des épithéliomes, mais d'autres ne le sont certainement pas et elles peuvent cicatriser spontanément, elles sont probablement dues à des névrites périphériques, et sont des troubles trophiques. Les ongles sont amincis, striés, fendillés et plus ou moins déformés.

Les épithéliomes sont généralement très malins et se généralisent facilement; chose curieuse, ils sont quelquefois curables par les rayons X, ce qui a été invoqué pour nier leur origine radiodermique et qui ne prouve rien du tout.

On observe quelquefois les mêmes altérations chez des malades traités pour des affections diverses par des séances répétées de rayons X et notamment chez des lupiques traités par des séances faibles indéfiniment répétées. Il est bien connu que le lupus peut donner naissance à un épithéliome, mais il semble que cette complication soit beaucoup plus fréquente dans les lupus traités par les rayons X.

Cette radiodermite chronique ne se montre qu'après plusieurs années de manipulation imprudente ou de traitement, elle débute et se développe insidieusement tant que la cause continue à agir; mais elle persiste même après que la cause a cessé et certaines lésions peuvent encore évoluer. C'est ainsi que les névralgies persistent et que l'on peut voir se développer des épithéliomes par évolution des kératomes verruqueux longtemps après que le sujet n'est plus exposé aux rayons.

Ici comme pour la kératose sénile, les rayons X ne produisent pas l'épithéliome, ils produisent une lésion précancéreuse qui évolue ensuite pour son compte.

IV

On voit donc que les trois espèces de rayons que nous avons considérées ont une action analogue sur les tissus.

Il y a encore d'autres analogies. On connaît la teinte violette que prennent les ampoules à rayons X après un certain temps d'usage; comme pour l'améthyste qui a la même couleur, elle est due à la présence du bioxyde de manganèse. La fabrication du verre blanc comporte l'introduction dans la pâte d'une certaine quantité de bioxyde de manganèse qui, en se réduisant à l'état d'oxyde inférieur incolore, brûle les matières charbonneuses et décolore le verre. L'action prolongée des rayons X oxyde le manganèse, le fait repasser à l'état de bioxyde qui donne au verre cette teinte violette. Or, les rayons solaires en font autant : le verre blanc exposé au soleil pendant quelques années prend une couleur améthyste bien caractérisée. J'ai, une fois, pu déterminer la durée du phénomène, j'ai ramassé au refuge du Vignemale, à 2.400 m. environ, un morceau de carafe cassée qui avait pris une couleur améthyste pâle et qui avait été cassée et jetée dehors cinq ans avant; il faut remarquer qu'à cette altitude les rayons solaires sont certainement plus actifs.

On pourrait penser que la lumière solaire contient des rayons X et que ce sont eux qui colorent le verre et qui produisent les lésions de l'insolation chronique; mais les vêtements, même légers, un simple foulard, pourvu qu'ils soient de couleur sombre, sont un obstacle à l'insolation et n'arrêteraient pas les rayons X.

Richardson, cité par Bellini, a vu qu'il se produit de l'eau oxygénée dans l'urine fraîche exposée au soleil. Dieudonné a vu l'insolation produire des traces d'eau oxygénée dans les milieux de culture exposés à la lumière solaire totale, tandis qu'il ne s'en produit pas dans l'obscurité ou dans la lumière rouge ou jaune. C'est peut-être par ce mécanisme que la lumière agit sur les tissus, mais j'ignore si les rayons X ont le même pouvoir.

Cette explication ne ferait du reste que reculer la question sans la résoudre, il reste le fait clinique que certains agents physiques étroitement apparentés déterminent dans les tissus et notamment dans la peau des altérations semblables.

Si l'on compare les diverses vibrations ou ondes et les lésions produites, on est frappé par un parallélisme très remarquable. Les rayons calorifiques qui ont une longueur d'onde relativement grande, produisent sur l'organisme des effets immédiats, la sensation de brûlure et les lésions organiques qui en résultent sont instantanées, en revanche les lésions de la brûlure chronique sont rares, peu développées et tardives.

Les rayons violets et ultra-violets du spectre solaire qui sont, ainsi que je l'ai montré plus haut, les plus actifs ont une moins grande longueur d'onde. L'insolation n'est pas sentie sur le moment, ce n'est qu'au bout de quelques heures que surviennent la cuisson et l'érythème. Les lésions chroniques n'apparaissent qu'après des années d'insolation et elles sont toutes superficielles, voire épidermiques. Le derme n'est pas atteint par les rayons actiniques qui sont arrêtés par le pigment de l'épiderme, s'il y en a, par l'opacité relative du derme, par l'opacité spécifique de l'hémoglobine du sang, qui ne laisse passer que les rayons rouges.

Les rayons X enfin ont une longueur d'onde bien plus courte que les précédents et corrélativement la

période de latence est plus longue et la nocivité plus grande. La radiodermite aiguë ne se montre qu'après une période de latence complète d'une ou deux semaines, mais la radiodermite chronique peut se manifester au bout de quelques années, et avec une intensité redoutable. Le radiologiste le plus occupé et le plus imprudent expose ses mains au rayonnement proche de l'ampoule pendant une heure ou deux par semaine et, au bout de quelques années, il a des lésions bien plus graves que le cultivateur qui, pendant 40 ans, a travaillé au grand soleil tous les jours et toute la journée. Ajoutons que les lésions solaires sont superficielles, tandis que les lésions röntgéniennes de l'épiderme s'accompagnent d'altérations profondes de même nature qui atteignent les nerfs, les os et la peau palmaire.

LETTRE D'AMÉRIQUE

New-York, 27 août 1920.

Depuis plusieurs semaines j'avais l'intention de consacrer une des prochaines lettres d'Amérique à la *campagne contre les maladies vénériennes* et à la *prohibition*. Les comptes rendus de la *Gazette* montrent que le prof. Keen a parlé de ces sujets devant le Congrès de la Société internationale de chirurgie, dans les termes élevés que ceux qui le connaissent devaient attendre de lui. L'abstinence et la continence absolues pour le jeune homme peuvent paraître chimériques en France, mais il n'en est pas de même en Amérique où leur possibilité de réalisation et leur désirabilité sont admises couramment.

A en juger par certains échos, notamment par une lettre de Paris publiée dans un des derniers numéros du *Journal of the american Association*, la mention de certains à-côtés regrettables de la prohibition (empoisonnement par l'alcool méthylique, ordonnances de complaisance) dans la première lettre d'Amérique de la *Gazette* (1) semble avoir été interprétée par certains comme impliquant une hostilité marquée à la prohibition, ce qui est faux. Nul, en Amérique, ne regrette la suppression du cabaret et des liqueurs fortes, sauf ceux qui y étaient directement intéressés au point de vue pécuniaire et une minorité de buveurs invétérés. La majorité populaire en faveur de la prohibition — dont l'existence était très douteuse au moment du passage de la loi, quoi qu'en disent les prohibitionnistes — est solidement assurée maintenant que le suffrage universel féminin est devenu un fait accompli aux Etats-Unis. C'est dans l'application pratique de la loi que surgissent les difficultés dont certaines intéressent la profession médicale de très près.

Et tout d'abord la réelle valeur de l'alcool en médecine, question qui a déjà fait couler des flots d'encre. Les dirigeants de l'American medical Association sont fermement convaincus que cette valeur est très faible si elle existe ; à tel point que le Journal conseille aux médecins de ne point demander le permis nécessaire pour délivrer des ordonnances de whiskey : comme cela on ne s'expose pas à la tentation de céder aux sollicitations des amis qui ont soif. Certains même veulent aller plus loin : non contents de viser les ordonnances de complaisance ils voudraient s'opposer aux ordonnances délivrées de bonne foi par un médecin qui juge l'alcool utile. Le 28 avril 1920, le Comité de santé et d'instruction publique a adopté la résolution suivante : « 1° Attendu que la Chambre des délégués de l'A. M. A., en 1917, a adopté une résolution déclarant que l'alcool n'était ni un stimulant, ni un aliment et n'avait que peu ou point de valeur comme médicament interne ; 2° attendu que, dans la récente épidémie d'influenza, il a été déclaré que le whiskey était nécessaire pour le traitement de cette maladie et que les difficultés d'obtenir du whiskey avaient amené des souffrances qui auraient pu être évitées, voire des morts ; 3° la chambre des délégués de l'A. M. A. affirme de nouveau la résolution votée en 1917 et son opinion que le whiskey n'est pas nécessaire dans le traitement scientifique correct de l'influenza. » Lorsque le Comité présenta cette résolution à la Chambre des délégués pour ratification, il s'éleva des protestations contre toute action qui pourrait être interprétée comme restreignant la liberté de prescrire et la résolution fut « tablée », c'est-à-dire ne fut pas prise en considération. Il est intéressant de noter ce vote dans une des « forteresses » de la prohibition.

Mais, de ce que le droit du médecin de prescrire de l'alcool est reconnu, il s'ensuit qu'il ne doit point abuser de la situation privilégiée que la loi lui confère. Or, il faut avouer que certains médecins — une faible minorité heureusement — n'ont vu là qu'une occasion de se faire facilement des revenus considérables. Chaque prescription d'alcool doit être écrite sur feuille détachée d'un carnet à souche spécial fourni par le gouvernement, le talon indiquant la nature de la maladie pour laquelle le whiskey a été prescrit (1). Le nombre d'ordonnances d'alcool est limité à 100 par médecin tous les trois mois. Or, l'examen des souches, à Chicago et ailleurs, a démontré que ce maximum était régulièrement dépassé par certains médecins, toujours les mêmes, et que, si la majorité des ordonnances étaient pour affections respiratoires dans le traitement desquelles l'alcool a été en vogue, d'autres donnaient comme causes le rhumatisme, l'endocardite, la néphrite, le diabète, la fatigue oculaire, les furoncles, l'irritation vésicale ! Une telle liste se passe de commentaires et il ne faut point s'étonner si les révocations de permis de médecins et de pharmaciens s'accroissent.

D'autre part, un adoucissement notable vient d'être apporté à la loi de Volstead qui régit l'application du principe de la prohibition. Une récente circulaire des autorités reconnaît aux producteurs de pommes et de raisins le droit de faire écraser leurs fruits et de consommer, à la maison, le produit, sans qu'ils aient à s'occuper de la teneur de 0,5 p. 100 d'alcool, imposée comme limite supérieure d'alcool dans les boissons non enivrantes. Naturellement le vin et le cidre obtenus contiendront beaucoup plus que 0,5 p. 100 et la popularité des « cousins » éloignés de campagne va vraisemblablement s'accroître. Mais même les prohibitionnistes à outrance n'ont pas trouvé moyen de supprimer les lois de la fermentation et la surveillance constante de toutes les fermes des Etats-Unis n'est point possible, d'autant plus que les partisans de boissons légères détiennent probablement la balance du pouvoir entre les prohibitionnistes et les antiprohibitionnistes « intégraux ».

(1) *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 32, p. 503.

(1) Cf. *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 66, p. 1041.

En somme, le principe de la prohibition est admis aux Etats-Unis; l'application pratique se heurte à des difficultés; mais, de jour en jour, les buveurs se résignent, soit par philosophie, soit par nécessité; et la jeune génération est éduquée à ne pas boire : quand elle aura grandi, il n'y aura plus de problème de la prohibition aux Etats-Unis et une grande question d'hygiène sociale aura été résolue. Il ne faut pas dire que ce qui est arrivé aux Etats-Unis ne pourrait arriver en Europe. Déjà les prohibitionnistes y font campagne; il y a dix ans seulement, le parti était considéré ici, comme une bonne plaisanterie; pourtant la prohibition règne aujourd'hui de l'Atlantique au Pacifique et du Canada au Mexique, sur 110 millions d'habitants.

La *campagne antivénérienne*, déjà commencée avant la guerre, s'est grandement élargie avec celle-ci. L'examen physique des recrues a révélé la vraie fréquence des maladies vénériennes, fréquence déjà connue des médecins compétents, mais dont le public refusait obstinément de s'apercevoir. Certains des contingents, à leur arrivée au camp d'entraînement, donnaient une proportion de 5 p. 100 de Blancs et de 13 p. 100 de Noirs présentant des lésions *actives* de syphilis, chancre mou ou blennorragie (sans tenir compte des cas latents ou chroniques atténués). La prépondérance chez les Nègres explique probablement pourquoi, dans le tableau général des Etats de l'Union, les Etats du Sud ont invariablement donné les chiffres les plus élevés par rapport à la population.

L'attaque des maladies vénériennes à l'armée a été basée sur l'éducation, la prophylaxie, le traitement obligatoire et, accessoirement, la punition. Ceux qui ont eu l'occasion d'instruire les recrues sur ce sujet ont pu se rendre compte de l'ignorance crasse de la plupart, tant de ceux venant des villes que de ceux venant des campagnes. L'abstinence était préconisée comme le seul moyen sûr d'éviter la contagion et les plus grands efforts possibles étaient faits pour « canaliser » le surcroît d'activité physique dans d'autres directions, particulièrement athlétiques et récréatives. En seconde ligne, tout homme ayant eu un rapport sexuel illicite était obligé, dès son retour au camp, de se rendre à l'infirmerie régimentaire et de se soumettre au traitement prophylactique, basé sur la désinfection au savon, au protargol et à la pommade au calomel. S'il manquait de le faire et si une maladie vénérienne se déclarait plus tard, une punition supplémentaire était infligée. Les statistiques ont établi la valeur préventive de ce traitement, d'autant plus efficace, naturellement, qu'il était appliqué plus près du contact. Souverain avec un délai d'une heure au plus, très efficace avec un délai de moins de 4 heures, il perdait de sa valeur après cette limite et le nombre de cas de contagion allait en croissant régulièrement avec la longueur du délai. Puis, si la maladie se déclarait, l'homme était hospitalisé et traité vigoureusement. Pendant le temps du traitement, il était confiné à l'hôpital et perdait sa solde : généralement même, il était enfermé dans un enclos de fil barbelé, tous les privilèges de sortie et de permission étant supprimés. Dans le corps d'expédition en France, il était ajouté une punition supplémentaire « pour s'être rendu incapable de service actif ». Un tel système a eu pour résultat que, si l'on excepte les vénériens endurcis, tous les jeunes gens, tant ceux qui ont été infectés que les autres, sont sortis de l'armée avec une horreur salutaire des maladies vénériennes. La proportion d'infections nouvelles, après entrée au corps, n'a été que de 1,5 à 2 p. 100 dans toute l'armée américaine.

C'est suivant les mêmes lignes, sauf naturellement la punition, que se continue la campagne dans la vie civile. Education des jeunes gens, des deux sexes, par des conférences, des causeries, des brochures adaptées aux différentes circonstances; développement de tout ce qui peut détourner l'esprit de la tentation et réduction de celle-ci au minimum; établissement de cliniques gratuites où le traitement est administré par des hommes compétents, voilà ce que le gouvernement fédéral et les autorités locales font en coopération étroite. Le gouvernement a essayé d'enrôler tous les médecins et pharmaciens des Etats-Unis dans cette campagne et a obtenu un remarquable succès. Aux pharmaciens on demande de ne pas délivrer sans ordonnance les médicaments que le malade emploie pour se traiter lui-même. Au médecin, en plus d'un traitement consciencieux, on demande, en première ligne, de s'engager à *déclarer* tous ses cas, c'est-à-dire à considérer les maladies vénériennes comme toute autre maladie contagieuse dont la déclaration est obligatoire. Dans les grandes villes, il y a déjà longtemps qu'une telle déclaration est obligatoire en fait pour tous les hôpitaux et dispensaires, et, théoriquement, obligatoire aussi pour la clientèle privée. Seulement, dans ce dernier cas, elle reste à peu près lettre morte, faute de sanctions pénales pour la non-déclaration. Mais il est très possible, voire même probable, que la promulgation de telles sanctions ne soit qu'une affaire de temps. A la dernière réunion annuelle de l'A. M. A., un représentant du service de la Santé publique fit une communication où il insistait sur la déclaration obligatoire des maladies vénériennes. Certains médecins objectèrent que cela pourrait amener des procès pour violation du secret professionnel, ce à quoi l'orateur répondit que l'intérêt public demandait la déclaration et que cela primait le secret professionnel. Et il semble bien que les tribunaux soient disposés à accepter cette manière de voir. Dans un cas récent, où un homme présentant des symptômes pouvant autoriser un diagnostic de syphilis en évolution active refusa d'écouter les conseils de son médecin au point de vue de la protection de ceux qui l'entouraient et où le médecin, en conséquence, prévint ceux-ci de l'existence d'une maladie contagieuse, sans en spécifier la nature, le tribunal de première instance refusa d'allouer des dommages-intérêts pour divulgation du secret professionnel; et, sur appel, la cour suprême de l'Etat de Nebraska, à l'unanimité, confirma le jugement, en se basant sur les considérations suivantes : Le secret professionnel n'est pas un principe de droit commun : par conséquent il n'existe que là où il est explicitement établi par statut. A côté du devoir du médecin envers le malade, il y a son devoir envers le public. Celui-ci est à la base des dérogations au secret professionnel *ordonnées* par la loi; telles que la déclaration et la mise en quarantaine des maladies contagieuses, parmi lesquelles les maladies vénériennes. Aucun malade atteint d'une affection dangereusement contagieuse ne saurait prétendre exiger que sa maladie reste un secret pour les personnes que l'ignorance de son état exposerait à la contagion. Si la divulgation est nécessaire pour éviter la propagation de la maladie; si l'information n'est communiquée qu'à ceux qu'il est raisonnable de supposer



CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Circuit automobile de l'Avallonnais. — Les touristes désireux d'excursionner dans l'Avallonnais apprendront avec plaisir que la Compagnie P.-L.-M. organise dans cette région, au départ d'Avallon, jusqu'au 26 septembre 1920, un circuit automobile permettant de visiter, dans la même journée, le Monastère de la Pierre-qui-Vire et son curieux calvaire, Quarré-les-Tombes, Chastellux et son château, Pierre-Perthuis avec son admirable panorama sur la Vallée-de-la-Cure, Saint-Père, Vézelay et sa remarquable église de la Madeleine de pure style roman, Pontaubert, etc.

Pour plus amples renseignements, demander le prospectus spécial à l'Agence P.-L.-M. de renseignements, 88, rue Saint-Lazare, à Paris, aux bureaux de renseignements, bureaux de ville, agences de voyages, etc.

mis en danger par ignorance, si le médecin agit d'entière bonne foi, sans intention de nuire; si, enfin, le diagnostic est *justifiable* (ce qui ne veut pas dire qu'il soit prouvé de façon *irréfutable*), le médecin est à l'abri de poursuites en dommages-intérêts pour divulgation. Mais si ce même médecin ne possède pas l'habileté et le savoir communément requis, s'il ne prend pas le soin ordinaire qu'il faut apporter à un diagnostic et, en conséquence, fait une fausse déclaration, il est actionnable en dommages-intérêts, *pour négligence*.

Voilà un précédent radical, probablement fort discutable au point de vue juridique. Mais, avec la tendance actuelle ici, de toujours subordonner le *privilège* du secret professionnel au *droit* du public d'être protégé contre le contagieux, il est peu douteux qu'il ne soit suivi et que la déclaration des maladies vénériennes (les documents étant considérés comme rigoureusement confidentiels par les autorités sanitaires) devienne obligatoire en pratique comme en théorie.

FAXTON E. GARDNER (de New-York).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 30 AOUT 1920)

Influence de la nature de l'aliment carboné sur l'utilisation de l'azote par le « Bacillus subtilis ». — M. E. AUBEL.

LIVRES NOUVEAUX

Syphilis de l'utérus et de ses annexes. Trompes. Ovaires. Glandes mammaires (1), par le Dr OZENNE, chirurgien honoraire de Saint-Lazare.

Ce volume est la première monographie descriptive de toutes les manifestations syphilitiques qui affectent l'utérus et ses annexes.

Deux considérations principales ont engagé le Dr Ozenne à les présenter sous cette forme : premièrement, avoir sous la main un exposé d'ensemble des accidents primaires, secondaires et tertiaires, qui ne se trouvent que très succinctement décrits, en chapitres épars, dans les traités et les recueils de vénéréologie et de syphiligraphie; deuxièmement, faire ressortir que l'infection syphilitique, acquise ou héréditaire, n'épargne pas plus l'utérus et ses annexes que les autres organes de l'économie, et qu'à toute période de la maladie les manifestations en sont moins rares qu'on ne l'a cru jusque dans les derniers temps.

Pour ces raisons cette localisation de la syphilis ne doit pas être seulement connue des spécialistes en syphiligraphie, mais encore de tout étudiant et de tout médecin, la syphilis utéro-tubo-ovarienne devant être inscrite dans le cadre des affections gynécologiques.

Cette monographie essentiellement clinique est divisée en deux parties. Dans la première se trouve la description des manifestations primaires, secondaires et tertiaires de l'utérus non gravide et de l'utérus gravide. Les premières — accidents primaires et secondaires — ont fait le sujet de nombreuses publications qui les ont rendues familières; mais il n'en est pas de même des accidents tertiaires dont l'étude, en progrès chaque jour, ne saurait être trop poursuivie, tant au point de vue thérapeutique qu'au point de vue scientifique.

La seconde partie de l'ouvrage est consacrée aux lésions spécifiques secondaires et tertiaires, qui se développent sur les trompes, les ovaires et les glandes mammaires, ces glandes, quoique organes communs aux deux sexes, étant, en réalité, des annexes de l'utérus.

Ces annexes, de même que l'utérus, sont de temps à autre le siège de syphilomes, dont les caractères ne s'imposent pas comme lésions spécifiques : aussi s'explique-t-on qu'on en ait méconnu la véritable nature.

Il est donc de toute importance de se souvenir qu'en présence d'une malade syphilitique ou présumée syphilitique et atteinte d'une affection de la matrice ou de ses annexes l'infection peut être en cause. La soupçonner et la dépister, alors même qu'il n'existe pas de signes caractéristiques, tel est le but que le Dr Ozenne s'est efforcé d'atteindre, en insistant, dans cette monographie, sur tout ce qui peut faire éviter une erreur de diagnostic. L. G.

(1) 226 p. — Prix : 12 fr. net. — Paris, Masson et Cie.

Comment élever nos bébés, ou manuel pratique de puériculture (1), par P. PIRONNEAU.

M. Pironneau, l'un des meilleurs élèves de M. Variot, vient d'écrire pour le public un petit manuel de puériculture, très simple et très bien compris. Tâche moins aisée qu'elle ne paraît, et qui est souvent bien délicate, que celle qui consiste à élever un tout petit! Il convient donc d'expliquer minutieusement aux parents ce qu'ils doivent faire et ne pas faire, jusqu'où ils peuvent aller et à partir de quel point ils doivent recourir au médecin. L'auteur d'un livre de puériculture pratique doit éviter deux dangers : celui d'être trop savant et de croire parler à des médecins, et celui d'être par trop élémentaire. Il lui faut passer en revue l'*anatomie et la physiologie du nouveau-né*, la *croissance physiologique*, l'*enfant débile*, la *nursery*, la *layette*, la *toilette du nouveau-né*, son *sommeil*, ses *sorties*, les *jouets*, l'*allaitement* sous ses différents modes, le *sevrage*, l'*alimentation dans la 2e année*, les *premiers soins à donner à l'enfant malade*, les *troubles de croissance*, les notions principales relatives à la *natalité et à la mortalité infantile, aux œuvres de protection du premier âge*. Tel est le plan suivi par M. Pironneau. Assurément, c'est le meilleur, puisqu'il lui a permis de faire tenir tant de choses en si peu de pages, et à donner, à l'exposé de connaissances utiles, une forme particulièrement agréable. L. BABONNEIX.

Causeries philosophiques (2), par M. BADOUREAU.

L'auteur, ingénieur en chef des mines en retraite, justifie sa qualité de polytechnicien en touchant un peu à tout. Il est vrai qu'il le fait fort agréablement et prend soin de nous prévenir que ce ne sont là que bavardages. C'est ainsi qu'il étudie l'espace, le temps, la matière, les forces, Dieu et les problèmes de la vie individuelle et de la vie collective; il termine par une vue sur l'au-delà. L'ouvrage prouve une érudition considérable et le souci de lire et de connaître toutes les opinions sur un sujet. Peut-être sont-elles présentées un peu trop sur le même plan sans critique suffisante entre celles qui ont de la valeur et celles qui en manquent. On eût aimé souvent aussi connaître celle de l'auteur qui par une modestie exagérée s'abstient souvent de prendre parti. Cet éclectisme philosophique, qui peut aussi bien être du libéralisme scientifique que de la paresse, l'amène à terminer par une liste des questions éternellement posées à tous les esprits réfléchis. La lecture de l'ouvrage fait regretter qu'il n'y ait pas répondu lui-même. JEAN FERRAND.

Falsifications du vin et alcoolisme (3), par M. CORONADO.

« Boire du vin et en quantité modérée, si l'on est absolument sûr qu'il est naturel; boire de l'eau si l'on en doute, c'est se conformer aux règles de l'hygiène et c'est à beaucoup de points de vue, rendre service à son pays. »

(1) In-18 de 263 pages. — Prix : 4 fr. 50 majoration comprise. — Paris, Barnier.
(2) In-8 de 226-XX p. — Paris, Gauthier-Villars.
(3) *Th. de Paris*, 1 vol. in-8°. — Paris 1920, Le François.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 79. — MARDI 14 & JEUDI 16 SEPT. 1920 93e ANNÉE. MARDI 14 & JEUDI 16 SEPT. 1920. — N° 79.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, **20** francs par an. Étudiants étrangers, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE . 3 mois : **9** fr. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PROVINCE. — Marseille. — Le concours d'accoucheur adjoint de la Maternité s'est terminé par la nomination de M. le Dr Emile Cambon.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Il est créé, à partir du 1er novembre 1920, deux emplois d'agrégés à la Faculté de médecine de Paris.

— Création de l'institut d'hygiène. — Le *Journal officiel* du 11 septembre publie un décret déclarant d'utilité publique la création d'instituts dépendant de la Faculté de médecine de l'Université de Paris, notamment d'un institut d'hygiène, dans un terrain sis à Paris, rue de Vaugirard, 383-385-389-291, rue Lacretelle et rue Vaugelas, provenant de la liquidation de la congrégation de la Compagnie de Jésus.

En conséquence, le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, agissant au nom de l'Etat, est autorisé à acquérir ledit terrain par voie d'expropriation, conformément à la loi du 3 mai 1851.

— La fondation Déjerine. — Par décret en date du 7 septembre (*J. O.*, 11 sept. 1920) le doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est autorisé à accepter, au nom de cet établissement, aux clauses et conditions énoncées dans l'acte en date du 22 mars 1920, la donation faite à cette Faculté par Mme Augusta Klumpke, veuve de M. Joseph Déjerine, professeur à ladite Faculté, membre de l'Académie de médecine, des collections anatomo-pathologiques et iconographiques de M. Déjerine ainsi que 10.000 fr. de rente, représentée par 20 titres de 500 fr., chacun 5 p. 100 sur l'Etat français.

Les arrérages de ladite rente seront employés à créer un musée de neurologie avec laboratoire annexé à ce musée, lequel devra porter le nom de « musée » ou « fondation J.-Déjerine ».

Les titres de rente précités seront immatriculés au nom de la Faculté de médecine de l'Université de Paris, avec mention, sur l'inscription, de la destination des arrérages.

FACULTÉS DES DÉPARTEMENTS. — Il est créé à partir du 1er novembre : Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux : une chaire de toxicologie.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon : une chaire de clinique chirurgicale des maladies des enfants, une chaire de clinique des maladies des voies urinaires, une chaire d'oto-rhino-laryngologie.

Faculté de médecine de Montpellier : une chaire de gynécologie, une chaire d'oto-rhino-laryngologie.

Faculté de médecine de Nancy : une chaire de clinique des maladies des voies urinaires, une chaire d'otho-rhino-laryngologie. — Faculté de pharmacie de Nancy : une chaire de bactériologie.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère de la marine. — *Au grade d'officier.* — MM. les médecins principaux de la marine Chauvin, Lucciardi, Lasserre et Balcan.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins principaux de la marine Brun, Rouillier, Fontaine et Larroque.

Ministère de la guerre. — (Territoriale.) M. le médecin-major de 2e classe Binet.

ASSOCIATION DES MEMBRES DU CORPS ENSEIGNANT DES FACULTÉS DE MÉDECINE. — L'Assemblée générale annuelle de l'Association aura lieu, le 9 octobre prochain, à la Faculté de médecine de Paris. Séance le matin à 9 heures et l'après-midi à 14 heures.

L'ordre du jour comporte la discussion des rapports suivants : 1° « Réformes des études médicales. » Rapporteur, M. Champy (de Paris) ; 2° « Application du relèvement des traitements aux agrégés et chargés de cours. » Rapporteur, M. Charmeil (de Lille); 3° « Question du personnel auxiliaire (garçons techniques) ». Rapporteur, M. Latarjet (de Lyon).

La date de cette Assemblée générale importante a été fixée à la fin du « Congrès de chirurgie ».

Une réunion du Comité de l'Association aura lieu le ven-

dredi 8 octobre, à 17 heures, au foyer des professeurs de la Faculté de médecine de Paris.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

IMMATRICULATION, INSCRIPTIONS. — I. IMMATRICULATION. — Nul n'est admis aux travaux de la Faculté (travaux pratiques, laboratoires, cliniques, bibliothèque, etc.) s'il n'est porté sur le registre d'immatriculation (décret du 31 juillet 1897).

Immatriculation d'office : L'étudiant qui prend une inscription trimestrielle se trouve immatriculé d'office. Il n'acquitte pas le droit d'immatriculation.

Immatriculation sur demande : Ne sont immatriculés que sur leur demande : 1° les étudiants titulaires de toutes les inscriptions réglementaires ; 2° les étudiants dont la scolarité est interrompue ; 3° les docteurs, les étudiants français et étrangers qui désirent être admis aux travaux de la Faculté.

La dernière inscription ainsi que les inscriptions délivrées à titre rétroactif ne confèrent point l'immatriculation. A l'immatriculation sur demande est attaché le droit réglementaire : 30 fr.

Un candidat peut être admis à subir un examen sans être immatriculé.

Les immatriculations d'office auront lieu aux dates indiquées ci-dessous pour la prise des inscriptions trimestrielles.

Les immatriculations sur demande sont effectuées au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

N. B. — L'immatriculation ne vaut que pour l'année scolaire. Elle doit être renouvelée annuellement. Nul ne peut se faire immatriculer par correspondance ni par un tiers.

II. INSCRIPTIONS (1). — Première inscription : La première inscription doit être prise du 1er octobre au 8 novembre, de midi à 3 heures.

En s'inscrivant l'étudiant doit produire : 1° diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire, institué par décrets des 31 mai 1902 et 22 juillet 1912, et certificat d'études P. C. N. ; 2° acte de naissance sur timbre ; 3° consentement du père ou du tuteur, si l'étudiant n'est pas majeur. Ce consentement (établi sur papier timbré à 2 fr.) doit indiquer le domicile du père ou tuteur dont la signature devra être légalisée. (La production de cette pièce n'est pas exigée si l'étudiant est accompagné de son père ou tuteur) ; 4° un certificat de revaccination jennérienne établi conformément aux dispositions de l'article 6 de la loi du 15 février 1902 sur la vaccination obligatoire (modèle déposé au secrétariat de la Faculté).

Il est tenu, en outre, de déclarer sa résidence personnelle et celle de sa famille, comme tout changement d'adresse survenant au cours de la scolarité.

Inscriptions trimestrielles. — Pendant l'année scolaire 1920-1921, les inscriptions trimestrielles, consécutives à la première, seront délivrées dans l'ordre et aux dates ci-après, de midi à 3 heures.

Premier trimestre, du 13 au 30 octobre 1920 (excepté les lundis et mardis).

Deuxième trimestre, du 7 au 27 janvier 1921 (excepté les lundis et mardis).

Troisième trimestre, du 8 au 28 avril 1921 (excepté les lundis et mardis).

Quatrième trimestre, du 8 au 23 juillet 1921.

L'entrée des pavillons de dissection et des laboratoires de travaux pratiques sera interdite aux étudiants qui n'auraient pas pris les inscriptions trimestrielles aux dates ci-dessus indiquées.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leurs inscriptions aux jours ci-dessus désignés. Les inscriptions trimestrielles ne seront accordées, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et appréciés par la Commission scolaire. (La demande devra être rédigée sur papier timbré.)

Les inscriptions sont personnelles. Nul ne peut prendre inscription par correspondance ou par mandataire.

MM. les étudiants sont priés de déposer, deux jours à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté ; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat (guichet n° 3) pour prendre leur inscription.

Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux. — MM. les internes et externes des hôpitaux doivent joindre à leur feuille d'inscriptions, qu'ils déposent deux jours à l'avance chez le concierge de la Faculté, un certificat émanant du ou des chefs de service auxquels ils ont été attachés, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'internes et d'externes pendant le trimestre précédent. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel appartient l'élève.

Ces formalités sont de rigueur : les inscriptions ne seraient pas délivrées à MM. les internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de fournir lesdits certificats.

L'inscription d'un trimestre peut être refusée, pour manque d'assiduité et de travail, par décision de la Commission scolaire. La décision est définitive. L'étudiant auquel une inscription a été refusée ne peut, pendant le trimestre correspondant, obtenir le transfert de son dossier dans un autre établissement.

TRAVAUX PRATIQUES ET STAGE HOSPITALIER. — MM. les étudiants sont tenus de suivre les travaux pratiques et les stages spéciaux de clinique, conformément aux indications portées à l'horaire dont un exemplaire leur sera adressé après qu'ils auront pris l'inscription du trimestre d'octobre.

Ils sont également astreints au stage hospitalier tous les matins, pendant toute la durée de l'année scolaire, dans l'un ou l'autre des services de médecine ou de chirurgie générale désignés à cet effet.

Ils devront, en prenant l'inscription d'octobre, choisir le ou les services dans lesquels ils désirent accomplir leurs périodes de stage pendant l'année scolaire.

Les étudiants de 1re année ne sont autorisés à choisir qu'entre les services de clinique générale (médecine ou chirurgie) et les services hospitaliers spécialement désignés par la Faculté.

Les étudiants en cours irrégulier d'études qui désireraient suivre les travaux pratiques et le stage hospitalier devront adresser une demande à M. le Doyen, avant le 15 octobre pour le semestre d'hiver, et avant le 15 février pour le semestre d'été. Ils pourront être autorisés à suivre ces exercices après immatriculation et versement des droits. Ils choisiront les services hospitaliers dans lesquels ils désirent être inscrits, pour l'un et l'autre des deux semestres de l'année scolaire en retirant leur carte d'immatriculation.

TRAVAUX DE LABORATOIRE. — Peuvent y être admis, après autorisation préalable du Directeur du Laboratoire et du Doyen sur leur demande écrite et après immatriculation : 1° tous les étudiants de la Faculté ; 2° les docteurs et étudiants français et étrangers.

L'autorisation est valable pour un trimestre.

Le droit trimestriel à acquitter par MM. les étudiants admis dans les laboratoires de recherches varie de 50 à 150 francs suivant les laboratoires.

(1) Une carte est délivrée gratuitement à tout étudiant immatriculé. — Elle ne vaut que pour l'année scolaire. — Elle doit être renouvelée chaque année contre la remise de la carte précédente. — En cas de perte, il peut en être délivré un duplicata. — Les cartes sont rigoureusement personnelles. — Elles ne doivent pas être prêtées.

Pour l'année scolaire 1920-1921, les cartes d'immatriculation seront délivrées, contre la remise de la carte précédente, au secrétariat de la Faculté au moment de l'immatriculation, qu'il s'agisse d'une immatriculation d'office ou d'une immatriculation sur demande.

MM. les étudiants qui désireraient la carte avec photographie feront coller la photographie au verso de cette carte qu'ils présenteront ensuite au guichet n° 5, les lundis et mardis, de midi à 3 heures, pour opposition du cachet de la Faculté.

LA DEBILITÉ ARTHRITIQUE
CHEZ L'ENFANT

Par le docteur A. LESAGE (1),
Médecin de l'hôpital Hérold.

II

LES ÉQUIVALENTS ARTHRITIQUES CHEZ L'ENFANT

III. **Manifestations digestives**. — L'enfant arthritique peut présenter toutes les variétés de troubles digestifs connus, mais il a peut-être plus souvent que les autres, des embarras gastriques à répétition, des crises, d'intoxication dues à la constipation et d'entérite muco-membraneuse. On peut isoler cependant plusieurs variétés de manifestations digestives, qui semblent plus spéciales à l'arthritique : ainsi les vomissements cycliques, que j'étudierai en détail plus loin, les débâcles intestinales, les crises de tympanisme, la rapidité du transit intestinal, les crises hépatiques, les crises hémorroïdaires.

Débacles intestinales. — Tout à coup soit à la suite d'un excès alimentaire fait par l'enfant qui, jusqu'alors bien réglé, est sorti de sa vie normale, soit spontanément sans cause, soit spontanément, comme jugeant un équivalent quelconque arthritique (séborrhée, eczéma, etc.), apparaît une crise de diarrhée, qui peut revêtir toutes les couleurs et a pour caractère essentiel d'être brûlante et cuisante.

Les débâcles peuvent se présenter sous deux aspects particuliers : les unes contiennent une forte quantité de l'élément soufre; les autres, extrêmement aqueuses, ont beaucoup d'analogie avec l'hydrorrhée nasale.

Nos connaissances à leur sujet, sont encore bien peu avancées. Nous pouvons nous demander si l'élimination du soufre est un indice de l'entraînement hors du corps de l'élément toxique arthritique, comme le chlorure de sodium entraîne l'eau. En tout cas il est certain que quelle que soit la débâcle (au soufre ou à l'eau), l'arthritique se sent allégé et désintoxiqué. La débâcle est précédée de quelques coliques et accompagnée d'une sensation de très grande fatigue, qui après un court sommeil, fait place à un grand bien-être, comme si quelque principe toxique avait été éliminé. On constate, chez le nourrisson, des faits évidents de cette désintoxication : la courbe de poids qui était stationnaire ou en légère baisse depuis quelques jours, reprend son ascension, dès que la débâcle éclate. Cette crise est apyrétique, de durée courte et n'altère nullement l'état général.

Dans certains cas, la débâcle revêt une allure spéciale : elle est accompagnée d'élimination de mucus ou de petites membranes (débâcle muco-membraneuse). Elle éclate le plus souvent spontanément, comme une crise de bronchorrhée, qu'elle peut remplacer. La poussée de sécrétion de mucus, qu'elle soit sur les bronches ou sur l'intestin, a la valeur d'un équivalent. Bronchorrhée et entérorrhée à mucus sont de même nature et représentent une variété d'arthritisme : l'arthritisme à mucus.

En général avec cette variété de débâcle qui est d'une durée plus longue que les précédentes, l'organisme éprouve de la fatigue, de l'asthénie et, ne ressent pas le bien-être que j'ai signalé plus haut. Il semble qu'elle soit une manifestation d'intoxication à la manière de l'accès d'asthme et non une crise éliminatrice d'intoxication. Au fond pour l'arthritique, l'idéal est de ne jamais avoir de selles normales, et de présenter des selles non formées, à peine diarrhéiques, qui lui éviteront le plus souvent l'apparition de manifestations arthritiques.

Naturellement, avant de porter le diagnostic de débâcles, il sera bon d'avoir devant les yeux, tout le tableau de l'arthritisme et de ses équivalents. On éliminera ainsi toutes les variétés d'entérites.

Accès de tympanisme. — A la manière de la débâcle, le tympanisme peut survenir par crise surtout chez certains arthritiques qui ont de la tendance au ballonnement, à la dyspepsie flatulente. Sans cause bien apparente, le tympanisme normal augmente d'une façon démesurée et cette distension anormale de la masse intestinale n'est pas sans procurer quelques douleurs, qui disparaissent avec la cessation de la distension. S'agit-il dans ces cas d'une excrétion de la paroi intestinale? ou d'une production microbienne? Nos connaissances, à ce sujet, sont bien vagues. La durée de la crise est variable : quelques heures, quelques jours; puis tout rentre dans l'ordre.

Rapidité du transit digestif. — Un des caractères propres de la digestion arthritique est la rapidité du transit, si bien que dès l'ingestion, les mouvements péristaltiques se déroulant tout le long des voies digestives peuvent provoquer une évacuation, qui n'a pas les caractères normaux. Ceci se voit fréquemment chez les gros nourrissons arthritiques.

Crises hépatiques. — L'organe de prédilection de l'arthritisme héréditaire est certainement le foie, qui présente souvent des crises de suractivité fonctionnelle. Tantôt on constate une crise biliaire, une véritable débâcle polycholique, qui survient brusquement, sans cause, sans douleur, sans fièvre. Quelques selles vertes et tout rentre dans l'ordre. Comme pour toute débâcle arthritique, la température reste normale.

Dans ces cas, l'examen permet parfois de constater une augmentation légère du volume de l'organe, portant principalement sur le lobe gauche, qui est un peu sensible à la pression. Il n'est pas fréquent que l'enfant signale de lui-même cet état douloureux.

Dans certains cas, la zone douloureuse à la pression siège sur la vésicule biliaire. A ce niveau, la sensibilité peut être telle à la pression, que l'enfant pâlit et peut tomber en lipothymie.

S'agit-il dans ces cas, d'une simple congestion, ou d'une crise de colique hépatique? On peut penser à cette seconde hypothèse dans le cas où le nourrisson ou l'enfant à un accès de cris deux ou trois heures

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 62, p. 981, et n° 68, p. 1077. (Leçon recueillie par M. Noël Cojan, interne des hôpitaux.)

après le repas, accompagné de constipation. L'idée de la présence de cailloux dans les voies biliaires, n'est pas pour nous étonner : un certain nombre d'auteurs ont trouvé, à l'autopsie, des cailloux dans les voies biliaires. Il est bon de connaître ces crises hépatiques, car on a trop de tendance à incriminer le lait de la mère et de la nourrice qui n'y est pour rien. La crise est diathésique. Comme pour toute débâcle arthritique, la courbe de poids en arrêt reprend dès son apparition.

CRISE HÉMORROÏDAIRE. — Il n'est pas rare chez l'enfant arthritique de constater la présence de petites hémorroïdes, même dans le cours de la première année. On doit y penser, quand l'enfant crie au moment de l'émission des matières. Parfois on trouve, avec les dilatations veineuses, une petite fissurette. La crainte de la douleur, provoque en général de la constipation.

IV. **Manifestations céphaliques.** — MIGRAINE. — Depuis les recherches de Comby (1), Russell (2), Lesage (3), W. Teleston (4), Comby (5), on connaît de mieux en mieux la migraine chez l'enfant. On sait qu'elle est un équivalent de l'arthritisme, pouvant en remplacer ou accompagner un autre. Dans 50 p. 100 des cas, on retrouve la même hérédité migraineuse dans les antécédents, remontant même à plusieurs générations.

La migraine est surtout observée après quatre et cinq ans; cependant elle existe chez le nourrisson où elle doit être « devinée » tant la symptomatologie se réduit à peu de chose.

Sans cause appréciable, le nourrisson est pris brusquement, d'une agitation insolite et se met à crier. On n'en trouve pas la cause, malgré toutes les recherches. Cependant on est frappé de la pâleur de la face qui se « décompose », et cette altération du visage peut être telle que, quand on ignore ces faits, on pense immédiatement à une affection abdominale grave. L'examen de l'enfant est négatif : il n'y a pas de fièvre. Ceci dure une heure, deux heures, puis surviennent quelques vomissements, qui jugent la crise et l'enfant s'endort d'un sommeil de plomb pendant quelques heures.

J'ai pu suivre jusqu'à l'adolescence six nourrissons qui ont présenté des crises fréquentes de ce genre et j'ai pu voir peu à peu l'évolution vers la migraine classique.

On comprend qu'à cet âge le diagnostic soit difficile à établir d'une façon précise. Cependant il faut y penser s'il existe une hérédité arthritique et si le nourrisson a déjà présenté ou présente une manifestation quelconque de la diathèse (séborrhée-eczéma).

Quand l'enfant prend de l'âge, la migraine a tous les symptômes bien connus.

L'apparition de la céphalée caractéristique avant les vomissements, qui viennent à la fin de l'accès pour juger la maladie; l'intensité de la douleur, l'absence ou le peu d'intensité de l'acétonémie permettent d'éliminer les vomissements cycliques.

En effet, dans ce dernier cas, les vomissements intenses et incoercibles tiennent le premier plan; la céphalalgie est légère ou manque et survient tardivement; l'acétonurie est importante (1).

Migraine et vomissements cycliques arthritiques sont deux équivalents qui peuvent se remplacer, alterner ou coexister (2).

La migraine peut éclater spontanément, sans cause ou apparaître à la suite d'ingestion d'œuf ou de lait. Elle revêt une certaine périodicité.

MIGRAINE DE L'ŒIL. — La migraine peut affecter le type de migraine ophthalmique.

AMBLYOPIE. — Tout d'un coup l'œil cesse de voir complètement; l'enfant ne voit que quelques morceaux des objets, une lettre sur six; le reste est brouillé. Cette amblyopie indolore, ressemble aux crises d'amblyopie si fréquentes dans le botulisme. Dans ce dernier cas, l'amblyopie est bilatérale, alors qu'elle est unilatérale dans l'amblyopie arthritique. Il ne faut pas la confondre avec l'amblyopie due à de petites hémorragies rétiniennes. Aux cas d'arthritisme, il n'existe aucune lésion.

MIGRAINE DE L'OREILLE. — Qu'il soit ou non sujet à la migraine ordinaire, l'enfant est pris tout à coup d'une douleur vive dans une oreille. Il y porte la main, et crie, tant la douleur est vive, exquise et intense. Après quelques heures, souvent il vomit.

On pense naturellement à l'existence d'une otite, malgré l'absence de fièvre. L'examen de l'organe est négatif. Tout cesse en quelques heures, comme une migraine ordinaire, mais ce qui me paraît spécial à la migraine auriculaire c'est que la douleur peut persister quelques jours. Le lendemain, on a recours à nouveau aux bons offices du spécialiste, qui constate encore l'intégrité de l'oreille. Cependant, malgré l'état normal du tympan, on pratique la paracentèse, qui ne donne aucun soulagement. On ne sait plus que penser, quant tout à coup, la douleur cesse avec la même brusquerie qu'elle a présentée à son arrivée.

Il est bon de connaître ces faits que j'ai constaté assez souvent chez les arthritiques.

La migraine de l'oreille m'a paru fréquente au bord de la mer, surtout l'hiver, à la Côte d'Azur. La douleur m'a semblé augmenter avec le repos, après le repas et diminuer au contraire après la marche.

V. **Manifestations urinaires.** — LITHIASE. — Le degré le plus simple de la manifestation arthritique sur les voies urinaires est l'aspect *boueux*, *rouge* de l'urine, due à l'élimination massive des urates et de l'acide urique. L'urine ainsi émise est chaude, brûlante, acide : elle donne un dépôt rouge brique dans le vase. La douleur peut être si forte qu'elle provoque un spasme du col vésical, qui arrête le jet.

L'enfant peut présenter des précipitations et des cailloux, soit dans le rein, soit dans l'uretère, soit

(1) COMBY. Loc. cit.
(2) RUSSELL. *Brit. med. Journ.*, 1903.
(1) LESAGE. *Traité des maladies du nourrisson*, 1911.
(2) TELESTON. *Amer. Journ. of dis. of Child.*, nov. 1918.
(3) COMBY. *Arch. de méd. des enf.*, 1919.

(1) COMBY. *Arch. de méd. des enf.*, 1901.
(2) FABRE. *Th. de Paris*, 1914.

dans la vessie. Ceci n'a rien qui puisse nous étonner, puisqu'on trouve si souvent dans le bassinet du nouveau-né des infarctus uratiques. L'enfant peut souffrir d'un point fixe au niveau de la région rénale ou présenter tous les signes d'une colique néphrétique ou tous les signes de la présence d'un caillou dans la vessie.

Chez le nourrisson, la lithiase rénale doit être recherchée, car la symptomatologie est vague. L'enfant crie, se recroqueville, plie les jambes et les raidit en flexion, si on essaye de les étendre. On pense à bien des affections, quand après un ou deux bains chauds, l'enfant émet soit un caillou, soit une urine boueuse uratique et tout rentre dans l'ordre.

Les crises urinaires peuvent remplacer ou précéder tous les équivalents de l'arthritisme; ainsi un accès d'asthme peut se calmer à la suite de l'émission d'une urine boueuse.

La lithiase urinaire n'est pas rare (1). Sur 1.000 enfants on en a noté 200 au-dessous d'un an (2). D'après Mousseaux (2), 84 p. 100 des cas sont héréditaires.

Albuminurie. — L'arthritisme peut se manifester sous la forme d'albuminurie latente, car le plus souvent aucun symptôme n'attire l'attention, sauf parfois une légère douleur à la région lombaire. L'albuminurie affecte le type orthostatique ou le type digestif, dans lequel cas elle apparaît 2 ou 3 heures après le repas. De toutes façons elle résiste au régime lacté qui, en général, est peu toléré, et disparaît avec le traitement antiarthritique. Elle vient par crises, parfois cycliques, tous les 8, 15 ou 30 jours, à la manière d'une période cataméniale. Elle peut remplacer ou alterner avec un autre équivalent : ainsi eczéma alternant avec de l'albumine. Il est évident qu'un arthritique n'est pas à l'abri de toutes les autres causes d'albuminurie.

Crises de polyurie. — Tout à coup, spontanément, l'urine augmente, d'abord chargée puis claire ; s'il existe une manifestation arthritique celle-ci disparaît ou se calme.

VI. **Manifestations générales.** — Crises d'asthénie périodique. — On observe fréquemment chez les arthritiques des crises d'asthénie périodique qu'il faut séparer de l'asthénie de la neurasthénie; 40 p. 100 des asthéniques, disent Déjerine et Gauckler (1), sont d'origine diathésique (diabète, arthritisme, hypofonctionnement des glandes closes) et n'ont rien à faire avec la neurasthénie. « Ce groupement (40 p. 100), disent-ils, constitue un véritable nid de trouvailles pour un observateur attentif et surtout peu pressé. »

Cette asthénie a pour caractères de venir par crises périodiques entre lesquelles l'organisme est normal et possède toute sa vigueur.

La crise est caractérisée par une fatigue insolite dont on ne trouve pas la cause; les membres sont courbaturés, raidis, lourds, en plomb, ankylosés. Le malade est éreinté, quoiqu'il n'ait rien fait; au dynamomètre on constate facilement cette diminution de forces.

Chez l'arthritique, la crise coïncide avec la disparition d'un équivalent cutané (séborrhée, eczéma), avec une crise d'acholie. En un mot l'asthénie est un équivalent qui peut précéder ou remplacer un autre équivalent.

Après quelques jours, sans qu'on sache pourquoi, la crise disparaît avec la même brusquerie qu'elle a présentée à son arrivée.

En général, on constate la venue d'une débâcle éliminatrice (accès de sueur, polyurie, débâcle intestinale).

Si la crise vient quelques jours avant les règles l'apparition de ces dernières la fait cesser. Un des meilleurs signes de l'asthénie périodique est que, pendant la crise, l'intellect, l'appétit, le sommeil sont conservés. Il semble que la crise représente une véritable intoxication, car le poids diminue, et dès que la crise cesse et même avant qu'elle ne cesse, la courbe de poids reprend sa marche ascendante. A mon sens, chez les arthritiques, la nutrition est cyclique, circulaire, et, à période fixe, elle subit une crise dite arthritique qui manifestera sa présence par une intoxication (séborrhée, eczéma, asthénie ou un équivalent quelconque). Les arthritiques sont des cyclothymistes.

Sensibilité a la fatigue. — L'apparition de l'asthénie n'a rien qui puisse nous étonner quand on voit la rapidité de la fatigue chez l'arthritique au moindre effort, même celui d'aller à la selle. Le système musculaire est incapable d'une action un peu longue et à laquelle il n'est pas entraîné. Il faut à l'arthritique une vie régulière, calme, toujours la même. Aussi s'il est habitué à faire une marche régulière il n'en sera nullement fatigué, mais s'il veut faire un effort même léger et inaccoutumé, de suite la fatigue apparaîtra.

Aussi éreinté que s'il avait fait un violent travail, il demandera au sommeil un effet réparateur. Ce sommeil est profond et n'a pas besoin d'être de longue durée. Quelques minutes suffiront pour que l'arthritique se trouve frais et dispos, n'ayant aucun souvenir de sa fatigue. Le contraste est à noter entre la rapidité de la production de la fatigue, son intensité et le peu de durée du sommeil nécessaire pour la faire disparaître.

L'arthritique fait bien ce qu'il a l'habitude de faire, mais il est incapable de sortir de ses habitudes sans en éprouver une lassitude insolite qui contraste par son intensité avec la faiblesse de l'effort accompli.

VII. **Manifestations anaphylactiques (anaphylaxie alimentaire).** — Les phénomènes anaphylactiques découverts par Ch. Richet, en 1902, peuvent se rencontrer chez l'arthritique et, à mon sens, la sensibilité à l'anaphylaxie est un des nombreux caractères dont la réunion forme l'arthritisme. J'irais presque à dire qu'il n'y a pas anaphylaxie alimentaire sans arthritisme.

Ch. Richet, dans la préface de l'excellent livre de

(1) Mousseaux. *Revue des mal. de l'enfance*, 1904. — Comby. *Arch. de méd. des enf.*, 1909. — José M. Maidagou. *Revue med. del Rosario*. — Jeans. *Amer. Journ. of dis. of Child.*, 1917.

(2) Morse. *Boston med. and surg. Journ.*, 1913.

(1) Déjerine et Gauckler. *Presse méd.*, 1913, p. 156, et 17 juin 1914.

Guy-Laroche, Charles Richet fils et François Saint-Girons (1) a admis quatre causes d'anaphylaxie : « 1° par abnormalité de l'absorption trop rapide ; 2° par abnormalité des sucs digestifs impuissants ; 3° par abnormalité des sucs digestifs produisant des fermentations spéciales ; 4° par abnormalité du sang contenant des substances toxogéniques. »

Ch. Richet ajoute une cinquième cause : à l'état normal, l'organisme est immunisé contre des petites quantités d'albumine non transformée. Mais certaines personnes ne possèdent pas cette immunisation : de là la sensibilité à l'anaphylaxie.

Dans quelle classe rentre l'arthritique, si fréquemment sensible à ces phénomènes ?

Je ne serais pas éloigné de croire que c'est dans la dernière catégorie qu'il faut le ranger.

« Sous le nom d'anaphylaxie alimentaire, disent Guy-Laroche, Richet fils et Saint-Girons, on désigne l'ensemble des accidents provoqués par l'ingestion *seconde* de substances saines et normalement bien tolérées, alors que la première ou les premières ingestions de cette substance n'avaient pas déterminé d'accidents ou n'en avaient déterminé que de bénins. »

On divise les symptômes en deux variétés, suivant qu'il s'agit de la grande ou la petite anaphylaxie.

Grande anaphylaxie. — Quelques minutes après l'ingestion, le malade est atteint d'urticaire, de coliques violentes, de diarrhée le plus souvent incoercible et parfois sanglante, de nausées et vomissements intenses. L'abdomen est contracturé et en défense ; on note soit de l'asthme, soit des convulsions. L'état général est très modifié : yeux excavés, nez pincé, face livide, baisse de la tension artérielle, refroidissement ou fièvre, abattement, somnolence.

Le tableau symptomatique est donc grave ; la durée est courte, mais peut atteindre quelques jours.

Petite anaphylaxie. — Elle est surtout observée avec le lait et les œufs ; il suffit de les cesser pour que les accidents disparaissent et ne se reproduisent plus : ainsi le remplacement du lait de vache par le lait de femme (Hutinel et Barbier). Le symptôme essentiel est l'urticaire : l'asthme et l'eczéma peuvent être observés, ce qui a fait dire à Billard et à Landouzy, que l'asthme et l'urticaire sont toujours de nature anaphylactique.

Or ceci est exagéré, car l'asthme et l'urticaire peuvent être observés chez l'arthritique en dehors de toute ingestion, par le simple jeu de l'arthritisme.

Anaphylaxie chronique. — Si on se tient à la définition précise de l'anaphylaxie, on voit qu'il est nécessaire que la substance ingérée ne produise pas d'accident à sa première absorption. En ce cas, elle est *peu fréquente,* car la majorité des substances dites anaphylactisantes, donnent des accidents dès la première ingestion, accidents entretenus et parfois augmentés par les ingestions successives. En ce cas, il n'y a pas anaphylaxie vraie, mais anaphylaxie progressive et chronique.

De ce fait, l'organisme, *de naissance*, ne supporte pas l'une ou l'autre de ces substances : lait de vache, œufs, viandes, crustacés, mollusques. Dès la première ingestion, accident qui se renouvelle chaque fois qu'il y a nouvelle ingestion.

Il existe des familles où tous les membres présentent héréditairement ces susceptibilités, surtout chez les arthritiques. Chez ces derniers, la susceptibilité a un côté un peu spécial : l'arthritique est ultrasensible à tout aliment qui n'est pas de première fraîcheur ou de première qualité.

Crise hémoclasique. — Dans toute crise anaphylactique, il existe, d'après Widal et ses élèves (1), une crise sanguine sur laquelle je reviendrai.

VIII. **Manifestations diverses**. — Diabète. — Le diabète sucré peut exister chez l'enfant ; il est exceptionnel chez le nourrisson. Leroux (2) en cite 4 cas sur 147 cas de diabète chez l'enfant ; Wegeli (3), 3 sur 102 ; Saundby (4), 2 sur 159 ; Percival J. Eaton et L. B. Woods (5), 11 sur 647. Le diabète chez le nourrisson peut être latent et ne manifester sa présence par aucun signe, sauf l'amaigrissement, comme Meslay et Babonneix (6) en ont rapporté une observation. En ce cas, l'examen de l'urine par hasard a montré la présence du sucre. En général, le nourrisson a de la polyurie, mouille constamment ses langes, a soif et demande le sein à toute minute, ce qui n'est pas sans fatiguer la nourrice. S'il est à l'allaitement artificiel, il vide avec avidité son biberon et redemande à boire de nouveau. L'amaigrissement survient rapidement et l'enfant meurt en quelques semaines. La marche de la maladie est d'autant plus rapide que l'enfant est plus jeune. Le pronostic est grave. Les cas de survie sont exceptionnels. Chez l'enfant plus âgé, le diabète a les mêmes symptômes que chez l'adulte. A la base du diabète infantile, il faut chercher l'hérédité, car cette maladie est souvent familiale (7). Ainsi tous les enfants ou plusieurs enfants d'une même famille sont atteints de la maladie, à un âge variable, d'autant moins avancé que l'hérédité diabétique est plus ancrée.

On ne confondra pas le diabète avec la glycosurie passagère, que l'on peut observer chez certains enfants qui font abus de lait ; avec la lactosurie, si fréquente dans les premières semaines de la vie ; avec la glycosurie d'origine hypophysaire.

Goutte et rhumatisme chronique. — On les observe exceptionnellement chez l'enfant. Leur symptomatologie est classique.

IX. **Conclusion**. — Deux remarques sont à faire :

1. Il semble que tous les équivalents ne soient pas de même nature.

a. Les uns sont des manifestations de l'intoxica-

(1) *Anaphylaxie alimentaire,* in Actualités médicales, 1919.

(1) *Presse méd.*, 11 juillet 1914.
(2) Leroux. *Th. de Paris*, 1880.
(3) Wegeli. *Arch. f. Kind.*, 1889.
(4) Saundby. *Registrar gen. for England*, 1886.
(5) Percival J. Eaton et E. B. Woods. *Arch. of Ped.*, 1911.
(6) Meslay et Babonneix. *Pediatrie pratique*, 1920.
(7) Legendre. *Arch. de méd. des enf.*, 1901. — Lion et Moreau. *Arch. de méd. des enf.*, 1909.

tion par l'élément arthritique : la séborrhée, l'eczéma et l'urticaire ; l'asthme et les bronchorrées à mucus ; la toux incessante ; les migraines ; la fatigue et les crises d'asthénie ; les entérorrhées à mucus et les crises de tympanisme ; les crises hémorroïdaires ; les manifestations urinaires (lithiase, albuminurie).

b. D'autres semblent des crises d'élimination du principe toxique : les débâcles digestives (débâcles au soufre, débâcles à l'eau), crises hépatiques, crises de polyurie.

c. D'autres relèvent d'intoxications alimentaires due à l'intolérance de l'organisme arthritique pour tel ou tel aliment (crise digestive, urticaire et crise d'asthme).

2. Tous les équivalents de la série arthritique n'ont pas la même fréquence chez l'enfant : ainsi les manifestations cutanées, digestives, respiratoires et générales sont fréquentes ; les manifestations urinaires sont moins observées. Quant au diabète, à la goutte et au rhumatisme chronique déformant, leur survenue est exceptionnelle.

CURETTAGE MODIFICATEUR DE LA MUQUEUSE UTÉRINE

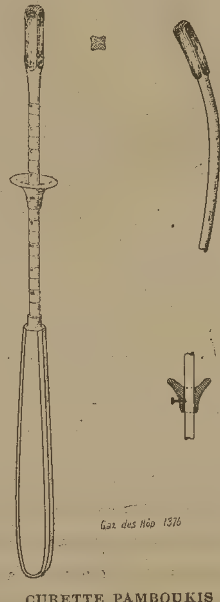
PAR UNE NOUVELLE CURETTE AVEC QUATRE SURFACES A BORDS ÉMOUSSÉS

Par le Dr D. PAMBOUKIS.

Une curette utérine bien comprise et pratique est un instrument fort utile, car c'est *par lui surtout qu'on guérit les métrites rebelles.* Mais pour ce faire, il est indispensable de curetter bien et dans ces cas, curetter bien, signifie *curetter toute la surface de la muqueuse utérine sans blesser le parenchyme.*

* * *

La nouvelle curette est en acier nickelé, facilement stérilisable. Elle a la longueur habituelle des curettes utérines. Le bout utérin de son manche est à volonté, droit ou courbé, suivant la cavité utérine.



CURETTE PAMBOUKIS

Comme on voit, dans la figure ci-contre, ce bout, ayant un diamètre maximum de 5 mm., possède 4 surfaces creuses à bords émoussés.

La pointe utérine de l'instrument est complètement aplatie. En outre, cette curette est graduée de façon à pouvoir contrôler la profondeur à laquelle se trouve la pointe pendant l'opération.

Quoiqu'il soit presque impossible de perforer l'utérus, par la pointe aplatie de l'instrument, nous avons ajouté un anneau de sûreté qui glisse le long du manche et peut se fixer à la hauteur désirée. De cette façon, l'anneau vient butter contre le col de la matrice pendant le curettage et empêche la pénétration de l'instrument à une profondeur plus grande que celle indiquée sur le manche gradué, par le numéro indiquant le centimètre où se trouve fixé l'anneau. Si, par exemple, l'hystérométrie nous donne un utérus d'une profondeur de 7 cm. 1/2 et qu'on curette avec l'instrument figuré ici, comme son anneau de sûreté est fixé à 7 cm. 1/2, la pointe de l'instrument n'ira pas plus loin de 7 cm. 1/2 du museau de tanche dans la cavité utérine, c'est-à-dire qu'elle ne pourra ni blesser, ni jamais perforer le parenchyme utérin. La fabrication a été confiée à la maison Drapier, à Paris.

* * *

Le *curettage* utérin se fait exactement de la même façon qu'avec les autres curettes à une surface, actuellement en usage ; on endort la malade ; après l'avoir couchée en position dorso-sacrée et avoir pris les mesures habituelles d'antisepsie, on introduit le speculum ou des valves et après avoir attiré le col près de la vulve avec une pince à griffes affrontées, on pratique l'hystérométrie. On place tout de suite au même numéro indiqué par l'hystéromètre, l'anneau de sûreté de la curette. On dilate rapidement le col par des bougies de Hegar et on curette : on introduit la curette à fond ; quatre ou cinq mouvements de va-et-vient suffisent pour extraire toute la muqueuse malade ; ensuite, on fait quelques mouvements de rotation pour bien nettoyer les angles et le fond. On retire l'instrument. On fait une injection intra-utérine, par exemple, d'une solution de perchlorure de fer à 35° avec une seringue de Braun, suivie aussitôt d'une autre large injection intra-utérine d'eau simple stérilisée bien chaude, avec la sonde de Bozeman-Fritsch ; on introduit une petite mèche intra-utérine pour nettoyer et on l'en retire pour lui en substituer une seconde qu'on laisse à demeure pendant 24 ou 48 heures. La pince fixatrice est enlevée. On place un tampon de gaze au fond du vagin. On retire le speculum ou les valves. Au-devant de la vulve, on met deux compresses aseptiques maintenues par du coton et un bandage en T.

* * *

Le principal avantage de cette curette réside dans le fait qu'il n'est pas possible de laisser après le curettage une partie de la muqueuse utérine non curettée puisqu'on curette en même temps tous les côtés (face antérieure, face postérieure et bords latéraux) de la cavité utérine et ensuite les angles et le fond.

Par la pointe aplatie de l'instrument et son anneau de sûreté, il est impossible de perforer l'utérus.

On finit d'ailleurs plus vite l'opération que d'ordinaire, car il est inutile de pratiquer un curettage de revision.

C'est un instrument utile, surtout aux médecins qui ne sont pas habitués au curettage utérin.

Il y a aujourd'hui 2 ans, que nous avons curetté la première malade avec notre curette, à l'hôpital Broca, dans le service de notre regretté maître Pozzi. Nous l'employons contre les métrites catarrhales, hémorragiques, exfoliantes, séniles, etc. Les résul-

tats obtenus sont très encourageants. Il n'y a jamais eu depuis de récidives.

Sans vouloir établir aucune comparaison entre cette curette et toute autre, ni exagérer sa propre valeur, nous estimons que les résultats que nous avons obtenus, joints à son innocuité et sa facilité d'application par tous, constituent des avantages particuliers qui nous ont encouragé à la faire connaître.

ACTUALITÉS

LES JEUNEURS ET L'INANITION

L'aventure du maire de Cork et des sinn-feiners qui prétendent se laisser mourir de faim pour protester contre leur condamnation soulève, dans le monde entier, une émotion considérable. Il ne m'appartient pas d'en apprécier la légitimité. Je me contenterai de faire remarquer, sans prendre d'ailleurs aucunement parti pour ou contre les procédés anglais en Irlande, que s'il suffisait, à l'auteur d'un délit ou d'un crime, de recourir à la grève de l'estomac pour assurer sa libération, il n'y aurait plus de répression, ni de justice possible, car messieurs les assassins ne manqueraient pas de généraliser un procédé si commode. Beaucoup de gens sont aujourd'hui pleins de pitié pour les jeûneurs volontaires qui agonisent, mais n'ont versé aucune larme sur le sort des malheureux que ces mêmes jeûneurs ont massacrés. C'est là une déviation de la sensibilité des plus funestes à la moralité générale. Mais ce côté de la question, que je signale en passant, ne peut ni ne doit nous retenir; l'autre, le côté physiologique, est celui que nous nous proposons d'envisager spécialement.

*
* *

De tout temps, il y eut des jeûneurs; ce fut même, à un certain moment, une espèce de profession. On se rappelle les noms de Succi, de Merlatti, de Tanner, de Cetti, et de quelques autres, qui s'imposèrent, sans inconvénient réel et durable (Tanner est mort à 91 ans), une privation totale d'aliments (sauf une petite quantité d'eau) d'une durée 30, 40 et même 50 jours. Des malades, des aliénés surtout, ont largement battu ce record, et Devillers en cite un qui resta 76 jours sans prendre de nourriture. Bien qu'étudiés par des physiologistes et des médecins, les jeûneurs n'ont pas sensiblement accru les notions que les expériences de Bidder et Schmidt sur le chat nous avaient fait connaître, et ce qui ressort de plus clair des tentatives de ces abstinents volontaires, c'est l'extraordinaire résistance de l'organisme humain quand il est soutenu par une volonté énergique, qu'elle soit normale ou morbide (hystériques et maniaques).

On estime que l'adulte normal peut résister environ 20 jours à la privation totale d'aliments. Ce chiffre est une moyenne, qui n'a qu'une valeur très relative, car de multiples facteurs viennent le modifier. Des jeûneurs succombent dès le douzième jour, d'autres résistent beaucoup plus de trois semaines. L'expérience et l'observation nous renseignent, au moins approximativement, sur les conditions qui favorisent ou contrarient la survie.

Etant donné le rôle plastique et dynamogène de l'alimentation, l'inanition absolue force nécessairement l'organisme à devenir autophage, à se nourrir aux dépens de sa propre substance. Les réserves nutritives disparaissent les premières et d'abord la graisse, non seulement celle qui recouvre les viscères et les muscles, mais aussi celle qui est incluse dans les cellules glandulaires, comme la rate, le foie, les testicules; en même temps les albumines des masses musculaires et du sang diminuent; puis ce sont les viscères, les os; le tissu nerveux et le cœur sont les derniers organes à être atteints, et leur perte de poids ne dépasse guère 3 p. 100, alors que celle du sang peut s'élever à 27 p. 100, celle des muscles à 40, celle du foie à 50 et celle du tissu adipeux à 97 p. 100. Ainsi, la destruction des organes n'est ni proportionnelle à leur masse ni de même nature; elle dépend de leur importance vitale et c'est pourquoi le système nerveux et le cœur, utilisant à leur profit tout le reste, résistent presque intacts jusqu'à l'ultime minute.

Dans ce schéma des lents effets de l'inanition, plusieurs circonstances introduisent d'importantes modifications. L'intégrité des organes essentiels, en premier lieu, cœur, reins, foie, poumons; un malade, un infecté, résiste bien moins longtemps qu'un sujet sain. Les exercices physiques, l'agitation ensuite; le mouvement, en effet, consomme des aliments, use de l'énergie; il hâte donc l'épuisement des réserves. Aussi, les jeûneurs professionnels avaient-ils grand soin de garder une immobilité presque complète; au bout d'un temps assez bref, l'alitement d'ailleurs est obligatoire en raison de la déperdition des forces. En troisième lieu vient l'usage d'une quantité d'eau modérée; la privation d'eau en même temps que de nourriture est très pénible et avance sensiblement la fin, en raison de la concentration des humeurs et de l'insuffisance de l'élimination des déchets, mais, prise en trop grande abondance, l'eau produit presque le même effet parce qu'elle facilite et précipite la désassimilation. Enfin, il faut mentionner l'état mental qui paraît essentiel. Les gens forcés à l'inanition par accident (éboulement d'une mine, naufrage, etc.) ne la supportent que peu de temps, l'angoisse dans laquelle ils vivent les épuisant vite. Au contraire, le calme moral qu'assure une décision ferme et définitive empêche les dépenses nerveuses inutiles et procure une plus longue résistance. C'est probablement le cas de M. Mac Sweeney et des autres sinn-feiners; c'est aussi le cas des suffragettes anglaises, et, chose paradoxale en apparence, des aliénés abstinents. Ceux-ci obéissent, en effet, à une idée fixe qui leur donne toute sécurité; on en peut dire autant des hystériques. Quant aux léthargiques, le ralentissement considérable des fonctions et l'immobilité expliquent la longue privation d'aliments qu'ils peuvent parfois supporter. Il y a là sans doute un phénomène somatiquement comparable à celui que présentent les animaux hibernants. On doit noter que les jeûneurs de profession sont également à

l'abri de l'émotion car ils savent pouvoir être secourus aussitôt qu'ils en manifesteront le désir.

* * *

Le métier de jeûneur n'est point d'ailleurs si pénible. Il suppose une cure préalable d'engraissement dont les retentissements gastro-intestinaux ne sont pas à craindre, l'abstinence ultérieure remettant tout en ordre et les confidences de SUCCI et de MERLATTI nous ont appris que les premiers jours, seuls, sont douloureux; encore certains jeûneurs ont-ils soin d'ajouter à leur eau de boisson des narcotiques qui leur permettent de passer sans trop de souffrance ces heures difficiles. Plus tard, ils se plaignent de quelques douleurs musculaires et d'un grand affaiblissement, accompagné de sensations vagues, parfois presque douces. Les affres désordonnées dont on a parlé au cours des famines ne paraissent pas tenir à l'inanition elle-même, mais aux substances horribles que les malheureux ingèrent pour tromper leur faim et à l'agitation des esprits. Il peut y avoir cependant des hallucinations et du délire, mais, en général, l'acuité des sens et la facilité des opérations intellectuelles s'atténuent progressivement.

D'autres phénomènes marquent les étapes de l'émaciation. L'amaigrissement, très marqué au début, se ralentit ensuite, bien que la diminution de poids suive une courbe régulière, ce qui semble tenir à ce que, d'après BIDDER et SCHMIDT, la quantité de graisse journellement détruite est à peu près constante, tandis que celle des albuminoïdes diminue de plus en plus. La consommation d'oxygène et la production d'acide carbonique par kilogramme du corps atteignent assez rapidement un minimum au-dessous duquel elles ne [illegible]baissent plus et la respiration se ralentit en conséquence, mais non dans les mêmes proportions; de même, le pouls devient plus lent et s'affaiblit. La peau se parchemine, les phanères poussent mal et deviennent cassants et toutes les sécrétions se réduisent considérablement. Enfin, la température, tout en tombant légèrement au-dessous de la normale, se maintient néanmoins à un niveau presque constant, jusqu'au moment où elle subit une chute brusque, qui, d'après M. Ch. RICHET, serait le signe d'une atteinte profonde du système nerveux et, par conséquent, d'une fin imminente. Cependant CETTI qui, au dire de ZUNTZ, n'a interrompu son jeûne qu'après l'apparition de cette chute thermique, s'est complètement rétabli.

Ce qu'il y a de curieux, c'est que les jeûneurs ne paraissent éprouver aucun dommage de l'abstinence prolongée à laquelle ils se soumettent. Pourvu qu'ils prennent quelques précautions, au début de la réalimentation, n'usent d'abord que d'aliments liquides et en petite quantité, leur santé se répare à vue d'œil et ils se trouvent ensuite tout aussi vigoureux qu'auparavant. Quelquefois même, il a semblé que certains troubles dont ils souffraient auparavant, se sont trouvés amendés. Il ne faudrait pas en conclure que la grève de la faim soit une méthode thérapeutique à recommander. Mais puisqu'elle est, en somme, inoffensive quand on ne la pousse pas trop loin, nous souhaitons que les prisonniers de Brixton et de Cork aient la bonne idée d'y mettre un terme, non seulement dans leur intérêt, mais dans celui de la paix et de l'humanité.

J. LAUMONIER.

JURISPRUDENCE

ARRÊTÉ DU 8 JUILLET 1920 RELATIF AU TARIF DES FRAIS MÉDICAUX (1)

4. TARIF DES OPÉRATIONS D'UROLOGIE. — L'article 22 indique notamment :

Cathétérisme répété :
- Le premier .... 15 fr.
- Les autres .... 10 fr.

Cystoscopie d'exploration .... 50 fr.
Uréthrotomie interne .... 150 fr.
Uréthrotomie externe .... 400 fr.
Opération sur le rein après blessure ou déchirure de l'organe .... 600 fr.

5. TARIF DES OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTES. — L'article 23 mentionne le prix des consultations comprenant, par exemple :

Nez et sinus :
- Corps étrangers des fosses nasales ... 30 fr.
- Cornétomie .... 125 fr.
- Trépanation du sinus maxillaire ..... 300 fr.

Oreilles :
- Corps étrangers simples .... 30 fr.
- Trépanation simple de la mastoïde ... 400 fr.

Larynx, œsophage, trachée, bronches :
- Galvano-cautérisation du larynx :
  - La première séance .... 50 fr.
  - Les autres .... 25 fr.
- Laryngotomie .... 500 fr.
- Œsophagoscopie .... 100 fr.
- etc.....

6. TARIF DE KINÉSITHÉRAPIE. — Séance de massage ou de mécanothérapie ou d'air chaud nécessitant l'intervention d'un spécialiste kinésithérapeute :

Par séance, au cabinet du médecin ou au domicile du malade .... 10 fr.

7. TARIF DE STOMATOLOGIE :

Consultation ou visite .... 10 fr.
Extraction de dent avec anesthésie ... 10 fr.
Esquillotomie .... 15 fr.

8. TARIF DES ÉLECTRORADIOLOGISTES. — L'article 26 de l'arrêté est divisé en plusieurs paragraphes qui fixent les prix pour :

a. Les radiographies ;
b. Les examens radioscopiques pour localisation de corps étrangers ;
c. La radiologie des viscères ;
d. Les radiographies stéréoscopiques.

Il prévoit un tarif spécial pour les observations et la radiologie au domicile du malade.

9. TARIF DES OCULISTES. — Le prix de la consultation, lorsqu'elle est donnée par les seuls médecins oculistes spécialisés, est fixé à 15 fr. la première et 12 fr. les autres, par dérogation à l'article 15. § 2. L'article 15 § 2 de l'arrêté est ainsi conçu : les soins qui font l'objet des tarifs de chirurgie ou de spécialité, s'ils sont donnés par des médecins de la campagne ou de la ville, en ce qui concerne la pratique courante, seront rémunérés au tarif où ils sont inscrits dans chacune des catégories techniques.

Le prix ci-dessus indiqué comprend la mise en œuvre des

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 77, p. 1218.

instruments usuels de diagnostic spécial, le pansement, les lavages et les instillations de collyre.

L'arrêté énumère le prix des opérations d'oculistique :

a. Extraction d'un corps étranger superficiel de la cornée de la conjonctive ou sous-palpébral, sans complication, qu'il y ait ou non interruption de travail, y compris : consultation, examen, anesthésie par instillation, pansement : 15 fr. Si le corps étranger est profondément implanté ou multiplié : 20 fr.

b. Opérations simples de petite chirurgie à 20 fr., telles que cathétérisme, injection sous-conjonctivale ;

c. Opérations de moyenne importance à 100 fr., telles que péritomie, paracenthèse, ponction du globe ;

d. Opérations importantes à 150 fr., telles que : hernie de l'iris ;

e. Opérations importantes à 200 fr., comme suture de plaie étendue ou compliquée (paupières et globe), blépharroraphie ;

f. Opérations très importantes à 300 fr., telles que iridectomie, énucléation, opération sur les muscles de l'œil.

10. Actes chirurgicaux et médicaux spéciaux. — L'article 28 fait une énumération à laquelle il convient de se reporter. Elle comprend notamment : greffes osseuses, 500 fr. ; les brûlures, les extirpations de corps étrangers.

11. Certificats. — Dans un dernier paragraphe, l'arrêté détermine les cas où il y a lieu d'allouer au médecin un honoraire pour les certificats qu'il délivre. Le certificat initial, constatant sommairement la nature de la blessure et le pronostic probable, donne droit à un honoraire de 5 fr. ; ce chiffre est porté à 10 fr. en cas de blessures graves ou lorsqu'il s'agit du certificat final descriptif constatant l'état du blessé après consolidation d'une blessure grave. L'avis par lequel le médecin indique, dans sa dernière consultation, la guérison du blessé ne donne pas lieu à indemnité spéciale.

Telle est l'analyse succincte de l'arrêté du 8 juillet 1920 qui a rapporté l'arrêté du 30 septembre 1905 et toutes dispositions qui lui sont contraires.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

Les Médications psychologiques (1), par le Dr Pierre Janet. T. III : Les Acquisitions psychologiques.

Ce volume est la suite de l'exposé des travaux de l'auteur sur la thérapeutique des psychoses. L'originalité du livre consiste dans ce fait qu'il ne se contente pas de décrire les traitements et leurs résultats ; il en recherche les raisons psychologiques, poussant très loin l'analyse des faits. Ainsi l'éducation comme les modifications de la sensibilité, comme la suggestion lui semblent des manières de traiter les grandes névroses : il va plus loin et montre que l'action de ces méthodes se ramène à un seul processus qui est l'excitation.

Il ne néglige pas pour cela tous les traitements connus classiques qu'il range sous le nom de psycho-physiologiques, opothérapiques, médicamenteux, physiothérapiques, etc. Enfin, il étudie longuement la direction morale que peut exercer le médecin sur le malade, les disciplines voulues ou accidentelles (militaire, religieuse). De là naissent les états d'influence, et c'est pour lui l'occasion de montrer l'erreur des conceptions étrangères comme les théories de Freud qui rapporte toutes les influences à l'attrait sexuel.

Cette analyse très poussée, appuyée sur de multiples exemples cliniques est fort intéressante ; mais beaucoup de médecins ont depuis longtemps usé de cette thérapeutique dont ils ont constaté les bons effets sans en approfondir autant les raisons. Comme M. Jourdain faisait de la prose sans le savoir, inconsciemment beaucoup de praticiens ont usé de leur influence personnelle pour diriger la vie des psycho-névrosés. D'ailleurs la suggestion est à la base de tous ces traitements et il ne me semble pas utile de compliquer les définitions des mots pour savoir ce qui ressort de la suggestion, de l'excitation ou des états d'influence ; le philosophe y trouve assurément un intérêt mais ni le malade ni le médecin ne le partagent.

Et avant de chercher si profondément l'analyse psychologique des modes d'action de ces thérapeutiques, il faudrait être un peu mieux d'accord sur la nature des névroses, des psychoses et de toutes les « maladies de l'esprit ».

L'ouvrage n'en est pas moins du plus haut intérêt et contient des observations aussi curieuses que longuement étudiées par un auteur dont la vie s'est passée à analyser les troubles psychiques.

J. FERRAND.

(1) Paris, Alcan.

L'Art de prescrire (1), par le prof. Gilbert.

M. Gilbert a été professeur de thérapeutique ; il s'est souvenu que le professeur de clinique doit être doublé d'un thérapeute.

Il nous a donc donné « l'art de prescrire », opération « la plus grave de la médecine ». La thérapeutique, quand elle peut, doit être pathogénique. Elle n'a souvent la possibilité que d'être symptomatique. Il faut alors, parmi les symptômes, distinguer ceux qui sont des réactions de défense de l'organisme, « symptômes bienfaisants », de ceux qui menacent la vie des malades. On respectera les premiers, on combattra les seconds. La thérapeutique symptomatique exige donc que le médecin raisonne.

Le traitement arrêté, on le consigne par écrit : c'est la rédaction de l'ordonnance.

Après ces généralités, l'auteur étudie les différentes variétés de prescriptions, l'art de prescrire les médicaments destinés à être absorbés par les diverses voies de l'économie. Le dernier chapitre traite des topiques ou médicaments locaux.

L'ouvrage présenté sous forme de leçons se lit facilement : il fera bonne figure dans la bibliothèque du praticien.

F. LÉVY.

Les Progrès de la chimie en 1918 (2). Traduction française autorisée des *Annual Reports on Progress of Chemistry, for* 1918, publié sous la direction de André Kling, directeur du laboratoire municipal de Paris.

Table des matières. — « Chimie générale et chimie physique », par H.-M. Dawson (traducteur : L. Vernerd). — « Chimie minérale », par E.-C.-C. Baly (traducteur : L. Vernerd). — « Chimie organique » : 1re partie : série aliphatique, par J.-C. Irvine (traducteur : D. Florentin) ; 2e partie : série homocyclique, par F.-L. Pyman (traducteurs : D. Florentin et R. Schmutz) ; 3e partie : série hétérocyclique, par A.-W. Stewart (traducteur : R. Schmutz). — « Chimie analytique », par C. Ainsworth Mitchell (traducteur : L. Vernerd). — « Chimie agricole et physiologie végétale, par E.-J. Russell (traducteur : P. Roques). — « Chimie physiologique », par F. Gowland Hopkins (traducteur : Ch. Digaud). — « Radioactivité », par Frédérick Soddy (traducteur : H. Vandenberghe).

L'Iode contre les suites de l'intoxication par les gaz asphyxiants. Délabrements pulmonaires et délabrements généraux (3), par le Dr Louis Boudreau (de Bordeaux).

M. Boudreau emploie l'iode à l'intérieur d'une façon graduelle et fractionnée. Il utilise la teinture d'iode ordinaire qui se mélange si commodément avec le lait, la tisane, l'eau vineuse, la bière, etc. Il commence par une goutte ou deux dans chaque verre de boisson et il augmente d'une goutte tous les jours, la boisson iodée étant donnée 5, 6, 7 ou 8 fois par jour, l'augmentation graduelle est très rapide. Il est arrivé ainsi à faire adopter XX, XXX, L ou LX gouttes dans chaque verre de boisson. On atteint aisément ainsi C, CC, CCC ou CD gouttes par jour.

L'organisme supporte bien ce traitement qui doit être continué sans interruption et pendant très longtemps.

L. G.

(1) Bibliot. de thérap. Carnot et Gilbert. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) In-8 carré (225 × 140) de XIV-322. — Prix : broché, 15 fr. (major. temp. : 50 p. 100). — Paris, Gauthier-Villars et Cie.

(3) Une brochure de 15 pages. — Paris, Maloine et fils.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Prophylaxie des maladies transmissibles. Mesures de protection contre les maladies contagieuses, par H. BERTIN-SANS, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Montpellier, et le Dr M. F. CARRIEU, chef de clinique, chef des travaux pratiques d'hygiène à la Faculté de médecine de Montpellier. 1 vol. de 254 pages. — Prix : 10 fr. net. — Paris, Masson et Cie.

Thérapeutique oculaire, par le Dr Georges ROBERT, ancien assistant de la clinique nationale des Quinze-Vingts, ancien élève de l'Institut Pasteur. Préface du Dr KALT. 1 vol. de 163 pages. — Prix : 6 fr. net. — Paris, Masson et Cie.

NOTES POUR L'INTERNAT

RAPPORTS DU PÉRICARDE

DÉFINITION. — Le péricarde est le sac fibro-séreux qui enveloppe le cœur ; c'est à la fois pour le cœur un organe de soutien et de glissement, de soutien par sa portion fibreuse, de glissement par ses deux feuillets séreux.

DÉVELOPPEMENT. — 1° Comme le péritoine et les plèvres le péricarde se développe aux dépens de la grande cavité cœlomique, plus exactement de sa partie antéro-supérieure.

Dans l'épaisseur du mésentère ventral, les deux veines vitellines par leur convergence vont former le sinus reuniens, formant ainsi la première ébauche du cœur en avant du tube digestif, ébauche flanquée latéralement de deux sacs péricardiques.

Cette fusion des deux veines vitellines se fait d'avant en arrière, et les deux sacs péricardiques eux-mêmes vont aussi fusionner pour ne plus former qu'*une cavité péricardique impaire et médiane.*

2° La cavité péricardique ainsi formée, va progressivement *s'isoler*, c'est d'abord *en avant* l'apparition du septum transversum et en arrière le développement des piliers de Uskow qui, formant le diaphragme, la sépareront de la cavité péritonéale. C'est ensuite la formation des membranes pleuro-péricardiques de Schmidt qui vont la séparer des cavités pleurales. Ces membranes pleuro-péricardiques sont soulevées par les canaux de Cuvier qui, d'abord contenus dans le diaphragme primaire, s'élèvent bientôt au-dessus de lui, entraînant chacun une lame mésodermique. Ainsi sont formés deux voiles verticaux, l'un à droite du cœur, l'autre à gauche, qui ne tardent pas à se souder ensemble en arrière du cœur, séparant ainsi la cavité pleuro-péricardique en deux parties : l'une antérieure, péricardique, l'autre postéro-latérale, pleurale.

Ainsi le péricarde s'est constitué : sa paroi inférieure est une dépendance du diaphragme ; ses parois latérale et postérieure viennent des membranes pleuro-péricardiques. Quant à la paroi antérieure, son origine n'est pas encore connue.

3° A cette période, le péricarde est très volumineux ; à la naissance, la distension des poumons le refoule vers le centre du médiastin, s'insinuant par leur bord antérieur entre le plastron sterno-costal et le péricarde.

SITUATION. — Il est situé dans la partie inférieure du médiastin antérieur, dit médiastin de résidence, au-dessus du diaphragme, en arrière du plastron sterno-costal, au-devant des organes du médiastin postérieur, entre les deux plèvres médiastines.

FORME. — Le péricarde revêt la forme d'un cône aplati, à sommet tronqué avec une base phrénique, une face antérieure convexe, une face postérieure plane, et deux bords accusés en haut.

DIRECTION. — Oblique de haut en bas, d'avant en arrière, de droite à gauche.

DIMENSIONS. — Le diamètre vertical mesure en moyenne 13 à 14 cm. Le diamètre antéropostérieur est de 10 cm. au niveau de la base, et de 7 cm. au niveau du sommet. Le diamètre transversal mesure 13 à 14 cm. à la base et 7 à 8 cm. au sommet.

La capacité normale est de 500 gr. Pathologiquement, le péricarde ne contiendrait que 200 à 250 gr. de liquide, en cas de distension brusque, mais pourrait contenir 2.000 gr. et plus en cas de distension chronique.

MOYENS DE FIXITÉ. — Le péricarde sert à fixer le cœur, mais lui-même affecte avec les plans résistants voisins, des adhérences solides qui constituent les ligaments du péricarde et contribuent puissamment à la maintenir en place.

1° En avant, ce sont les LIGAMENTS STERNO-PÉRICARDIQUES au nombre de deux :

a. *Le ligament sterno-péricardique supérieur.* — Lame transversale de forme triangulaire dont la base s'insère sur le manubrium et la 1re articulation chondrosternale, elle s'entrecroise avec l'aponévrose du muscle sterno-thyroïdien, le sommet sur le sac fibreux du péricarde, en avant de l'aorte ascendante, la face antérieure répond au sternum dont elle est séparée par du tissu cellulaire lâche et la face postérieure, répond aux gros vaisseaux. Il est considéré par certaines comme une dépendance de l'aponévrose omo-claviculaire (Richet).

b. *Ligament sterno-péricardique inférieur.* — Lame triangulaire allant de l'appendice xiphoïde et du diaphragme à la partie inférieure de la face antérieure du péricarde sur la ligne médiane. Il serait, pour Rieffel, le reliquat du méso-carde primitif antérieur.

2° LIGAMENTS VERTÉBRO-PÉRICARDIQUES. — Etudiés par Béraud qui a décrit une lame quadrilatère venant de la 3e dorsale et passant sur la face antérieure gauche de l'aorte ; cette lame n'a pu être isolée par d'autres auteurs.

Lagoutte et Durand ne trouvent qu'un système de brides se confondant en haut avec la gaine des vaisseaux, ainsi qu'un tractus allant à l'angle de bifurcation de la trachée : ligament péricardo-trachéo-bronchique.

Teutleben conçoit deux ligaments vertébro-péricardiques qui s'insèrent sur l'aponévrose cervicale profonde entre la 4e vertèbre cervicale et la 5e vertèbre dorsale, s'accolent aux gros vaisseaux, puis se divisent en fibres superficielles et profondes, les unes gagnant le péricarde en suivant les côtés de l'aorte descendante, les profondes s'attachant à la trachée et surtout au pédicule pulmonaire et à la face postérieure du péricarde.

En réalité, ce qu'il y a de plus net, c'est un feutrage faisant suite à l'aponévrose cervico-péricardique, si bien décrite par Richet; et considéré par Sebileau comme l'expansion inférieure de l'aponévrose cervicale transverse, tandis qu'avec Charpy, on le rattacherait aux cloisons sagittales et avec Ombrédanne aux lames fibreuses vasculaires.

3° LIGAMENTS PHRÉNO-PÉRICARDIQUES. — Le péricarde adhère intimement au diaphragme par sa base, suivant le bord antérieur et la moitié antérieure du bord droit; cette adhérence constitue le ligament phréno-péricardique antérieur.

Mais en plus, on décrit deux ligaments phréno-péricardiques latéraux, l'un droit, l'autre gauche. Situés de chaque côté de la veine cave inférieure sur les bords du trou quadrilatère, ils remontent le long de ce vaisseau jusqu'au péricarde, gagnant la face inférieure du pédicule pulmonaire, et se divisant à ce niveau en un faisceau antérieur prépédiculaire et un feuillet postérieur rétropédiculaire; ils se confondent avec la terminaison des faisceaux vertébro-péricardiques.

4° En plus, on pourrait décrire des LIGAMENTS TRACHÉO-PLEURO-ŒSOPHAGO-PÉRICARDIQUES, qui ne représentent que des tractus fibreux denses réunissant ces organes entre eux. En réalité, toutes ces formations sont des dépendances du fascia endothoracique de Luschka qui, au niveau des zones de traction, s'épaissit, constituant des formations fibreuses que le scalpel de dissection individualise encore mieux.

(A suivre.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité d'anatomie clinique et de diagnostic médical topographique, par le Dr BUSQUET, médecin principal de l'armée, lauréat de la Faculté de médecine de Lyon, du ministère de l'Intérieur et de la Guerre. I. *Anatomie clinique : Tête et cou.* 1920, 1 vol. gr. in-8 de 320 p., avec 218 fig. — Prix : 25 fr. — Paris, J.-B. Baillière.

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, publié sous la direction de MM. Emile SERGENT, membre de l'Académie de médecine, médecin de la Charité ; L. RIBADEAU-DUMAS, médecin des hôpitaux ; L. BABONNEIX, médecin des hôpitaux. — Tome XII : **Foie et pancréas**, In-8, 1920, 38 fig. (Traité SERGENT, RIBADEAU-DUMAS, BABONNEIX). — Prix : 22 fr. ; *franco* 24 fr. 20. — Paris, Maloine et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 80. — SAMEDI 18 SEPT. 1920. 93e ANNÉE. SAMEDI 18 SEPT. 1920. — N° 80.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Le jury est définitivement composé de MM. Pinard, Lemaire, Chiray, Guimbellot, Deniker, Vignes, Lian et Mondor.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — Sont créés, à partir du 1er novembre 1920 : 1° Un cours complémentaire de pathologie interne ; 2° Un cours complémentaire de pathologie externe ; 3° Un cours complémentaire de vénéréologie ; 4° Un emploi de chef de laboratoire de clinique ophtalmologique.

— Sont transformés, à partir de la même date, en emplois de chefs de clinique, les cinq emplois d'aide de clinique ci-après désignés : Aide de clinique des maladies des voies urinaires ; aide de clinique d'oto-rhino-laryngologie ; aide de clinique d'électricité médicale ; aide de clinique psychiatrique ; aide de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

— LYON. — Sont chargés, pour l'année scolaire 1920-1921, des cours ci-après désignés :

MM. Lannois, professeur adjoint, oto-rhino-laryngologie ; — Rochet, professeur adjoint, urologie ; — Vallas, professeur adjoint, pathologie externe ; — Gayet, agrégé libre, propédeutique urologique ; — Hovelacque, agrégé, embryologie ; — Cordier, agrégé, pathologie interne ; — Cotte, agrégé, pathologie externe ; — Trillat, agrégé, propédeutique obstétricale ; — Nogier, agrégé, physique médicale ; — Piéry, agrégé, hydrologie thérapeutique ; — Savy, agrégé, chef de travaux, pharmacodynamie ; — Gravier, chargé des fonctions d'agrégé, chef de travaux, histologie.

— M. Lucien Thévenot, agrégé, est chargé, pour l'année scolaire 1920-1921, d'un cours de bactériologie clinique.

— M. Florence, agrégé, préparateur de chimie biologique, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1920-1921, d'un cours de chimie biologique.

— M. Rochaix, agrégé, est chargé, pour l'année scolaire 1920-1921, d'un cours d'hygiène.

BOURSES DE DOCTORAT. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu au siège des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie le lundi 25 octobre 1920.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de la Faculté près laquelle ils désirent poursuivre leurs études. Ils devront être Français et âgés de 18 ans au moins et de 28 ans au plus. Cette dernière limite d'âge est reculée d'un temps égal à celui que le candidat aura passé sous les drapeaux pendant la guerre.

Les registres d'inscription seront clos le samedi 16 octobre 1920, à 16 heures.

Sont admis à concourir :

A. *Ancien régime d'études.* — 1° Les candidats pourvus de 4 inscriptions qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles ou à l'examen du certificat d'études supérieures de sciences portant sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de 1re année ;

2° Les candidats pourvus de 8 inscriptions qui ont subi, avec la note « bien », le premier examen probatoire ;

3° Les candidats pourvus de 12 inscriptions qui ont obtenu, avec la note « bien », le 2e examen probatoire ;

4° Les candidats pourvus de 16 inscriptions qui ont subi, avec la note « bien », le 3e examen probatoire.

B. *Nouveau régime d'études.* — Les candidats pourvus de 4, 8, 12 ou 16 inscriptions qui ont subi avec la note « bien » l'examen de fin d'année correspondant à leurs inscriptions.

Les épreuves du concours consistent en compositions écrites, savoir :

Etudiants à 4 inscriptions : une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie) ;

Etudiants à 8 inscriptions : *a.* une composition d'anatomie (névrologie, splanchnologie) ou une composition d'histologie ; *b.* une composition de physiologie ;

Etudiants à 12 inscriptions : *a.* une composition de médecine ; *b.* une composition de chirurgie ;

Etudiants à 16 inscriptions : *a.* une composition de médecine ; *b.* une composition de chirurgie ou une composition sur les accouchements.

Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

Peuvent obtenir sans concours une bourse de doctorat en médecine de 1re année les candidats qui justifient :

Soit de la mention « bien » au baccalauréat de l'enseignement secondaire et de 75 points au moins à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, soit de la mention « assez bien » au baccalauréat et de 80 points au moins audit certificat ;

Soit de la mention « bien » au baccalauréat de l'enseignement secondaire et de la mention « assez bien » au certificat d'études supérieures de sciences portant sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle, soit de la mention « assez bien » au baccalauréat et de la mention « bien » audit certificat. (*J. O.*, 15 sept. 1920.)

BOURSES DE PHARMACIE. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de pharmacie aura lieu au siège des Facultés de pharmacie et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le lundi 25 octobre 1920.

Inscription jusqu'au 15 octobre.

Le *Journal officiel* du 15 septembre 1920 publie le programme de ce concours.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — Les épreuves orales du concours d'admission à l'Ecole du service de santé de la marine à Bordeaux, pour les étudiants en médecine qui doivent les subir à Rochefort, commenceront dans ce port, le mardi 21 septembre 1920 à 8 heures.

PALMES ACADÉMIQUES. — Sont nommés :

(Au titre de l'enseignement public, instruction publique, beaux-arts et enseignement technique.)

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les Drs Alleaume (de Chartres), Aubaret (de Marseille), Auboyer (de Roanne), Ausset (de Lille), Baron (de Dijon), Bertin (de Lille), Blum (de Strasbourg), Boulud (de Lyon), Bureau (de Nantes), Cade (de Lyon), Calbat (de Mirecourt), Caumartin (de Lille), Chaillot (de Limoges), Charbonnier (de Caen), Chelle (de Bordeaux), Chevrel (de Rennes), Constantin (de Toulouse), Debeyre (de Lille), Desmoulins (de Douai), Gauvin (de Paris), Guérin-Valmale (de Marseille), Guilbaud et Guillaume (de Tours), Guillon (de Poitiers), Hardouin (de Rennes), Lacour (d'Epinal), Lafite-Dupont (de Bordeaux), Lapeyre (de Tours), Lardennois (de Reims), Laroyenne et Latarjet (de Lyon), Leclercq (de Lille), Lisbonne (de Montpellier), Marquis (de Rennes), Menuet (de Tours), Micheleau et Musso (d'Alger), Minet (de Lille), Née (de Rouen), Nogier (de Lyon), Olmer (de Marseille), Parisot (de Tours), Raviart (de Lille), Raynal (d'Albi), Reynaud (de Marseille), Ricquiet (de Lille), Rocher (de Bordeaux), Rondeau (de Paris), Rossigneux (de Lyon), Sesboué (de Saint-Cloud), Seyot (de Nancy), Termet (du Havre), Turchini (de Paris), Turlais (d'Angers), Vanverts (de Lille), Vernier (de Nancy), Voron (de Lyon).

Officiers d'Académie. — MM. les Drs Adrian (de Strasbourg), Audrain (de Caen), Bax (d'Amiens), Bernard (de Besançon), Bonvalet (de Rouen), Bourdinière (de Rennes), Bouzigues (de Lannemezan), Brochet (de Bordeaux), Canaven (d'Amiens), Cordebard (de Nancy), Damiens (de Paris), Deblock (de Lille), Denéchau (d'Angers), Desbouis (de Caen), Duclerget (de Nancy), Dufraisse (de Paris), Dupérié (de Bordeaux), Duvillier (de Lille), Faisant (de Lyon), Faix (de Tours), Faugère (de Bordeaux), Faure (de Toulouse), Ferrari (d'Alger), Gabriel (de Marseille), Gaudeau (de Tours), Gaugain (d'Angers), Gérard (de Lille), Guibé (de Caen), Haas (de Paris), Hamm (de Strasbourg), Mailhes (de Lannemezan), Maréchal (de Besançon), Mascré (de Paris), Mauriac (de Bordeaux), Merle (d'Amiens), Monges (de Marseille), Nanta (de Toulouse), Paquet (de Lille), Pellissier (de Lille), Picon (de Paris), Pierret (de Lille), Puyaubert (de Tulle), Robert (d'Amiens), Rochaix (de Lyon), Savouré (de Rennes), Schwartz (de Strasbourg), Sonneville (de Lille), Soula (de Toulouse), Strohl (de Strasbourg), Teulières (de Bordeaux), Vallois (de Montpellier), Veillon (de Nantes), Verhaecke (de Lille), Vilpelle (de Meaux), Volmar (de Strasbourg).

(Au titre de l'enseignement public, régions libérées.)

Officier de l'Instruction publique. — M. le Dr Blanquinque (de Laon).

(Au titre de l'enseignement public. [Fonctionnaires des établissements ressortissant à d'autres ministères.)

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les Drs Boigey, Breteau, Dopter, Garret, Jacob Lanne et Plisson (du Service de santé militaire).

Officiers d'Académie. — MM. les Drs Billet, Carrive, Fourcade, Jude, Lambert des Cilleuls, Faitre, Rouvillois et Sacquépée (du Service de santé militaire).

MÉDAILLES DE LA RECONNAISSANCE FRANÇAISE. — *Médailles de bronze.* — MM. les Drs Coupé (de la Ferté-Bernard), Doze (de Draguignan), Gouverne (de Paris), Hervéou (de Rennes), Lomier (de Saint-Valery-sur-Somme).

FONDATION D'UN INSTITUT DE PSYCHOLOGIE A L'UNIVERSITÉ DE PARIS. — L'Université de Paris vient de décider la fondation d'un Institut de psychologie, administré par un Conseil-directeur composé des cinq professeurs de l'Institut : MM. H. Delacroix, G. Dumas, P. Janet. H. Pieron, Et. Rabaud, et des doyens des Facultés des lettres et des sciences, MM. Brunot et Fr. Houssay.

L'Institut assurera des enseignements théoriques et pratiques de psychologie générale, physiologique, expérimentale, pathologique et comparée.

En outre, l'Institut de pédagogie de la Faculté des lettres, fondé l'année dernière, est rattaché à l'Institut de psychologie de l'Université, dont il devient la section pédagogique, et deux autres sections d'applications y doivent être également organisées : une section technique d'applications générales et une section d'orientation et de sélection professionnelles.

Il pourra être décerné le titre d'élève diplômé de l'Institut de psychologie de l'Université de Paris aux étudiants, justifiant d'une scolarité de deux semestres, qui auront suivi avec assiduité trois des enseignements principaux, théoriques et pratiques de l'Institut et subi avec succès des épreuves écrites, pratiques et orales, dont le programme leur sera communiqué.

En outre, il sera délivré, dans chacune des sections d'application, des diplômes d'études spéciaux.

Enfin, des recherches pourront être poursuivies, sous la direction d'un des professeurs, dans les laboratoires de l'Institut, en vue des diplômes d'études supérieures ou des doctorats universitaires, de lettres et de sciences.

Les inscriptions seront reçues, à partir du 15 octobre au Bureau des renseignements de l'Université de Paris, à la Sorbonne.

AUX MÉDECINS-PROPHARMACIENS. — On sait qu'il a été déposé à la Chambre, par M. Vincent, député, un projet sur l'exercice de la pharmacie qui, s'il était adopté, entraînerait la suppression des trois quarts des médecins-propharmaciens.

Afin d'organiser leur défense et de s'opposer par tous les moyens en leur pouvoir au vote de cette loi, il est indispensable que les médecins-propharmaciens se comptent. Beaucoup font déjà partie de l'Union des médecins-propharmaciens de France, mais il en est un grand nombre qui, nouvellement ou anciennement installés, ignorent encore ce groupement ; ils sont invités à envoyer immédiatement leurs noms et adresses au Dr Carayon, à Labastide-Saint-Pierre (Tarn-et-Garonne).

LES DÉCLARATIONS DE NAISSANCE. — M. Autrand, préfet de la Seine, vient d'adresser aux maires de Paris des instructions en vue de réaliser une simplification des formalités imposées aux familles à l'occasion des déclarations de naissance.

Au lieu des deux démarches à la mairie, précédemment exigées, un seul déplacement suffira désormais. Le médecin ou la sage-femme qui aura pratiqué l'accouchement remettra gratuitement aux intéressés un certificat que le déclarant, accompagné de deux témoins, présentera à la mairie. L'acte de naissance sera immédiatement établi et signé par les parties, sans attendre la visite, remise à plus tard, du médecin contrôleur.

REVUE GÉNÉRALE

LA STOMATITE MERCURIELLE

Par le Dr Gérard MAUREL,
Interne des hôpitaux de Paris.

Malgré la découverte et l'application au traitement de la syphilis des médicaments de la série de l'arsénobenzol, le mercure reste et restera de l'avis de la majorité des auteurs, un des médicaments héroïques de la syphilis. Aussi l'importance de la connaissance des accidents mercuriaux et en particulier de la stomatite mercurielle n'est-elle que peu ou pas diminuée par l'existence et les applications thérapeutiques du 606.

De plus les recherches toutes récentes sur la pathogénie de cette stomatite, recherches portant également sur son individualité clinique, enfin, les procédés de traitements nouveaux et importants à mettre en œuvre donnent à ce sujet un intérêt immédiat d'actualité. Ce sont du reste ces points particuliers sur lesquels nous insisterons surtout.

Étiologie. — La stomatite mercurielle est la manifestation la plus fréquente et en général la plus précoce de l'intoxication mercurielle.

Connue depuis que l'on a commencé à employer le mercure dans l'industrie, et surtout en thérapeutique, cette stomatite autrefois plus fréquente et plus grave, se voit aujourd'hui cependant d'une façon très courante, bien que, à l'inverse des syphiligraphes anciens, ce soit une manifestation que non seulement on ne recherche pas, mais que l'on s'efforce d'éviter.

Il existe, au point de vue étiologique, plusieurs classes ou catégories de stomatites mercurielles.

1° Intoxications professionnelles. — Ce sont pour nous *les moins importantes*, toutes les causes d'intoxication mercurielle sont causes de stomatites. Les ouvriers employés à l'extraction du mercure, en particulier les mineurs d'Almaden et d'Istria sont toujours frappés; non seulement les mineurs de ces pays sont atteints, mais également tous les habitants de la région voisine, et, fait remarquable, les accidents ne cessent qu'après la chute complète des dents.

Parmi les autres professions, citons les ouvriers doreurs, chapeliers, étameurs de glace, argenteurs, etc.

2° Empoisonnements aigus. — Il s'agit ici d'empoisonnements accidentels, volontaires ou criminels en particulier par le sublimé. Mais, dans ces deux catégories de faits, la stomatite n'est *qu'une* des manifestations, rarement de premier plan, au cours d'une intoxication chronique ou aiguë par le mercure.

3° Intoxications médicamenteuses. — Ce sont celles qui sont et de beaucoup les plus intéressantes pour le médecin. Ici au contraire la stomatite mercurielle est la plupart du temps seule en jeu et constitue à elle seule toute la maladie.

C'est habituellement au cours *du traitement antisyphilitique* que le mercure est administré et que la stomatite éclate. A ce point de vue du reste, les divers sels de mercure et aussi leurs différents modes d'administration ont une valeur pathogénique très différente sur la production des accidents; mais suivant le précepte de Fournier « il faut se souvenir que toutes les fois que l'on donne le mercure, quel que soit le composé ou le mode d'administration, on court toujours le risque de voir se développer les accidents buccaux ».

Notons encore l'importance au point de vue de l'apparition de la stomatite de la *dose* employée.

A. *Administration par voie gastrique.* — La stomatite, est assez fréquente, mais elle est généralement lente à s'établir (stomatite *d'alarme* de Fournier), est habituellement partielle en même temps que progressive et n'acquiert pas une bien grande gravité.

Le protoiodure qui entre dans la composition des pilules de Ricord est bien toléré de 4 à 5 cg. par jour : chez l'homme on peut en général aller jusqu'à 10 cg. avec une action minime sur les gencives; chez la femme la dose de 5 à 7cg5 est la limite d'après Fournier; des doses supérieures entraînant le *ptyalisme*.

Le *sublimé* qui entre dans la liqueur de van Swieten et des pilules de Dupuytren commence à donner de la stomatite au delà de 3 cg.; en même temps du reste et souvent avant se développent des douleurs et des troubles gastriques.

Le *calomel*, parmi les composés administrés par voie gastrique, provoque à dose élevée facilement la stomatite.

Le sirop de *Gibert* à partir de 3 cuillerées à soupe par jour donne fréquemment lieu à de l'irritation buccale et aussi à des altérations stomacales.

B. *Frictions mercurielles.* — Parmi toutes les méthodes d'administration des composés mercuriels (réserve faite, dit Fournier, pour les injections massives) c'est celle qui expose le plus à l'éventualité des phlegmasies buccales. C'était elle du reste qu'employaient de préférence les anciens syphiligraphes qui voulaient obtenir la salivation dépurative : le flux de bouche.

A partir de 6 g. par jour pour un adulte, on s'expose à la stomatite; aux doses de 10 à 20 g., elle est inévitable.

Elle présente du reste des caractères spéciaux qui méritent par leur gravité d'attirer l'attention; c'est une stomatite *brusque*, d'apparition rapide, elle est d'emblée généralisée; elle est enfin plus intense, plus tenace et plus grave que les autres formes. Fournier lui donne le nom de *forme maligne* de la stomatite mercurielle.

C. *Injections.* — Une distinction est ici capitale; celle des *préparations insolubles*, et celle des sels solubles, ce sont les premières qui donnent lieu avec une fréquence beaucoup plus considérable aux accidents buccaux.

Parmi les préparations insolubles, l'*huile grise* et le calomel sont les deux principales, la stomatite due à l'emploi de ces sels et en particulier de l'huile grise offre ceci de particulier, que, comme celle des frictions sur laquelle avait insisté Fournier, *elle est tardive*. « A côté de gingivites survenant en cours

de traitement qui sont peut-être moins fréquentes, mais sans aucun doute plus graves avec l'huile grise ou le calomel qu'avec les autres préparations mercurielles, il existe une forme de stomatite dite tardive qui semble bien l'apanage exclusif des injections mercurielles » (Lalanne). Le mécanisme en est simple : les sels insolubles au lieu d'être absorbés immédiatement après l'injection, comme le sont les sels solubles, peuvent s'enkyster dans le tissu musculaire ou dans le tissu cellulaire, et cela pendant toute une série d'injections, puis sous l'influence d'une cause quelconque même minime, tel qu'un traumatisme aigu ou, d'après Brocq, l'administration consécutive de l'iodure de potassium, il peut y avoir rupture de ces kystes, dont le contenu brusquement mis en liberté dans l'organisme provoque des accidents d'intoxication aiguë, et en particulier la stomatite, accidents pouvant du reste, dans certains cas, se terminer par la mort. Signalons que l'on a incriminé également, dans le mécanisme de la mise en liberté de ces kystes, peut-être à tort, certaines cures pour les eaux *minérales sulfureuses*.

Si dans ces cas, du reste, on peut souvent incriminer la technique ou les doses trop élevées ou les injections trop fréquemment répétées, il en est d'autres, où la stomatite et les accidents graves apparaissent consécutivement à des doses normales et après des injections bien faites (Lalanne).

Les injections de sels solubles donnent rarement lieu à des accidents de stomatite, qu'il s'agisse d'injection hypodermique ou intramusculaire de benzoate ou de biiodure de mercure par exemple ou surtout d'injection intraveineuse de cyanure de mercure qui donne lieu plus souvent à des accidents intestinaux (diarrhée) que buccaux. Cependant cette éventualité peut se produire avec le cyanure à 0g01 ou 0g02 pro die, le benzoate à 0g02, à 0g06.

Signalons enfin des modes de production moins fréquentes : gargarismes au bichlorure ou cautérisation au nitrate acide de mercure dans la cavité buccale et en dehors du traitement de la syphilis, injections intra-utérines de sublimé chez les jeunes accouchées et notamment dans l'infection puerpérale : par la muqueuse utérine l'absorption est facile et rapide et l'intoxication mercurielle était de ce fait, avant l'emploi de l'eau iodée, relativement fréquente.

Exceptionnellement, enfin, signalons la possibilité d'intoxication mercurielle, et en particulier de stomatite consécutivement à l'emploi de frictions à l'onguent napolitain, contre la phtyriase *pubienne*.

Telles sont les *causes déterminantes* de la stomatite mercurielle, mais pour provoquer son apparition il faut encore des *causes prédisposantes*.

A. Parmi celles-ci l'une est à considérer avant toutes : c'est l'*état de la bouche* et en particulier de la *dentition*; comme le dit Galippe, en effet, là où il n'y a plus de dents il n'y a pas de stomatite mercurielle ; chez les jeunes enfants n'ayant pas encore de dents la stomatite mercurielle ne se produit jamais; de même chez un vieillard édenté, chez les mineurs d'Almaden, dès la chute de la dernière dent (qui est très précoce) les accidents buccaux ne se produisent plus.

Donc la simple présence des dents favorise la stomatite, mais leur mauvais état est surtout une cause d'appel très pressante, soit qu'il s'agisse de dents cariées, soit qu'il s'agisse d'un état local infectieux en rapport avec l'évolution de la dent de sagesse, soit qu'il s'agisse de pyorrhée ou gingivo-arthrite alvéolo-dentaire localisée ou généralisée, soit surtout qu'il existe du tartre en quantité plus ou moins abondante. La présence de ce tartre, du reste, a souvent provoqué, avant l'administration du mercure, une gingivo-stomatite banale parfois légère.

Enfin, l'existence de stomatites antérieures, l'irritation permanente entretenue par le tabac, surtout l'absence de soins d'hygiène buccale sont autant de causes prédisposantes.

B. L'*état du rein* est aussi à considérer; les lésions rénales favorisent la stomatite mercurielle. Il y aurait, d'après certains auteurs (Brasse et Wirth, Galippe) une sorte de balancement entre l'élimination du mercure par la salive et par le rein. Or, le mercure n'est pas éliminé par l'urine dès qu'il existe de l'albuminurie, fait fréquent chez les syphilitiques et, d'autre part, l'administration prolongée du mercure peut entraîner l'apparition de lésions rénales, d'où la nécessité de surveiller à ce point de vue les malades soumis au traitement mercuriel.

C. L'*état du foie* semble entrer également en jeu : le calomel, en particulier est transformé par la cellule hépatique, cette transformation le rendant moins nocif pour l'épithélium buccal [Tessier (de Lyon) et Simerens], d'où nécessité d'examiner la fonction hépatique.

D. L'*état général* du sujet. La délibitation de l'organisme, la diminution de la résistance, la gravité de l'infection syphilitique sont aussi un ensemble de facteurs importants que l'on peut, avec les facteurs précédemment invoqués, substituer avec plus d'exactitude à la prétendue idiosyncrasie présentée par certains malades.

Signalons, enfin, d'après Fournier, la susceptibilité plus grande de la femme.

Symptomatologie. — Nous décrirons les symptômes de la stomatite mercurielle d'origine médicamenteuse tels qu'ils ont été indiqués dans la description classique de Fournier, en y ajoutant quelques acquisitions récentes.

Cet auteur divise la stomatite mercurielle en trois formes :

Stomatite légère et partielle, stomatite d'alarme.
Stomatite moyenne et générale.
Stomatite intense et générale.

Il y ajoute, d'ailleurs, une quatrième forme qu'il qualifie de stomatite historique dont nous parlerons en terminant.

I. Stomatites partielles. — Ces stomatites légères et partielles, accessibles au traitement, indiquent l'imminence de la deuxième et de la troisième forme et avertissent qu'il faut intervenir ; ce sont les stomatites d'alarme. Ces stomatites peuvent revêtir quatre types principaux.

Premier type. — Il y a déchaussement de la portion de la gencive qui touche en arrière la dernière grosse molaire inférieure, habituellement la dent

de sagesse. La dent se déchausse et il apparaît en arrière d'elle une petite languette rouge, effilée, mobile, flottante, quelquefois évidée, c'est le *décollement rétromolaire*.

Très souvent cette lésion qui peut être bilatérale est limitée à un seul côté droit ou gauche, ce côté étant toujours celui sur lequel le malade dort (?). Dans cette forme qui, du reste, à ce stade, passe souvent inaperçue du médecin et n'est pas accusée par le malade, il n'y a que peu de symptômes fonctionnels, à peine un peu de tension et de gêne.

Deuxième type : *Gingivite périphérique*. — Il est constitué par une gingivite qui se produit autour d'une dent cariée, d'une vieille racine ou d'un fragment de couronne, d'un vieux chicot (Fournier). A ce niveau le mercure ne fait qu'augmenter un processus d'inflammation, de gingivite chronique qui a créé en ce point un lieu de moindre résistance.

Troisième type : *C'est la gingivite médiane inférieure*. — Cette variété constitue un des modes les plus fréquents de début de la stomatite mercurielle. C'est au niveau de la sertissure, du collet des incisives médianes inférieures, puis des incisives latérales inférieures que se fait ce processus initial ; la partie vestibulaire de la gencive est d'ailleurs en général seule atteinte, la partie linguale restant habituellement indemne. A ce niveau les dents sont comme cerclées en bas d'un liséré purpurique constitué par les gencives rouges et boursouflées.

En appuyant avec le doigt sur la gencive et en remontant vers le collet de la dent, on fait sourdre une gouttelette de liquide séro-purulent sous le bord gingival décollé.

Quelquefois on observe des ulcérations irrégulières à grand axe vertical, à fond jaunâtre, douloureuses, extrêmement rebelles (Milian).

Les malades accusent un certain agacement des dents, des douleurs à la mastication, ils ont une saveur métallique, un drôle de goût dans la bouche (Fournier). Enfin, l'*haleine* a une odeur aigrelette, fadasse, sui generis.

Quatrième type : *Stomatite génienne*. — C'est une *hémi-stomatite*, une *stomatite latéralisée* ; le mercure semble n'exercer son action que d'un seul côté de la bouche, l'autre restant intact. Ricord a montré que ce phénomène en apparence paradoxal était dû au décubitus latéral droit ou gauche habituellement adopté par le malade ; la stagnation des liquides buccaux en ce point favorise et localise l'inflammation ; la joue malade est rouge, parfois excoriée, exulcérée ; cette rougeur vive s'accompagne de sensation de cuisson, de brûlure, d'un peu de salivation.

Ces formes, qui sont de gravité croissante, sont cependant dans leur ensemble bénignes. Si, dès leur apparition, on peut suspendre le traitement hydrargyrique, les symptômes s'amendent, les signes régressent rapidement par un traitement approprié. Si, au contraire, malgré l'existence de cette stomatite d'alarme, le traitement est continué par le malade ou par le médecin, les accidents s'aggravent et constituent la forme suivante.

II. Stomatite moyenne et généralisée. — Une fois constituée, elle est caractérisée par quatre ordres de symptômes (Fournier).

1° Inflammation intense de toute la muqueuse buccale ayant cependant son maximum au niveau des trois points d'élection déjà décrits à propos des formes partielles : en arrière de la dernière grosse molaire inférieure — au niveau des incisives inférieures — au pourtour des dents cariées ; mais les points intermédiaires sont déjà atteints ; les gencives sont rouge foncé, purpurines, elles sont boursouflées, tendues, tuméfiées. Les dents semblent donc déchaussées.

Sur la muqueuse gingivale il se produit souvent des excoriations, des érosions, ou même des ulcérations véritables (Fournier). Tout récemment, on a insisté (Cruet) sur l'existence, tant dans la stomatite mercurielle que dans la stomatite ulcéreuse, d'ulcérations au sommet des languettes gingivales interdentaires, parfois très petites et parfois si marquées qu'elles détruisent complètement une série de languettes et réduisent à une ligne droite ulcérée toute une partie du bord gingival.

Ces ulcérations donnent lieu à des hémorragies faciles, soit spontanément, soit au moindre contact, en particulier au cours de la mastication. De plus, ces ulcérations sont spontanément douloureuses, douloureuses aussi au contact.

Mais la muqueuse gingivale n'est pas seule modifiée : la muqueuse *jugale* est également boursouflée, œdémateuse, exulcérée par place ; on y peut voir l'empreinte des arcades dentaires marquée en creux, une arête longitudinale répondant à l'interstice séparant les dents supérieures des inférieures.

De même la muqueuse endobuccale prolongeant la muqueuse labiale est rouge, excoriée, comme le reste de la muqueuse buccale.

La langue que le malade ne peut propulser que très incomplètement et avec peine est augmentée de volume, douloureuse, tuméfiée : la face dorsale est d'une blancheur neigeuse (Fournier) ; sur les bords se sont imprimées les arcades dentaires.

Les dents elles-mêmes déchaussées sont recouvertes d'un enduit limoneux, d'une bouillie fétide qui remonte jusqu'au tiers ou à moitié de leur hauteur et que l'on peut enlever facilement, de même du reste que l'enduit qui recouvre le dos de la langue.

Au contraire, le pharynx, les piliers du voile, le voile, les amygdales sont normaux ; le mercure agit sur la bouche, mais respecte l'arrière-bouche, professait Fournier. (Nous verrons quelle réserve il y a lieu de faire à ce point de vue.)

2° Ces lésions de la muqueuse entraînent l'apparition d'une *adénopathie* sous-maxillaire souvent très marquée. Non seulement, du reste, les ganglions sont pris, mais aussi le tissu cellulaire de voisinage, les glandes sous-maxillaires et souvent les parotides, la face pouvant prendre un aspect qui rappelle celui des oreillons (Fournier) ; mais cependant, le plus habituellement, les glandes sous-maxillaires sont seules prises et même la tuméfaction peut être unilatérale lorsque la stomatite elle-même est unilatérale.

3° Troisième signe important : c'est la *fétidité* de l'haleine sur laquelle insiste Fournier qui la qualifie de *révélatrice*; elle permettrait d'après lui, à elle seule, de faire le diagnostic avant l'examen du malade.

4° Il existe, de plus, une *salivation* très marquée qui constitue un des signes principaux de la stomatite mercurielle moyenne. La quantité de salive rendue en 24 heures est de 1 litre environ; c'est une salive épaisse, blanchâtre, filante qui force le malade à cracher continuellement, à dormir la bouche ouverte et qui finit par épuiser son état général.

Tout cet ensemble de symptômes s'accompagne, du reste, de *douleurs* souvent très vives. Ces douleurs qui existent spontanément s'exagèrent au moindre contact, en particulier comme nous l'avons vu au niveau des ulcérations; la mastication est pour ainsi dire impossible ou très gênée, la parole est pénible, même le contact de la muqueuse avec les dents est douloureux; il existe un certain degré de trismus.

L'état général est habituellement très touché : anoréxie, anémie rapide, insomnie, état nerveux avec agitation ou plus souvent prostration, leurs lésions inspirant aux malades un dégoût profond, parfois même des idées de suicide. *Il n'y a pas de fièvre.*

La durée de cette forme est de 15 jours à 3 semaines, et pendant 8 jours au moins l'état du malade est très pénible; le traitement peut, du reste raccourcir la durée de l'évolution.

III. Stomatite intense et généralisée. — Elle est plus rare aujourd'hui qu'autrefois, mais elle est redevenue cependant plus fréquente depuis l'emploi courant de l'huile grise pour le traitement de la syphilis. Elle ne possède pas de signes propres, c'est la forme précédente amplifiée, *vue à la loupe.* (Fournier) : inflammation de toute la muqueuse buccale prédominant aux trois points d'élection déjà indiquées;

Gencives ramollies, tuméfiées, fongueuses, ulcérées, saignantes, avec dents très déchaussées;

Langue parfois doublée ou triplée de volume, pouvant pendre hors de l'orifice buccal de 4 à 6 et 8 cm. *Ulcérations* souvent profondes, recouvertes d'un enduit diphtéroïde et siégeant sur la muqueuse des gencives, des joues, de la langue, des lèvres.

Ces ulcérations peuvent prendre l'aspect gangréneux et aller même jusqu'à la gangrène de la bouche, en particulier sur les joues et sur la langue qui peut se sphacéler par larges lambeaux.

L'odeur de l'haleine est excessivement fétide, la salivation est considérable, elle peut atteindre jusqu'à 3 et 4 litres par jour.

Toutes les fonctions buccales deviennent impossibles, le malade ne peut ni parler, ni manger, ni même déglutir, ses douleurs sont intenses.

L'état général est mauvais, l'anoréxie est complète, des troubles nerveux peuvent survenir du fait de l'anémie et aussi de l'altération de l'état général. Il y a de la fièvre, souvent des diarrhées profuses.

L'évolution se fait en général vers la guérison, malgré la gravité du tableau clinique, mais celle-ci est très lente, demandant 3 à 4 mois pour se faire : fréquemment d'ailleurs plusieurs dents tombent, et la muqueuse gingivale reste boursouflée et ramollie.

IV. Stomatite historique (Fournier). — C'est la stomatite de nos pères que l'on n'observe plus guère aujourd'hui. La description en est surtout faite d'après les anciens auteurs. Ceux-ci décrivent des stomatites d'une grande gravité avec ulcérations profondes, pénétrantes, phagedéniques même. Nous avons pu en observer récemment un exemple avec gangrène de toute la région du frein de la langue, et perforation de la muqueuse et des téguments au niveau de la région sus-hyoïdienne.

Les ulcérations arrivaient à dénuder les muscles et en particulier le masséter. De plus, en guérissant, elles laissaient des adhérences entre la langue et les joues, entre les gencives et les joues, d'où occlusion permanente de l'orifice buccal, véritable soudure des mâchoires et par conséquent difficulté considérable de l'alimentation.

De plus, les ulcérations en activité entraînaient des hémorragies considérables que l'on ne pouvait arrêter que par le fer rouge. Quelquefois on observait la chute de toutes les dents, la nécrose des maxillaires.

Ces lésions graves entraînaient d'ailleurs un état adynamique prononcé, du marasme, un amaigrissement squelletique. La mort pouvait même survenir.

La production de cette stomatite aujourd'hui à peu près disparue était due à la conception des anciens auteurs sur le traitement de la syphilis par le mercure : « le flux de bouche doit diriger le traitement de la vérole par le mercure » disait Astruc; et il n'était rien que l'on ne fît pour obtenir cette bonne salivation qui dans les cas extrêmes pouvait aller jusqu'à 4, 5 et 6 litres de salive, et cela pendant 15 à 25 jours.

Formes cliniques. — En dehors de ces variétés classiques quelques *formes cliniques* sont à envisager; certaines récemment décrites par Milian sont rangées par cet auteur, parmi les *stomatites mercurielles frustes;* d'autres, classiques, sont surtout en rapport avec le mode d'administration des composés mercuriels. Nous les avons déjà indiqués à propos de l'étude étiologique.

Stomatite catarrhale (Milian). — Cette forme n'a pas une véritable autonomie : la stomatite n'est qu'un des symptômes d'un embarras gastro-intestinal général; elle surviendrait chez des sujets qui, ayant de bonnes dents et une bonne hygiène buccale ont un tube digestif mauvais ou simplement sensible.

Elle se traduit par une *diminution de l'appétit,* pouvant aller jusqu'à l'anorexie, de la *fétidité mercurielle* caractéristique, analogue à l'odeur fécaloïde, survenant d'une façon très précoce et pouvant constituer un prodrome révélateur très désagréable pour le malade, perçu également par son entourage — une sensation de *goût métallique*, accusée par le sujet, — *une salivation* plus abondante et plus épaisse, — *une langue* un peu œdémateuse et saburrale avec quelquefois prolifération des papilles en avant du V, pouvant simuler l'aspect de la langue pileuse, —

enfin par ailleurs une *constipation opiniâtre* à laquelle peut faire suite une véritable *diarrhée d'élimination* avec selles très fétides.

Cette forme se caractérise en somme par l'absence d'ulcérations ou de suppuration buccale et par le syndrome gastro-intestinal qui l'accompagne.

Stomatite névralgique. (Milian.) — Les symptômes de cette variété (non ulcéreuse et sans lésions anatomiques) se résumeraient en l'apparition au cours du traitement mercuriel de douleurs pharyngées ou amygdaliennes avec irradiations otalgiques, douleurs en général unilatérales s'accompagnant d'un certain degré de stomatite, sensibilité des gencives, décollement minime autour de la dernière molaire inférieure du côté correspondant. Ce serait là, une « névralgie toxique portant sur les terminaisons du nerf maxillaire inférieur et particulièrement sur l'une de ses branches, le nerf dentaire inférieur ».

Stomatite du voile et des piliers. (Milian.) — Contrairement à l'opinion classique, Milian admet la localisation possible des ulcérations de la stomatite mercurielle sur le voile du palais, en particulier sur le voile mou : au-dessus et en dehors de la luette, au-dessus et en dedans du pilier, ulcération de la dimension d'une pièce de 1 à 2 fr., irrégulière, quadrilatère, peu profonde, à fond diphtéroïde, à contours enflammés ; cette ulcération accompagnant ou non la stomatite génienne ou le décollement rétromolaire serait pathognomonique.

Formes frustes chroniques (Milian). — Cet auteur range encore dans les stomatites mercurielles frustes localisées non pas aiguës mais chroniques *le liseré mercuriel* et l'*érosion dentaire du collet.* En ce qui concerne cette dernière, il y a lieu, sans discuter ici cette assertion, de faire les plus expresses réserves. Milian signale encore au cours des stomatites frustes, la fréquence de ce qu'il appelle « le déplombage des dents », c'est-à-dire la chute des obturations à l'amalgame.

Stomatite des frictions. — Elle a des caractères opposés à la stomatite consécutive à l'administration du mercure par la voie stomacale. Alors que celle-ci est :

1° Progressive et lente à s'établir ;

2° S'annonce par des lésions partielles (stomatite d'alarme).

3° Ne dépasse pas en intensité la forme moyenne.

La stomatite due aux frictions :

1° Est soudaine, rapide dans son invasion ;

2° Est générale d'emblée, ne se cantonnant pas d'abord dans un coin de la bouche ;

3° Est grave, infiniment plus intense que la première.

Si malgré l'apparition de ces symptômes, on continue les frictions, la stomatite devient alors formidable (Fournier). En somme, cette forme serait, d'après Fournier, ce qu'on peut appeler la *forme maligne* de la stomatite mercurielle. Pour ces auteurs du reste, on n'est jamais, avec les frictions, à l'abri, quoi qu'on fasse, du danger de la stomatite.

Stomatites des injections des sels insolubles et en particulier de l'huile grise. — Cette forme a été étudiée et mise en relief par le prof. Gaucher, par MM. Fournier et Brocq (*Th. Lalanne*, 1909). Cette stomatite *tardive* présente du reste des caractères assez analogues à ceux assignés par Fournier à la stomatite des frictions. Alors qu'en cours de traitement, ces injections ne donnent que peu ou pas de gingivite, c'est brusquement, et parfois assez longtemps après la cessation du traitement que se déclarent des stomatites généralement graves, toujours rebelles, et dont certains cas ont pu se terminer par la mort.

Nous avons vu dans ces cas, quel était le mécanisme d'ailleurs encore obscur, que l'on invoquait, pour expliquer le développement de ces accidents. Ces accidents peuvent d'ailleurs survenir consécutivement à des doses normales et après des injections bien faites.

Pronostic. — Il est extrêmement variable suivant la gravité de l'affection. Bénin dans les simples gingivo-stomatites partielles, il peut être grave et même, mais rarement, mortel dans les formes gangréneuses, rares aujourd'hui. En général, dans sa forme moyenne, le pronostic n'est pas grave ; la maladie guérit spontanément ou par le traitement, mais elle indique d'une part, un état infectieux local, d'autre part, elle constitue un signe d'intoxication mercurielle et doit, par conséquent, faire suspendre le traitement hydrargyrique. *(A suivre.)*

PROCÉDÉ SIMPLE
DE
NOTATION CHRONOLOGIQUE
DE DIVERS PHÉNOMÈNES CLINIQUES

Par Henri PAILLARD (de Vittel) et Gilbert LEBOURG.

L'utilité de la notation chronologique dans l'observation de nombreux phénomènes cliniques est hors de contestation. Cette notation est réalisée d'une façon parfaite par la méthode graphique avec un cylindre dont on connaît le temps de rotation et muni au surplus d'un chronographe indiquant, selon les besoins, la seconde ou le cinquième de seconde. Mais la méthode graphique nécessite une installation coûteuse, encombrante, des manipulations longues ; elle ne peut être utilisée par le praticien. Une série de recherches opérées par nous pendant la guerre nous a conduits à adopter une méthode de notation simple et rapide, d'une exactitude clinique suffisante et ne nécessitant qu'une instrumentation presque insignifiante.

Une montre (de préférence une montre à grande trotteuse ou à grande aiguille chronométrique) est encastrée dans une planchette de bois de telle façon que le plan supérieur du verre de montre soit au niveau de la surface de la planchette (1); sur celle-ci

(1) Cette précaution est nécessaire car si la montre était déposée sur la planchette, elle gênerait la main chargée d'effectuer les notations comme nous l'indiquerons plus loin.

on dépose une feuille de papier, ajourée à son centre de manière à laisser la montre visible et munie de cercles concentriques disposés à 1 cm. de distance environ (tirer une série de papiers identiques à la polycopie; en appliquer 10 ou 20 sur la planchette de manière à avoir là une réserve; fixer avec des punaises). Pendant que le médecin pratique l'observation, un aide tient la planchette à la main et maintient à chaque instant un crayon dans l'axe de l'aiguille à secondes; le crayon tourne donc régulièrement avec l'aiguille; au moment où l'indication est donnée par le médecin, on coche d'un trait le premier cercle et on inscrit au regard l'indication donnée (chiffre ou signe conventionnel). L'indication est donc repérée quant à son temps et quant à sa nature. A supposer qu'il y ait un « temps de transmission » entre le médecin et l'inscripteur, il est inférieur à une seconde (ce qui est négligeable pour les inscriptions cliniques que nous avons en vue) et il est sensiblement le même pour un même inscripteur. Lorsque la première minute d'observation est écoulée, on passe au second cercle, etc. Donc pas de chiffre initial à noter et pas d'erreur de mémoire (1). Pour les observations devant durer plusieurs minutes, il suffit d'avoir un nombre suffisant de cercles tracés sur le papier.

*
* *

Cette méthode de notation permet d'observer avec précision dans le temps certains phénomènes qui ne sont habituellement l'objet que de mesures approximatives. Nous citerons par exemple : le réflexe oculo-cardiaque, les épreuves de résistance cardiaque, la notation des extra-systoles, les arythmies respiratoires.

Deux exemples concernant le réflexe oculo-cardiaque et l'épreuve de tachycardie à l'effort montreront comment est opérée la notation et comment elle peut être ensuite reportée sur une graphique.

Réflexe oculo-cardiaque (voir fig. 1 et 2). — Le médecin compte le pouls pendant 15 secondes et énonce à haute voix le dernier chiffre, soit 18; à ce moment, l'aiguille à secondes de l'appareil inscripteur est, par exemple, sur 27 secondes; on coche, en regard, le premier cercle et l'on inscrit le chiffre 18; la compression oculaire commence à 33 secondes et se termine à 1 min. 3; ces points sont repérés et indiqués par deux signes conventionnels (voir la partie grisée sur la fig. 1); pendant le premier quart de minute de compression, on compte 17 pulsations qui se trouvent inscrites en regard de 48 secondes; pendant le second quart, 15 pulsations que l'on inscrit en regard de 1 min. 3. La compression étant terminée, on compte encore le pouls pendant trois quarts de minutes successifs; on trouve 16, 18, 18, que l'on inscrit sur le second cercle dans les mêmes conditions que précédemment. Il s'agit maintenant de reporter cela sur un graphique; on se servira d'une feuille de température ordinaire (fig. 2) pour laquelle on ne conserve (dans le cas particulier) que la co-

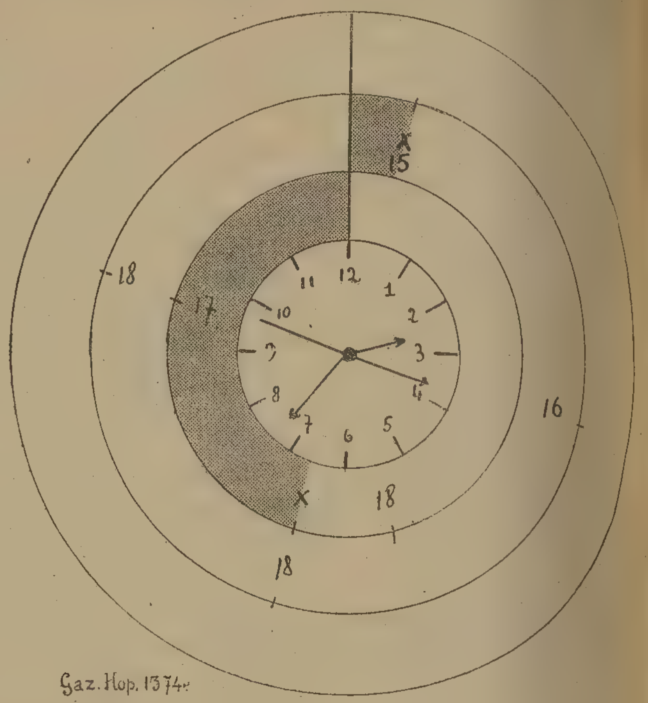


Fig. 1.

lonne du pouls. Pour noter le temps, on attribuera à chaque interligne vertical une valeur de 5 secondes. Il devient dès lors facile de noter le premier chiffre

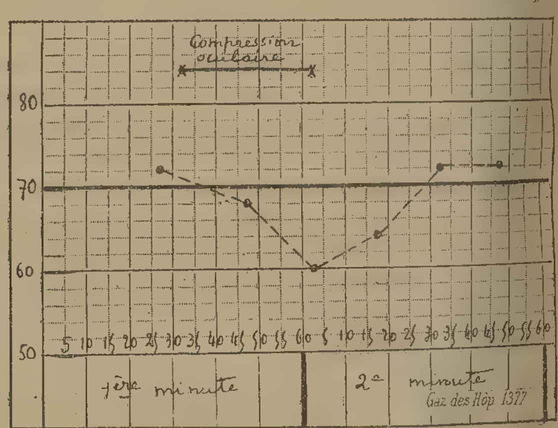


Fig. 2.

du pouls (18×4=72) à 27 secondes, le début et la fin de la compression oculaire, les chiffres successifs des pulsations, etc. (1).

Epreuve de tachycardie a l'effort (fig. 3 et 4). — Les notations sont faites dans les mêmes conditions; mais l'épreuve durant plus que la recherche du réflexe oculo-cardiaque, il faut un nombre de cercles plus considérable. Deux numérations de pouls en position couchée; le sujet passe à la station debout à 37 secondes par exemple; deux numérations de pouls; 20 flexions sur les membres inférieurs de 1 min. 25 à 1 min. 55; quatre numérations successives de pouls, une cinquième un peu plus

(1) En pratique, le médecin qui fournit les indications n'a pas à se préoccuper, pour le début de l'observation, de la situation de l'aiguille à secondes du système inscripteur; il observe avec sa montre à lui; si une partie du premier cercle est perdue pour l'inscription, cela n'a évidemment aucune importance.

(1) Au lieu de marquer d'un point le chiffre des pulsations au moment correspondant à la fin de la numération, on peut marquer ce chiffre par un trait correspondant à tout le quart de minute pendant lequel la numération a été faite.

loin (le nombre peut en varier suivant chaque épreuve); le sujet se recouche à 4 min. 38; trois numérations de pouls. La reproduction sur un graphique est aisée comme le montre la fig. 4.

Ainsi donc, grâce à ce dispositif très simple que le médecin peut faire réaliser, à très peu de frais, par n'importe quel menuisier, on peut étudier avec précision *dans le temps*, divers phénomènes cliniques. Les manœuvres que nous avons indiquées sont beaucoup plus simples à effectuer qu'à décrire; il y a moins d'effort (et plus de précision) à employer ce procédé qu'à conserver en sa mémoire la succession chronologique des phénomènes observés; en outre, cette notation est apte à se plier à toutes les modalités réactionnelles au cours d'une épreuve car un phénomène peut être noté à tout moment, ce qui est préférable au fait de pratiquer des notations à intervalle fixe déterminé d'avance (toutes les minutes par exemple).

Les exemples précités ne sont d'ailleurs exposés ici qu'à titre de démonstration; nous nous proposons de revenir sur l'utilité de ce procédé à propos d'autres épreuves.

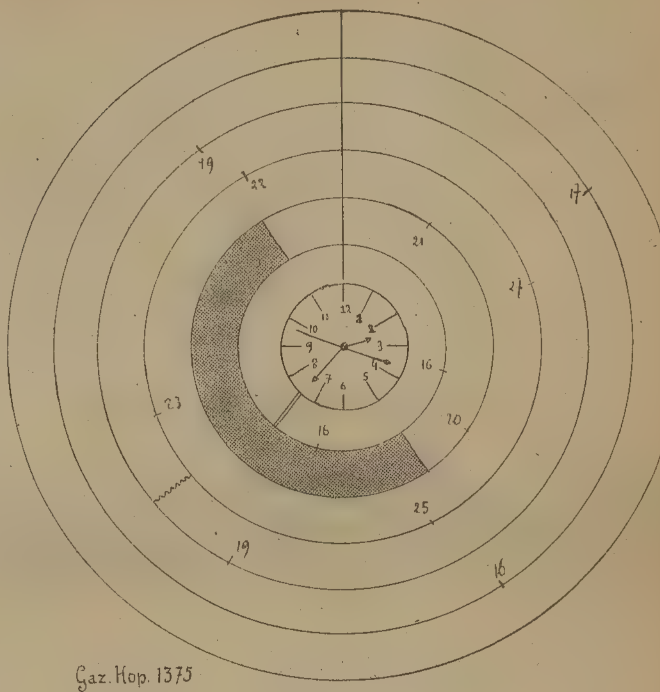


Fig. 3.

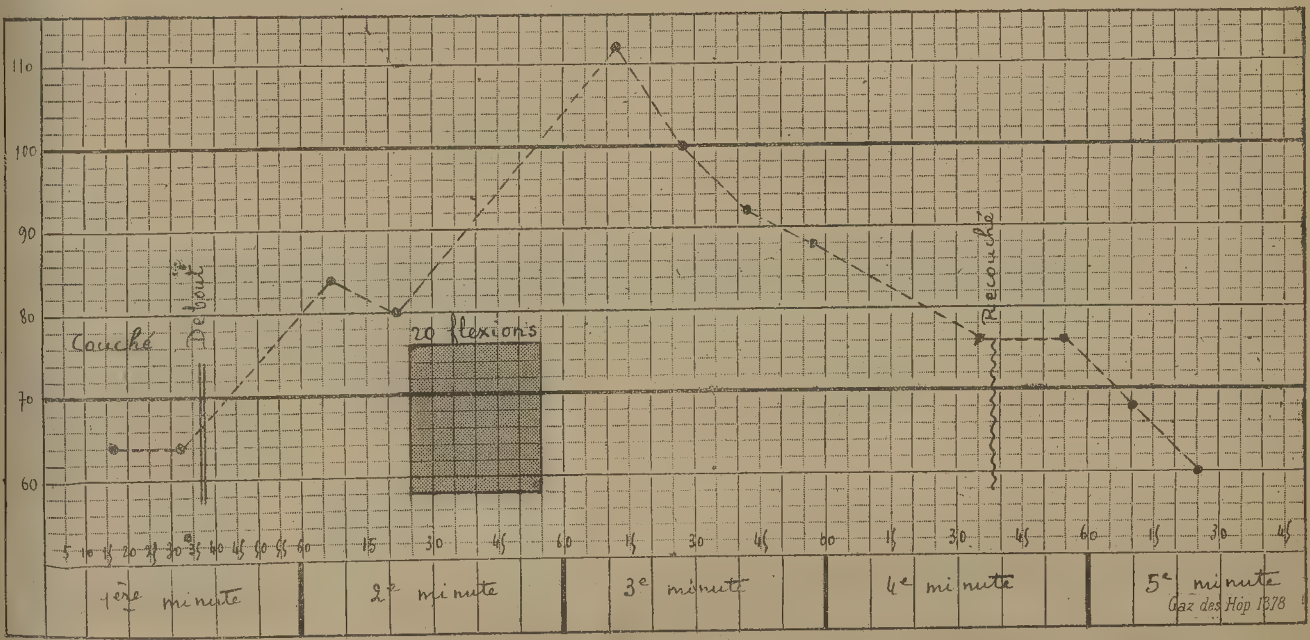


Fig. 4.

MÉDECINE PRATIQUE

LES POSSIBILITÉS ACTUELLES D'EXTINCTION DES VIRUS VÉNÉRIENS

Dans un récent mémoire communiqué à la Société de médecine publique et de génie sanitaire (1), le Dr A. Gauducheau montre les avantages du mélange désinfectant au thymol et au calomel dont voici la formule :

Thymol	1,75
Calomel	25,00
Vaseline	23,25
Lanoline	50,00
Total	100,00

(1) Séance du 23 juin 1920.

L'innovation consiste en ce que ce mélange est employé intus et extra, c'est-à-dire pour protéger à la fois l'urètre et les muqueuses externes contre tous les virus vénériens. Un seul désinfectant suffirait donc pour se préserver de toutes les contaminations après rapports suspects et la prophylaxie serait ainsi d'une extrême simplicité. Les essais qui ont été pratiqués jusqu'à présent ont donné les plus encourageants résultats.

Le Dr Gauducheau, comparant les virus vénériens aux parasites à hôtes alternants, estime que la diffusion de la prophylaxie antiseptique chez les jeunes hommes aurait pour résultat l'extinction progressive de ces maladies dans les deux sexes.

A l'objection que des échecs sont possibles, l'auteur répond qu'il vaut mieux risquer un insuccès et empêcher 50 contaminations que de renoncer à se défendre. On désinfecte bien les téguments pour préparer les champs opératoires dans les hôpitaux; pourquoi ne désinfecterait-on pas des surfaces aussi

faciles à atteindre que le sont les surfaces génitales de l'homme contre des germes aussi peu résistants que le gonocoque et le tréponème?

Une autre objection assez inattendue est faite contre la prophylaxie individuelle antiseptique par certains moralistes qui estiment que ces maladies doivent être maintenues car elles sont une sauvegarde pour la morale publique : elles empêchent les jeunes gens de se débaucher. Aucun médecin ne saurait s'associer à une aussi grave erreur. Malgré ces obstacles, la prophylaxie antiseptique se développe et il faut s'attendre encore à de nouveaux progrès dans cette importante partie de l'hygiène. L. G.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

EXAMENS DE CHIRURGIEN-DENTISTE. — I. *Session d'octobre 1920.* — 1° Examen de validation de stage dentaire : la session s'ouvrira le lundi 18 octobre 1920.

Les consignations seront reçues au Secrétariat de la Faculté les lundi 4, mardi 5 et mercredi 6 octobre 1920, de midi à trois heures.

2° Premier, deuxième et troisième examens : la session s'ouvrira le lundi 18 octobre 1920.

Les consignations seront reçues au Secrétariat de la Faculté les lundi 4, mardi 5 et mercredi 6 octobre 1920, de midi à trois heures.

II. *Session de juin-juillet 1921.* — 1° Examen de validation de stage dentaire : la session s'ouvrira le lundi 13 juin 1921.

Les candidats produiront les certificats attestant qu'ils justifient de deux années régulières de stage. Ces certificats doivent être établis sur papier timbré.

Les consignations seront reçues au Secrétariat de la Faculté les lundi 30 et mardi 31 mai 1921, de midi à trois heures.

2° Premier, deuxième et troisième examens : la session s'ouvrira le lundi 27 juin 1921.

Les consignations seront reçues au Secrétariat de la Faculté le lundi 13 et le mardi 14 juin 1921, de midi à trois heures, en faveur des titulaires de quatre, huit ou douze inscriptions. Ces derniers consigneront simultanément pour les deux parties du 3e examen.

COURS PRATIQUE ET COMPLET DE DERMATOLOGIE, du 4 octobre au 20 novembre 1920, sous la direction de M. le prof. JEANSELME avec la collaboration de : MM. Sebileau, Thibierge, Darier, Hudelo, Milian, Gougerot, Louste, Coutela, Hautant, Sabouraud, Bizard, Noiré, Rubens-Duval, Touraine, P. Chevallier, Burnier, Marcel Bloch, Giraudeau, Pomaret, Carron de la Carrière, Civatte, Ferrand.

Le cours aura lieu du lundi 4 octobre au samedi 20 novembre 1920, tous les jours, excepté les dimanches et fêtes, l'après-midi, à 1 h. 30 et à 3 heures, à l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, au musée, à l'amphithéâtre de la clinique, à la polyclinique ou au laboratoire.

Tous les cours seront accompagnés de présentations de malades, de projections, de moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis, de préparations microscopiques, de démonstrations de laboratoire et de thérapeutique. (Examens bactériologiques; biopsies; culture des mycoses et des teignes, etc. Radiothérapie; radiumthérapie; photothérapie; électrolyse; haute fréquence; neige carbonique; scarifications; frotte, etc.).

Les salles de la clinique et des services de l'hôpital Saint-Louis seront accessibles aux assistants du cours tous les matins, de 9 heures à 11 h. 30. Le musée des moulages est ouvert de 9 heures à 12 heures et de 2 heures à 5 heures. Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs. Un certificat leur sera délivré à la fin du cours.

Le programme des cours comprend 73 leçons.

Deux cours semblables ont lieu chaque année en avril, mai, juin et en octobre, novembre, décembre. Un cours spécial sera organisé pour les élèves qui désirent se perfectionner dans les techniques de laboratoire.

Le droit à verser est de 150 fr.

Seront admis les médecins et étudiants français et étrangers sur la présentation de la quittance du versement du droit et de la carte d'immatriculation, délivrés au Secrétariat de la Faculté, guichet n° 3.

Pour renseignements complémentaires s'adresser au laboratoire de la Faculté (hôpital Saint-Louis, Dr Marcel Bloch).

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

PROGRAMME DES CONCOURS

1920-1922. — *Prix fondé par un anonyme.* — Elucider par des faits cliniques, et au besoin par des expériences, la pathogénie et la thérapeutique des maladies des centres nerveux et principalement de l'épilepsie (1).

Prix : 7.500 fr. Clôture du concours : 15 octobre 1922.

Des encouragements, de 300 à 3.000 francs, pourront être décernés à des auteurs qui n'auraient pas mérité le prix, mais dont les travaux seraient jugés dignes de récompense.

Une somme de 5.000 fr. et une de 25.000 fr. pourront être données, en outre du prix de 7.500 francs, à l'auteur qui aurait réalisé un progrès capital dans la thérapeutique des maladies des centres nerveux, tel que serait, par exemple, la découverte d'un remède curatif de l'épilepsie.

1920-1921. — *Prix fondé par le Dr Da Costa Alvarenga.* — Aux termes du testament de M. Alvarenga, « l'intérêt du capital constituera un prix annuel qui sera appelé : Prix d'Alvarenga de Piauhy (Brésil). Ce prix sera décerné, à l'anniversaire du décès (21 juillet 1883) du fondateur, à l'auteur du meilleur mémoire ou ouvrage inédit (dont le sujet sera au choix de l'auteur) sur n'importe quelle branche de la médecine, lequel ouvrage sera jugé digne de récompense, après que l'on aura institué un concours annuel et procédé à l'examen des travaux envoyés selon les règles académiques (2).

« Si aucun des ouvrages n'était digne d'être récompensé, la valeur du prix serait ajoutée au capital ».

Prix : 3.500 fr. Clôture du concours : 15 janvier 1921.

1919-1921. — *Indications, technique et résultats de la suture nerveuse.*

Prix : 800 fr. Clôture du concours : 15 juillet 1921.

1919-1921. — *Faire l'étude de l'étiologie et de la pathogénie de l'avortement épizootique chez la jument, en se basant autant que possible sur des recherches personnelles.*

Prix : 800 fr. Clôture du concours : 15 juillet 1921.

1920-1924. — *Prix Melsens.* — Par une clause de son testament, Mme Melsens, veuve de M. le professeur Louis Melsens, lègue « une somme de 10.000 fr. dont les intérêts accumulés seraient consacrés à la fondation d'un « Prix Melsens » à décerner tous les quatre ans à l'auteur belge qui aurait soumis au jugement de l'Académie un ouvrage remarquable sur l'hygiène professionnelle » (3).

Prix : 3.000 fr. Clôture du concours : 20 janvier 1924.

Conditions des concours. — Les membres titulaires et les membres honoraires de l'Académie ne peuvent point prendre part aux concours.

Les mémoires, lisiblement écrits en latin, en français ou en flamand, doivent être adressés, francs de port, au Secrétaire de l'Académie royale de médecine, Palais des Académies, à Bruxelles.

Les auteurs des mémoires de concours ne sont pas tenus à l'anonymat; mais, dans le cas où ils désirent le garder, leurs mémoires porteront une épigraphe reproduite sur un pli cacheté qui renfermera l'indication du nom et de l'adresse des auteurs.

(1) Dans la séance de l'Académie du 27 octobre 1906, le Président a fait observer, au nom du Bureau, que, contrairement à une opinion qui semble s'établir, le concours ne porte pas uniquement sur l'épilepsie.

(2) L'Académie a décidé, dans le comité secret de la séance du 26 décembre 1891, que l'article 119 (actuellement 120) du Règlement de la Compagnie ne sera pas applicable aux mémoires manuscrits qui prendront part à ce concours. Cet article est ainsi conçu : « Les travaux couronnés et ceux qui ont mérité une distinction peuvent être publiés dans le recueil des Mémoires en vertu d'un vote pour chaque mémoire. »

(3) Dans sa séance du 30 novembre 1901, l'Académie a décidé que le prix ne peut être partagé.



BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Etude critique de l'étiologie des bronchites chroniques avec sclérose pulmonaire, par le Dr Jacques DALSACE, ancien élève de l'Ecole polytechnique, interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8. — Prix : 5 fr. — Paris, Félix Alcan.

Il est défendu de faire usage d'un pseudonyme.

L'Académie exige la plus grande exactitude dans les citations, ainsi que la mention de l'édition et de la page du texte original.

Sont exclus des concours les mémoires qui ont déjà été soumis à l'appréciation d'autres corps savants ou de jurys universitaires, ou qui ne rempliraient pas les conditions précitées.

Le pli annexé à un travail couronné est ouvert par le Président en séance publique.

Lorsque l'Académie n'accorde qu'une récompense à un mémoire de concours accompagné d'un pli cacheté, celui-ci n'est ouvert qu'à la demande de l'auteur. Cette demande doit être faite dans le délai de six mois. Après l'expiration de ce délai, la récompense n'est plus accordée.

Le manuscrit envoyé au concours ne peut être réclamé; il est déposé aux archives de la Compagnie. Toutefois l'auteur peut, après la proclamation du résultat du concours, obtenir, à ses frais, une copie de son travail faite par un des employés du Secrétariat de l'Académie.

L'Académie accorde gratuitement à l'auteur du mémoire dont elle a ordonné l'impression cent exemplaires tirés à part, et lui laisse la faculté d'en obtenir un plus grand nombre à ses frais.

LIVRES NOUVEAUX

Conseils aux sourds par un sourd. *Manuel de rééducation auditive par la parole et les sons musicaux* (1), par M. LAUER, avec préface du Dr Edmond PERRIER, membre de l'Institut, Paris.

Ce livre vécu est un guide précieux pour le sourd en puissance de rééducation auditive qui veut compléter à domicile les soins qu'il reçoit chez le médecin spécialiste. Cette autorééducation est indispensable au maintien des améliorations obtenues par le massage sonore. On sait que ce dernier est déterminé par le contact méthodique et réglé des sons produits par les vocalises dans le tube acoustique, par des instruments de musique et surtout par des appareils spécialement construits à cet effet (rééducation passive).

Inspiré par une longue expérience personnelle, l'auteur donne des conseils très précieux sur l'utilisation du piano comme moyen de rénovation auditive.

De nombreux exemples illustrent cet exposé et en facilitent l'exacte compréhension ainsi que la bonne application.

C'est la première fois qu'un travail de ce genre est publié. Tout sourd, conservant quelques vestiges d'audition et connaissant de façon suffisante le maniement du piano, retirera grand profit de la lecture de cet ouvrage et de sa mise en pratique.

D'autre part, la rééducation par la voix est décrite avec netteté dans la seconde partie de l'ouvrage; on y trouvera des plans d'exercices avec des listes de mots toutes préparées. Le sujet pourra ainsi travailler la différenciation des phénomènes et s'accoutumer aux efforts d'adaptation à la distance, tout en développant ses fonctions d'orientation sonore.

Cette rééducation active exige de l'énergie, de la ténacité et de la méthode.

Le sourd est le propre artisan de ses progrès.

Dans cette marche à l'audition meilleure, le livre de M. Lauer lui servira de guide et lui permettra de surmonter beaucoup de difficultés. A ce titre, il a bien mérité l'éloge du Dr Perrier, président honoraire de l'Académie des sciences, qui a écrit dans sa préface : « Ce livre est une bonne action. »

L. G.

Quelques considérations sur la genèse et le traitement rationnel du cancer (2), par le Dr E. BARONAKI, chirurgien honoraire de l'Hôtel-Dieu de Blois.

Quelque illusoires que soient actuellement nos prétentions à une connaissance suffisante du cancer pour en fixer le traitement médical rationnel, cependant il ne faut négliger de signaler aucune des tentatives risquées dans cette voie. C'est pourquoi nous signalons le petit opuscule de M. Baronaki. Pour lui, le cancer est une diathèse, une maladie de la nutrition imputable à des troubles fonctionnels et des altérations de la structure des glandes, entraînant une viciation permanente et progressive du sang, dont la coagulation dans les capillaires, sous des influences très variables (irritations, cicatrices), détermine la formation du foyer toxique, initial, du cancer. Pour combattre les troubles métaboliques de la diathèse cancéreuse, M. Baronaki emploie deux catégories d'agents : d'une part des matières minérales en solution, calcium, sodium, potassium, magnésium, phosphore, traces d'élément radifère ou injections intramusculaires à la dose de 10 à 20 cc., tous les 15 jours, et de l'autre, des produits organiques, cholestérine, lécithine, héricoglobine, glycogène, trypsine, et des extraits opothérapique, thyroïdien, surrénal, hépatique, splénique, en cachets quotidiens de 15 à 25 cg. Les observations résumées à la fin de la brochure constatent les résultats satisfaisants obtenus par cette polypharmacie.

Nous ne saurions discuter ici les idées de l'auteur. Nous nous contenterons de remarquer que l'opinion qui établit des liens de causalité entre les troubles profonds du métabolisme et le cancer semble gagner du terrain parmi les médecins et les chirurgiens.

J. LAUMONIER.

(1) In-8. — Prix : 5 fr. — Paris, A. Maloine et fils.
(2) In-12. — Paris, Maloine.

Annuaire de la Société française de publicité médicale, pharmaceutique et paramédicale 1920 (1).

Le nouvel *Annuaire*, qui vient de paraître, forme un volume considérable, grand in-8 de 1.500 pages environ, il est un des premiers annuaires complets, sinon le premier, qui ait été édité depuis la guerre.

Il comprend la liste générale alphabétique des docteurs en médecine, officiers de santé, pharmaciens, dentistes, sages-femmes de Paris, des départements et de l'étranger, la même liste par départements et communes et une foule de renseignements généraux extrêmement précieux.

Signalons particulièrement : les études sur les accidents du travail, actes de l'état civil, aliénés, assistance aux femmes en couches, assistance médicale gratuite, assistance publique, etc. Les listes des thèses soutenues depuis 1914 devant les Facultés françaises, des médecins sanitaires maritimes, des médecins spécialistes, etc.

L'*Annuaire* met en outre au point la question des diplômes d'Université et donne la liste des étrangers munis seulement de ce diplôme et dont certains, malgré les règlements, exercent en France; la liste des spécialités pharmaceutiques; la liste des stations thermales et climatiques de France, etc.

Le Dr Ch. Levassort, secrétaire général de l'Association générale des médecins de France en présentant l'*Annuaire* dans une préface élogieuse, expose, avec la grande compétence que tout le monde lui reconnaît, les particularités de cet ouvrage qui constitue une œuvre d'un intérêt pratique indiscutable pour tous les praticiens.

L. G.

Dictionnaire de spécialités pharmaceutiques (2).

Aide-mémoire portatif (format 145 × 80) relié toile souple comprenant :

1° *Nomenclature complète* purement nominale de toutes les spécialités pharmaceutiques médicales avec noms et adresses des fabricants;

2° *Dictionnaire* donnant tous les renseignements essentiels (composition, formes, posologies, etc.) qui permettent la prescription des spécialités sans erreur;

3° *Table par indications thérapeutiques* des spécialités figurant au dictionnaire facilitant la recherche du produit le mieux approprié au cas donné.

L. G.

(1) In-8. — Prix : relié, 30 fr. ; broché, 25 fr. — Rédaction et administration, 49, rue Geoffroy-Saint-Hilaire, Paris (Ve). Téléphone Gob. 55-62.
(2) Cet ouvrage sera adressé gratis et franco aux médecins qui en feront la demande aux éditeurs Louis Vidal et Cie, 127, boulevard Sébastopol, Paris (IIe).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Nº 81. — MARDI 21 & JEUDI 23 SEPT. 1920 93e ANNÉE. MARDI 21 & JEUDI 23 SEPT. 1920. — Nº 81.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

CONCOURS POUR ADMISSION A QUATRE PLACES D'INTERNES EN MÉDECINE ET CHIRURGIE A LA MAISON DÉPARTEMENTALE DE NANTERRE. — Le concours aura lieu le 25 octobre 1920.

CONDITIONS D'ADMISSION. — Registre ouvert à la Préfecture de police, bureau du personnel, jusqu'au 25 septembre 1920, à 4 heures du soir.

Il faut être Français, avoir moins de 30 ans (limite reculée d'autant d'années que les intéressés en auront passées à la guerre), avoir 12 inscriptions et un certificat de stage obstétrical.

Adresser au préfet de police : 1° une demande sur papier timbré; 2° extrait d'acte de naissance sur timbre; 3° pièces établissant la situation militaire et état des services pendant la guerre; 4° titres scientifiques et hospitaliers; 5° certificat de scolarité; 6° certificat de stage d'accouchement; 7° engagement écrit à se démettre, en cas de nomination, de toutes fonctions dans les hôpitaux, hospices ou cliniques.

AVANTAGES. — Traitement annuel : 4.000 fr.

Indemnité spéciale de nourriture.

Abonnement remboursé de Paris-Saint-Lazare à La Garenne-Bezons.

JURY. — Le directeur du personnel, de la comptabilité et du matériel à la Préfecture de police et quatre membres pris parmi les médecins et chirurgiens de la Maison de Nanterre.

CONCOURS. — 1° *Admissibilité.* — Composition écrite sur un sujet de pathologie interne, externe ou générale.

Les candidats ont une heure et demie pour traiter la question.

Cote de 0 à 20 points. La note 10 est éliminatoire.

2° *Epreuves définitives.* — 1. Epreuve orale de 10 minutes après 10 minutes de réflexion sur une question d'anatomie descriptive et une question de pathologie ou de petite chirurgie.

2° Epreuves cliniques, médicale et chirurgicale, avec 10 minutes pour l'examen, 10 minutes de réflexion, 10 minutes d'exposition. Toutes ces épreuves seront cotées de 0 à 20).

Les internes sont nommés pour un an et renouvelables 3 fois de suite par le préfet de police sur avis des chefs de service et du directeur de l'établissement.

BOURSES DE DOCTORAT. — *Erratum* au *Journal officiel* du 15 septembre 1920, arrêté portant ouverture d'un concours en vue de l'attribution de bourses aux candidats au doctorat en médecine, au lieu de : « Les registres d'inscription seront clos le *16 octobre à 16 heures*, lire le *15 octobre à 16 heures.* »

ÉCOLES DE MÉDECINE. — GRENOBLE. — Un concours s'ouvrira, le 4 avril 1921, devant la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'université de Lyon pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble.

Le registre d'inscription sera clos, un mois avant l'ouverture dudit concours.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — MM. les Drs :

Charton (Félix), médecin-major de 2e classe (active) de la mission médicale française en Roumanie : médecin d'un zèle et d'un dévouement au-dessus de tout éloge. Déjà cité à l'ordre du régiment. Détaché en mission sanitaire au milieu de troupes gravement atteintes par les épidémies, s'est prodigué dans la lutte contre le typhus exanthématique et a contracté cette grave maladie dans l'exercice de ses fonctions. Croix de guerre. (*J. O.*, 18 sept. 1920.)

L'Heureux (Marcel-André), médecin-major de 2e classe (active) de la mission médicale française en Roumanie : médecin d'un dévouement absolu. A déjà été l'objet de deux citations. Médecin chef de l'hôpital-séminaire catholique à Iassy, a contracté dans l'exercice de ses fonctions le typhus exanthématique. Croix de guerre. (*J. O.*, 18 sept. 1920).

GUERRE. — M. le médecin inspecteur Rigollet a été nommé directeur du Service de santé de l'Afrique occidentale française, en remplacement de M. le médecin inspecteur Dumas, dont le temps de séjour colonial arrive à expiration.

— Le *Journal officiel* du 5 septembre 1920 a publié une

longue liste de lettres d'éloges officiels, médailles de bronze, d'argent et de vermeil décernées aux médecins pour soins gratuits à la gendarmerie.

Voici les médailles d'argent et de vermeil :

Médailles d'argent. — MM. les Drs Galand (de Paris), Mocquot (de Saint-Maurice), Joly (de Maisons-Laffitte), Trotin (de Bourg-la-Reine), Larigaudry (de Montreuil), Decroix (de Chevreuse), Miette (d'Aulnay-sous-Bois), Labiche (de Méreville), Delage (de Levallois-Perret), Favier (de Tourcoing), Riquiez (de Fauquembergues), Frochlicher (de Sissonne), Lecq (de Formerie), Bertin (de Brionne), James (de Fauville), Bioche (de Louviers), Bramtot (de Valmont), Moullin (de Nogent-le-Rotrou), Boutellier (de La Ferté-Fresnel), Estrabaud (d'Ecommoy), Halbout (de Précigné), Baret (de Sillé-le-Guillaume), Buquin (de La Flèche), Margoulis (d'Aubigné), Roger (du Grand-Lucé), Frémont (de Nogent-le-Rotrou), Ramond (de Ponthierry), Courtois (de Thorigny), Charpentier (de Meaux), Ferrand (de Blois), Bouté (de La Ferté-sous-Jouarre), Bégué (de Saint-Soupplets), Pissot (de Robert-Espagne), Ponsard (de Saint-Rémy-en-Bouzemont), Coutin (de Montmédy), Zarifian (de Sompuis), Chabert (de Gex), Fusier (de Thoiry), Fischer (de Rougemont-le-Chateau), Huth (d'Hérimoncourt), Rochette (d'Hauteville), Bondet (de Champagne), Moncharmont (d'Etang-sur-Arroux), Goy (de Corgoloin), Rogier (d'Arnay-le-Duc), Bidault (de Liernais), Viterly (de Montbard), Bony (de Nuits-Saint-Georges), Debricon (de Martigny-sur-Aube), Coupille (de La Forêt-Sèvre), Bureau (de Chiché), Wegbecker (de Neuvy-le-Roi), Penot (de Vivonne), Moreau (de Lusignan), Orlowski (de Mirebeau), Malençon (de Sainte-Mère-Eglise), Fleury (de Ducey), Cauchard (de Périers), Gaultier (d'Evran), de Tersannes (de Saint-Méen-le-Grand), Le Chaix (d'Uzel), Vallée et Bonnelière (de La Guerche-de-Bretagne), Gaudin (de Montauban), Jolivel (de Châteaugiron), Héry (de Saint-Brieuc), Potier (de Merdugnac), Bréal (de Janzé), Baudin (de Chantomay), Keranguyader (de Crozon), Néret (de Châteaubriant), Fays (de Ruffec), Pasquet (d'Uzerche), Bonnet (de Couzon), Louradour (d'Eygurande), Roustain (de Jarnages), Pourtier (de Mauzat), Peronnet (de Pionsat), Champommier (de Saint-Eloy), Lacroix (de Neuilly-le-Réal), Mage (de Marcenat), Solelis (de Neussargues), Chadefaux (de La Bourboule), Forge (de Renaison), Peschaud (de Murat), Bertucat (de Saint-Bonnet-le-Château), Cordier (de Souvigny), Roux (d'Heyrieux), Berger (de La Côte-Saint-André), Burdet (de Bois-d'Oingt), Pontié (de Jallien), Larrivé (de Meyzieu), Sérullaz (de Vaugneray), Rocher (de Nyons), Berger (des Avenières), Mathian (de Crémieu), Ricateau (de Crest), Roche (de Sorgues), Maucuer (de Bollène), Maignot (du Pouzin), Pourrière (de Marseille-Saint-Louis), Michel (de Cadenet), Cabannes (de Cavaillon), Dumaine (de Tournon), Orlanducci (de Vescovato), Vazelle (de Mur-de-Barrez), Lacombe (de Sévérac-le-Château), Rivemale (de Montbazens), Augé (de Saint-Sernin-sur-Rance), Fisseux (de Cornus), Bouchère (de Quillan), Vaysse (de Belvèze), Pauc (de Lézignan), Prax (de Limoux), Combes (de Belvèze), Gayraud (de Murat), Girod (de Lézignan), Villeneuve (de Moissac), Daste (de Boulogne-sur-Gesse), Le Brigant (de Cancon), Daraignez (de Monsempron-Libos), Cadéac (de Boulogne-sur-Gesse), Soueix (de Saint-Martory), Lacome (de Samatan), Duclos (de Condom), Cep (de Solies-du-Saloi), Dousset (d'Aignan), Couëcou (de Nogaro), Pradère (d'Aspet), Périneau (de Ducas), Fauché (de Créon), Jaubert (de Saint-Médard-de-Guizières), Petit (de Libourne), de Groc (de Saint-Symphorien), Lacq (de May), Guichamans et Dupouy (d'Arzacq), Balland (de Saint-Porchaire), Emerit (de Saint-Jean-d'Angély), Beaumont (de Geaune), Lécuyé (de Bou-Medfa), Vaugien (de Mascara), Azam (de Tiaret), Bellot (de Relizane), Lussan (d'Aïn-Bessem), Ribierre (de Zemmora), Maillard (de Pagny-sur-Moselle), Masson (d'Aix-en-Othe), Rapp (de Brey-sur-Vezouze), Marion (de Clairvaux), Voinot (d'Haroué), Forquin et Calbat (de Mirecourt).

Médailles de vermeil. — MM. les Drs Meyer (de Beaumont-sur-Oise), Le Clerc (de Levallois-Perret), Langle (de Vincennes), Mennessier (d'Alfortville), Landry (de Maule), Jacquet (d'Haubourdin), Couvreur (de Seclin), Bonnieu (de Guignicourt), Mouflier (de Villers-Cotterets), Verdière (d'Amfreville-la-Campagne), Bouju (de Barnetal), Léonard (de Lillebonne), Chevallier (d'Ernée), Blondeau (de Mamers), Garnier (de Moulins-la-Marche), Gibory (de Villers-en-Ouché), Loridant (de Brou), Pigornet (de Crécy-en-Brie), Vignon (de Ville-en-Tardenois), Lefèvre (de Fumay), Julg (de Beaucourt), Yon (de Gray), Guillermet (de Saint-Germain-de-Joux), Pernet (d'Oyonnax), Lefèvre (de Vailly-sur-Sauldre), Gibaud (de Presse-en-Bresse), Desrosiers (de Cuffy), de Grailly (de Vouvray), Gros (de Saint-Chartier), Leriche (d'Eguzon), Authenac (de Sainte-Sévère), Guinebertière (de Cerizay), Fiu (de Lion-d'Angers), Guyonnet (de Bélabre), Roy (d'Argenton-Château), Meignant (de Chalonnes), Delaunay (de Montbazon), Brigault (de Sainte-Maure), Ménard (de Matignon), Viaud (d'Agon), Dayot (de Martigné-Ferchaud), Baudouin (de Corlay), Lacour (de Chalais), Thomas-Duris (de Bugeat), Lautraite (de Montembœuf), Jany (d'Auzances), Darfeuille (d'Évaux), Méret (de Massiac), Richerolles (de Montluçon), Sabatier (de Varennes-sur-Allier), Berthaud (de Grand-Croix), Blot (de Manzat), Daumy (de Saint-Eloy), Janin (de Grand-Lemps), Aulès (de Saillans), Saclier de Giverdey (de Tassin-la-Demi-Lune), Bruguerolle (d'Alais), Bentkowski (de Saint-Jean-du-Gard), Passeron (de Roquesteron), Mauzac (de Florensac), Gazel (de Gigean), Bonnet (de Belmont), Fualdès (de Firmy), Espéron-Lacaze de Sardac (de Lectoure), Vialolle (de Carbon-Blanc), Phelippot (de La Bastide), Méjasson (d'Ars-en-Ré), Brieu (de Guitres), Dangerfield (de Mustapha supérieur), Bartoli (de Frenda), Gaudineau (de Romilly-sur-Seine), Guillemin (de Vagney), Perrier (de Tunis), d'Hees (d'Isle-Jourdan), Baches (de Sos).

LA FABRICATION DU GRUYÈRE ET DE L'EMMENTHAL EN SUISSE. — La Suisse subit actuellement une crise grave de production laitière. Aussi voyons-nous ses fromages conserver sur nos marchés des cours élevés.

Le moment est donc venu de développer activement en France les « fruitières » et de rétablir, par l'extension de notre production, le déséquilibre actuel de l'offre et de la demande.

C'est ce qu'a compris la Compagnie de Paris-Lyon-Méditerranée dont le service agricole est un puissant facteur de développement économique pour nos régions du Sud-Est.

Il y a quelques jours elle a mis une somme de 24.000 fr. à la disposition des fromageries coopératives qui se créeraient en 1920 et 1921 dans les départements de la Savoie, de la Haute-Savoie, de l'Ain, du Doubs et du Jura et promis des subventions aux anciennes fromageries qui apporteraient à leur matériel les derniers perfectionnements techniques.

D'autre part, d'accord avec l'Office régional de l'Est-Central, la Compagnie P.-L.-M. a organisé et subventionné une mission d'étude en Suisse composée de savants, d'industriels, de producteurs et des représentants officiels de l'agriculture dans les départements laitiers de son réseau.

Cette mission a visité les laboratoires de chimie et de bactériologie laitières du canton de Berne et les meilleurs fromageries de la vallée d'Emmenthal.

Elle revient chargée d'une ample moisson de renseignements et d'observations et convaincue qu'un perfectionnement rapide de l'industrie laitière en France contribuera efficacement à la lutte contre la vie chère et à l'amélioration de notre change par l'accroissement de nos exportations.

RENSEIGNEMENTS

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES ÉTUDIANTS. — SERVICE DES REMPLACEMENTS. — MM. les médecins sont informés qu'ils trouveront à la Section de médecine de l'Association générale des étudiants, 13, rue de la Bûcherie (Ve), des remplaçants très sérieux (docteurs en médecine ou étudiants à 16 inscriptions) et des étudiants en cours d'études pouvant occuper des places d'assistants auprès des médecins ou dans des cliniques.

GREFFES ARTICULAIRES

Par M. MAUCLAIRE (1),

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, Chirurgien de la Pitié.

Chez les animaux, je crois que c'est Judet (1906) qui a ait le premier la « vraie » greffe articulaire totale.

Chez l'homme, Tuffier (1900) réimplanta un cartilage articulaire de l'humérus, puis Buchanam (septembre 1907) et Lexer (octobre 1907) font la greffe articulaire totale; Lexer pratique en novembre 1907, la greffe semi-articulaire et Kuttner (1910) la première greffe cadavérique.

A. Greffes articulaires chez les animaux.

Paul Bert (1863) en greffant des queues ou des pattes de rat sous la peau, fit indirectement des greffes articulaires.

D'après ses expériences Ollier (1867) affirme que le cartilage diarthrodial ne se greffe pas; il subit la dégénérescence granulo-graisseuse, quelque jeune que soit l'animal. Ollier dit qu'il a chez le chien greffé tout un métatarsien avec ses surfaces articulaires et que le greffon paraissait avoir vécu quelque temps.

Zahn, Léopold (1878) ont greffé des extrémités osseuses d'embryon ou de tout jeunes animaux, extrémités recouvertes de cartilage diarthrodial; à la longue le tout se résorba.

Fischer (1882) implanta dans l'appendice vasculaire sous-mentonnier du coq, un greffon comprenant le fémur, l'articulation du genou et le tibia d'un poulet de 6 jours; finalement le greffon fut résorbé.

Chez des lapins Seggel (1904) a transplanté dans l'épiploon des fragments de cartilage de la trochlée fémorale avec un peu d'os sous-jacent. Le cartilage se transforme en os. Il a placé dans la cavité péritonéale des fragments de cartilage diarthrodial entouré de baudruche collodionnée; les greffons se nourrissent mal par endosmose et ils meurent.

Je vous ai déjà parlé des remarquables expériences de Judet sur les greffes de cartilage articulaire. Je vous rappelle ses résultats que voici :

Les cartilages articulaires possèdent l'aptitude à la greffe autoplastique et homoplastique sur les épiphyses dans une cavité synoviale saine. La trochlée fémorale, c'est-à-dire cartilage doublé d'une mince couche d'os et séparée de son épiphyse est susceptible de se greffer si on la réimplante sur son lieu d'origine.

La trochlée cartilagineuse du fémur peut être remplacée par une greffe de l'organe homologue provenant d'un animal de même espèce. Elle ne peut être remplacée par un cartilage non homologue tel qu'un cartilage costal.

Un bloc constitué par les cartilages, les fibro-cartilages et les ligaments croisés du genou reséqué provisoirement, puis refixé à la même place, possède l'aptitude à la greffe.

Les cartilages articulaires perdent leur aptitude à la greffe en l'absence de la synoviale. Ainsi la trochlée fémorale cartilagineuse séparée de l'os sous-jacent puis réappliquée sur place, ne peut se greffer si on fait la synovectomie.

Les cartilages du genou non munis de synoviale et fixés sur les extrémités osseuses dans un foyer de résection sont inaptes à se greffer; ils disparaissent par ossification.

Les cartilages articulaires non munis de synoviale et transplantés sous la peau, ne se greffent pas; ils dégénèrent. Même résultat négatif si le cartilage transplanté sous la peau est entouré d'une membrane séreuse autre que la synoviale.

Un bloc constitué par les cartilages articulaires et leur synoviale possède l'aptitude à la greffe. Aussi une articulation totale du genou transplantée sous la peau reste intacte au bout de 2 mois. Le cartilage subsiste non dégénéré. La synoviale a exercé sur le cartilage une action préservatrice impliquant que cette séreuse a gardé ses propriétés physiologiques.

La greffe hétéroplastique du cartilage articulaire semble possible dans certains cas. Ainsi la trochlée cartilagineuse du fémur d'un chat substituée à celle d'un chien persiste à l'état de greffe vraie au bout de 138 jours.

Telles sont les conclusions de Judet. Vous en comprenez toute l'importance, bien que les examens histologiques des greffons n'aient pas été faits.

Vrede (1909) a fait des greffes homoplastiques de fragments osseux ou articulaires chez les lapins et chez le chien par implantation dans le genou. Au 4e mois, les animaux ont un fonctionnement articulaire normal, mais à l'examen histologique, le tissu osseux et le cartilage diarthrodial sont bien altérés.

Il a constaté que les cartilages articulaires meurent complètement si l'on conserve la capsule et la synoviale.

Impallomeni (1911) essaya chez des lapins et chez des poulets la greffe totale de l'articulation avec synoviale, capsule et ligaments; il a obtenu de très bons résultats. Il a réussi avec des greffons empruntés à des sujets morts depuis 12 heures.

Dans les greffes articulaires sous-cutanées ou intrapéritoneales, Dalla Vedova a constaté que le cartilage diarthrodial continue à vivre s'il s'agit d'une greffe partielle; il dégénère s'il s'agit d'une greffe totale; les méniques dégénèrent également, la capsule et les ligaments conservent leur vitalité.

Dalla Vedova, se basant sur un grand nombre d'expériences, a constaté que les cartilages articulaires meurent complètement si l'on conserve la capsule et la synoviale. Quant au cartilage conjugal compris dans le bloc articulaire transplanté, il se nécrose et l'épiphyse peut se décoller. La nouvelle jointure serait presque exclusivement formée par des productions osseuses venues du porte-greffe auquel la greffe sert de simple prothèse. La moelle osseuse est remplacée par du tissu conjonctif.

Dans les cas de greffes articulaires par réimplan-

(1) Leçon faite à l'hôpital de la Charité et formant un chapitre de l'*Etude sur les greffes chez l'homme et chez les animaux*, Paris, Baillière, 1920.

tation autoplastique ou homoplastique, le tissu osseux se nécrose.

Le cartilage conjugal dégénère, il devient fibreux ; il se fait un décollement épiphysaire, le cartilage diarthrodial dégénère dans les transplantations en bloc.

Les ligaments finissent par se nécroser de même que la capsule articulaire ; la présence de la synoviale gêne plutôt la vitalité de la greffe.

Rehn et Wakabayshi (1912) ont greffé sur place le cartilage diarthrodial. Or, à la 5e semaine, il s'altère comme dans l'arthrite déformante. Quant au cartilage conjugal, s'il n'est pas traumatisé, il garderait sa vitalité.

Ducuing a greffé sous la peau d'une lapine, une articulation totale du genou, empruntée à un fœtus de lapin. Au bout de 300 jours son volume était augmenté du double. Les vaisseaux sont altérés, de même que le tissu osseux, la moelle osseuse et le cartilage de conjugaison. Le périoste reste vivant, de même que le cartilage diarthrodial, les ménisques et les ligaments, mais du tissu conjonctif envahit la cavité articulaire.

Pour transplanter une articulation en masse, Ducuing conseille la résection sous-périostéo-capsulaire d'Ollier avec conservation sur les extrémités osseuses d'une collerette périostique.

Voici les conclusions de Ducuing : l'ensemble de toute l'articulation, parties molles et parties dures, *greffé en « tissu mou »*, continue à vivre. Toutefois l'os dégénère rapidement ; les autres parties subissent quelques altérations, mais il se fait des régénérations. Du porte-greffe partent des éléments de régénération ; l'articulation transplantée conserve la mobilité.

La greffe articulaire « sur le tissu osseux » ne meurt pas comme l'affirme Dalla Vedova. Il vaut mieux conserver la synoviale pour que le greffon ne soit pas envahi par le tissu fibreux.

Chez des lapins, Pucci (1913) a réussi des greffes homoplastiques du coude avec conservation des mouvements articulaires.

Falcone (1915) a obtenu les mêmes résultats que Della Vedova, le greffon cartilagineux s'altère notablement ; cependant, dit-il, la greffe est à conseiller chez l'homme.

Ainsi, en ce qui concerne le cartilage diarthrodial, Judet, Vredé, Impallomeni, Della Vedova, Ducuing pensent que le cartilage articulaire se reforme et se régénère suffisamment pour favoriser le glissement.

La capsule articulaire peut-elle se régénérer après une transplantation articulaire limitée aux extrémités osseuses ?

D'après ses expériences, Payr dit que le tissu environnant remplace la capsule.

Sumita pense qu'il se forme une couche de tissu conjonctif solide qui remplace la capsule et les ligaments.

Pour Nanotti, cette régénération est activée par les mouvements précoces.

Bajardi aurait vu reproduite une néocapsule, de même que Martini, Panzacki, Leffi, Bolognesi, avec parfois un épithélium à sa face interne.

Segale (1913) laisse les extrémités en place, il enlève la capsule ; or, si on fait faire des mouvements, la capsule se régénère aux dépens des tissus avoisinants, elle est recouverte d'une couche endothéliale.

Quant à la synoviale, si elle est enlevée partiellement, elle se reforme. Si elle est enlevée totalement, il se produit un tissu recouvert d'un simple endothélium qui n'est pas une vraie synoviale (Segale).

En ce qui concerne le cartilage conjugal, dans une leçon précédente, nous en avons déjà étudié les modifications, quand il est transplanté avec l'épiphyse articulaire. Mais les résultats sont encore un peu contradictoires. Pour les uns, il se nécrose au centre et il reste vivant à sa périphérie. Suivant Rehn et Wakabayshi (1912), il continue à évoluer, s'il n'est pas traumatisé. Pour Segale, il perd sa fonction ostéogénique.

Haas (1915) a fait de très nombreuses expériences de transplantations semi-articulaires d'épiphyse métatarsienne chez le chien. Le cartilage diarthrodial et le cartilage conjugal sont très altérés ; l'épiphyse s'atrophie.

Gill (1915) a pratiqué aussi plusieurs expériences semblables avec les mêmes résultats.

Chez des chiens, Voronoff (1915) a réséqué les articulations métacarpo-phalangiennes totales et greffé des articulations homologues prises sur le même animal avec de bons résultats.

B. Greffes articulaires chez l'homme.

En septembre et en octobre 1907, Buchmann fit la greffe autoplastique totale de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil après une résection du coude.

En octobre 1907, Lexer pratique une greffe homoplastique de l'extrémité supérieure du tibia, et le même mois une greffe homoplastique totale du genou.

Puis viennent d'autres observations heureuses de Lexer (1910) et les greffes totales ou semi-articulaires vivantes de Klapp, Walther, Bastianelli, Tavernier, etc. et les miennes. Quant aux greffes cadavériques de Kuttner (1910), je vous les décrirai à part, dans un instant.

Pour mettre de l'ordre dans cet exposé, il faut distinguer :

I. Greffes articulaires vivantes. — A. *Les greffes chondro-osseuses autoplastiques ou homoplastiques.*

B. *Les greffes semi-articulaires*, c'est-à-dire limitées à une épiphyse.

C. *Les greffes articulaires totales* : épiphyses et parties molles.

II. Les greffes articulaires mortes. — Os cadavérique frais, os bouilli ou macéré.

I. Greffes articulaires vivantes. — A. *Greffes chondro-osseuses autoplastiques et homoplastiques.* — Voici les cas publiés :

Dans un cas d'écrasement de l'extrémité supérieure de l'humérus, Tuffier (1900) détacha le cartilage de la tête humérale avec un peu d'os sous-jacent et il le greffa sur l'extrémité

de la diaphyse. Ce fut une greffe « chondro-osseuse » autoplastique.

En 1910, après une résection pour ankylose du coude, Tuffier plaça sur les surfaces osseuses cruentées un fragment chondro-osseux emprunté à une articulation du coude provenant d'un membre amputé 5 jours auparavant pour traumatisme. Ce fut encore une greffe chondro-osseuse homoplastique.

En 1911, après avoir réséqué un coude ankylosé, Tuffier greffa sur les surfaces osseuses des greffons ostéo-chondriques empruntés à une articulation tibio-tarsienne.

Pierre Duval (1912), après une résection humérale pour luxation de l'épaule irréductible, greffe sur l'extrémité diaphysaire une tête métatarsienne d'un autre sujet opéré pour hallux valgus. Le greffon se résorba.

Jacob (1912), dans un cas de luxation ancienne de l'épaule, fait la résection de la tête humérale, il conserva un fragment chondro-osseux et il l'implanta sur l'extrémité diaphysaire.

En août 1911, après une résection du coude chez une jeune fille de 19 ans, j'ai greffé sur l'extrémité humérale un large fragment chondro-osseux emprunté à la poulie astragalienne d'un écrasé que je venais d'amputer; j'ajoute que malheureusement le coude se réankylosa faute de soins consécutifs suffisants.

En octobre 1919, dans un cas d'écrasement de l'extrémité supérieure de l'humérus avec éclatement de la tête humérale, j'ai régularisé le foyer de fracture et réimplanté le revêtement chondro-osseux sur l'extrémité de la diaphyse. Mais le malade, très âgé, succomba de pneumonie au 10e jour.

B. *Greffes semi-articulaires auto ou homoplastiques.* — Voici les cas publiés :

Après l'ablation de l'extrémité inférieure du radius, Tietze, en 1902, avait greffé la phalange du gros orteil.

Lexer (1907) greffa le tiers supérieur du tibia d'une jambe amputée pour gangrène sénile et il le plaça chez un malade opéré pour un sarcome tibial supérieur. Les mouvements articulaires s'établirent progressivement, la station debout et la marche étaient bonnes.

Dans un autre cas semblable, le résultat fut également bon.

Chez un 3e malade, il fit encore une greffe homoplastique vivante semi-articulaire pour une tumeur de l'extrémité inférieure du fémur.

Chez un 4e malade, il greffa avec succès une partie de l'extrémité inférieure du fémur à la place du tiers supérieur de l'humérus.

Pour remplacer la moitié inférieure du cubitus, il greffa avec succès la moitié inférieure du tibia.

Après résection de l'extrémité supérieure de l'humérus pour ostéo-sarcome, Lexer transplanta la moitié interne de l'extrémité inférieure du fémur. Le condyle interne remplaça la tête humérale. Le résultat immédiat fut bon.

Axhausen (1907) a transplanté la tête du 2e métatarsien à la place de la tête humérale réséquée, mais il y eut suppuration et nécrose du greffon.

Bastiannelli (1906), dans 2 cas, greffa l'extrémité supérieure du péroné au niveau de l'extrémité supérieure du tibia enlevée pour sarcome.

Streissler (1909) fait la même intervention pour un sarcome de l'épiphyse radiale inférieure, mais le greffon s'élimina.

Rowsing (1910) greffa la moitié supérieure du péroné à la place de l'extrémité supérieure de l'humérus avec bon résultat fonctionnel.

Walther (1911) greffa l'extrémité supérieure du péroné avec sa surface articulaire pour remplacer l'extrémité inférieure du radius. Un an après le greffon était un peu ostéoporosé.

Jorge de Gouvea (1912) a fait avec succès la même opération.

Putti (1912) a greffé l'extrémité supérieure du péroné pour remplacer l'extrémité supérieure du fémur réséquée pour sarcome; l'opéré succomba à la récidive locale peu après.

En 1913, j'ai enlevé chez une jeune fille un ostéosarcome à myéloplaxes de l'extrémité inférieure du radius. Je n'ai réussi l'homogreffe qu'à la 3e tentative. Mais peu à peu le greffon s'atrophia. Au bout de 2 ans il avait perdu la moitié de son volume. J'ai publié en détail cette intéressante observation à la Société de chirurgie.

M. Tavernier, en 1919, à la Société de chirurgie, a rapporté une belle observation d'homogreffe de l'extrémité inférieure du tibia. Le malade marchait très bien. Cependant l'examen de petits fragments pris dans le greffon montra que l'os était en voie de nécrose. Je crois que dans ce cas le fonctionnement de la jambe activa la prise et la conservation de la forme du greffon. Tandis que dans mon cas de greffon radial, l'inaction relative de l'articulation du poignet provoqua l'atrophie de la greffe.

La réimplantation semi-articulaire de la tête humérale dans les cas de résection pour luxation irréductible ou pour fracture ou pour décollement épiphysaire a été faites par les chirurgiens suivants :

Klapp, en 1911, en rapporte plusieurs observations pour fracture ou pour luxation.

Lexer, en 1913, dit avoir eu aussi plusieurs fois l'occasion de la pratiquer pour fracture et pour luxation de l'épaule.

Cœnen (1913), dans un cas de fracture de la tête humérale avec déplacement, réimplanta la tête humérale sur l'extrémité diaphysaire.

Personnellement j'ai fait plusieurs fois la réimplantation de la tête humérale.

Dans un premier cas datant de 1914 et observé chez un adolescent de 17 ans, il s'agissait d'un décollement épiphysaire de l'extrémité supérieure de l'humérus avec déplacement en dedans de la tête humérale. J'ai détaché celle-ci et je l'ai remise en bonne place, je l'ai fixée avec une tige d'ivoire.

Le résultat a été excellent car le malade a été revu deux ans après avec un bon fonctionnement de l'épaule sans raideur.

Dans un autre cas (1916) il s'agissait de luxation ancienne irréductible même après une arthrotomie. J'ai fait la résection, la réduction du déplacement et la réimplantation de la tête humérale. Le résultat fonctionnel a été satisfaisant; le malade pouvait élever le bras jusqu'à l'horizontale.

Dans un troisième cas de luxation semblable observé chez une femme de 60 ans (1914), j'ai fait la même intervention, mais la tête humérale se nécrosa et s'élimina à la longue.

Dans un quatrième cas, il s'agissait d'un enfant de 14 ans ayant un décollement épiphysaire avec déplacement de la tête humérale en dedans. J'ai fait la résection et la réimplantation de la tête humérale en la fixant en croix avec des fils de bronze. Il y eut une bonne consolidation. Un an après les fils ont été enlevés, mais la tête humérale est ostéoporosée. Le résultat fonctionnel est très bon.

Dans un cinquième cas (1918) il s'agissait encore de luxation irréductible de l'épaule, j'ai reséqué la tête humérale et je l'ai fixée avec des tiges d'ivoire; mais l'os était mou et ce procédé de fixation n'est pas suffisant, il ne vaut pas la fixation avec les fils de bronze en croix qu'il faut enlever plus tard, il est vrai, car ce sont des corps étrangers articulaires qui entretiennent de l'arthrite et de l'ostéite raréfiante.

Le sujet succomba un mois après à une affection intercurrente, une pneumonie. Une fistule s'était produite, le malade, il s'agissait d'un interné dans un asile, avait touché à son pansement, il avait été très agité après l'opération.

Arana (1917) dans un cas de fracture haute du col chirurgical et de luxation de la tête humérale, fit la résection et il

réappliqua la tête sur la diaphyse. La tête humérale devint un peu ostéoporosée. Le résultat fonctionnel fut bon.

Dans deux cas de fracture avec déplacement de la tête humérale, Steimaun (1917) réimplanta la tête humérale et il la fixa avec un clou.

Au niveau de l'extrémité inférieure de l'humérus, Klapp (1911), en présence d'une fracture avec cal vicieux, détacha l'extrémité humérale inférieure et il la réimplanta en bonne place sur l'humérus.

Dans ces greffes semi-articulaires, on peut faire rentrer les nombreux cas de greffes de phalanges ou de métatarsiens dans leur totalité. Voici les cas de ce genre qui ont été publiés :

En 1902, Tietze greffa une phalange du gros orteil, à la place de l'extrémité inférieure du radius.

Tieman (1902), Schmieder (1904) ont greffé des phalanges d'orteils pour remplacer des phalanges digitales atteintes de spina ventosa.

Lexer (1908) a remplacé une phalange de l'annulaire atteinte d'ostéosarcome par une phalange de l'orteil prise sur un membre amputé.

Katzenstein a greffé une phalange du gros orteil pour remplacer le métacarpien du pouce. Galeazzi a greffé un métacarpien à la place d'un métatarsien.

Wolff (1910) remplaça la 1re phalange de l'annulaire droit atteint de spina ventosa, par la 2e phalange du 2e orteil. Leconte (1912) remplaça le 5e métacarpien tuberculeux par le 5e métatarsien. J'ai échoué dans un cas semblable.

Göbell (1913) enlève la 1re phalange de l'annulaire gauche et il greffa la 1re phalange du 2e orteil.

Sievers (1913) après ablation de la 2e phalange de l'annulaire gauche fait l'implantation de la 2e phalange du 4e orteil.

Springer, Elœsser (1913) ont rapporté des cas semblables.

C. *Greffes articulaires totales* (*autoplastiques ou homoplastiques*). — Elles sont indiquées dans les cas de traumatisme avec écrasement total, de tumeur épiphysaire, de spina ventosa, d'arthrite ayant suppuré ou blennorragique et atteintes d'ankylose.

Les greffons homoplastiques vivants sont empruntés à des sujets opérés pour écrasement, gangrène sèche ou paralysie infantile grave.

Voici les cas publiés :

Buchanann, dans deux cas, greffa une articulation totale métatarso-phalangienne du gros orteil pour remplacer une articulation du coude ankylosée.

Chez une jeune fille de 17 ans ayant une ankylose du genou, Lexer (octobre 1907) greffa une articulation totale (capsule et synoviale exceptées) empruntée à un membre amputé pour gangrène sénile. Quatre mois après, il greffa une membrane d'hydrocèle pour augmenter les mouvements. Trois mois après, il fit une plastique musculaire pour améliorer l'extension, en abaissant un fragment du quadriceps sur le tibial antérieur. Le résultat fut bon.

Chez un autre malade, âgé de 29 ans, Lexer laissa les ménisques et le résultat fut satisfaisant.

Chez un troisième malade, âgé de 20 ans, il conserva les ligaments croisés sans la synoviale ; la flexion atteint 30°.

Chez un quatrième malade, ayant un genou ankylosé. Lexer fit une greffe articulaire homoplastique totale (os, ligaments et synoviale), empruntée à un membre amputé pour paralysie infantile. Une fistule persista.

Bisalski (1910) après une résection de la hanche pour ankylose, fit une greffe homoplastique d'une articulation tibio-péronéo-astragalienne empruntée à une articulation ballante. L'ankylose récidiva.

Gobell (1913) résèque l'articulation douloureuse phalangino-phalangettienne du petit doigt gauche chez un violoniste et il la remplaça par l'articulation phalango-phalanginienne du 2e orteil gauche avec un bon résultat.

Pour l'ankylose des articulations des doigts la greffe articulaire totale a été faite par Oeblacher (1916) qui pratiqua 4 greffes totales autoplastiques et 3 greffes homoplastiques.

Deutschlander (1914) greffa une articulation empruntée à un enfant opéré pour arthrodèse du genou. Il eut un insuccès.

Dans un cas d'ankylose blenorragique du coude, Pierre Duval (1913) greffa une articulation totale autoplastique astragalo-scaphoïdienne, avec ses ligaments ; l'ankylose récidiva.

Lexer a pu constater, au cours de réintervention, que le cartilage articulaire restait vivant et lisse, mais pas dans tous les cas. Les ligaments et les capsules articulaires se reforment.

Greffes articulaires hétéroplastiques. — Elles ont été faites avec succès chez certains animaux (Judet, 1906).

Chez l'homme, Kuttner (1911) a greffé en entier un péroné emprunté à un singe macaque et cela avec un bon résultat, paraît-il.

II. Greffes cadavériques fraiches et greffes mortes. — A propos des greffes osseuses, je vous ai déjà parlé des greffes cadavériques fraîches. Je vous ai dit que d'après les recherches de Bergenmann, Nakora et Digler, les os restent stériles pendant plusieurs heures et l'on peut prendre sur eux des greffons osseux ou articulaires. En somme, des greffons cadavériques frais diffèrent peu des greffons pris à un membre qui vient d'être amputé.

C'est Kuttner qui inaugura ce procédé de greffe et voici le résumé de ses observations si curieuses qui étonnèrent un peu le monde chirurgical. Il y avait de quoi.

Le 17 février 1910, il enleva un chondro-sarcome de l'extrémité supérieure du fémur et il prit un greffon à un cadavre frais, 11 heures après la mort et conservé 14 heures dans la solution de Ringer chloroformée. Pour fixer le greffon il mit dans le canal médullaire une tige d'ivoire. Le greffon se consolida, le malade put marcher, mais il succomba à une cachexie métastatique 13 mois après.

A l'autopsie, on trouva le greffon bien fixé ; une néo-capsule était formée ; les insertions musculaires s'étaient bien conservées en bonne place. Au point de vue histologique le greffon était un os mort.

Dans un deuxième cas, il s'agissait d'un sarcome trochantérien. En juillet 1910, Kuttner prit un greffon cadavérique chez un sujet mort depuis 3 heures et la greffe fut conservée dans la solution Ringer pendant 24 heures. Elle fut fixée sur le fémur par une tige empruntée au péroné du même cadavre et implantée dans le canal médullaire du greffon et du fémur receveur. Dans les essais de marche ce greffon se fractura, mais la fracture se consolida et le malade marcha de nouveau. Mais 2 ans 1/2 après survint une récidive locale qui nécessita la désarticulation de la hanche.

Dans un troisième cas, il s'agissait d'un sarcome de l'extrémité supérieure du tibia. Le greffon cadavérique fut aussi fixé avec une tige empruntée au péroné du cadavre utilisé. Le résultat immédiat fut bon.

Dans le quatrième cas, il s'agissait d'une carie sèche de l'épaule, le greffon cadavérique se consolida.

Kausch (1910) a fait plusieurs greffes d'os mort c'est-à-dire d'os bouilli. Dans un premier cas il s'agissait d'un sarcome de l'extrémité supérieure du tibia. Le greffon se consolida. Il y eut une récidive néoplasique locale un an après.

Dans un deuxième cas pour une pseudarthrose tibiale, il greffa une phalange bouillie. Il se produisit une fistule et le greffon fut éliminé.

Dans le troisième cas, il s'agissait d'un sarcome de l'extrémité supérieure du tibia ; le greffon d'os mort dut être enlevé.

Dans un quatrième cas, Kausch greffa un fragment d'os mort stérilisé, il se produisit une fistule et le greffon fut enlevé.

Dans un cinquième cas, Kausch greffa un fragment d'os frais stérilisé qu'il a fallu enlever, de même dans 2 autres cas semblables.

Dans un sixième cas, Kausch greffa un fragment d'os stérilisé qui fut éliminé 18 mois après.

En somme, la greffe d'os bouilli ne vaut pas la greffe d'os de cadavre frais.

Chez les animaux, Impallomeni (1911) avait réussi la greffe articulaire chez des poulets en utilisant des greffons empruntés à des sujets morts depuis 12 heures.

Chez une jeune fille, après avoir fait la résection du genou pour tumeur blanche fistuleuse, Vauglian (1911) greffa une articulation empruntée à un cadavre 3 heures après la mort. Le greffon se résorba.

Hintz (1911) fit la même intervention, mais le greffon se nécrosa rapidement.

Pour un sarcome de la tête humérale, Enderlen (1911) greffa un segment huméral pris sur un cadavre frais.

Dans le cas semblable de Sérafini (1914), le greffon se nécrosa.

En somme, vous voyez quels services peut rendre la greffe articulaire, semi-articulaire ou articulaire totale; sa technique a encore besoin d'être mise au point, car les insuccès sont fréquents. Mais la pénurie des greffons en limite les applications. L'avenir est dans les greffes homoplastiques qu'elles soient vivantes ou qu'elles soient mortes. Celles-ci sont envahies peu à peu par du tissu vivant. Il est étonnant que ces greffes articulaires totales ou partielles n'aient pas plus souvent été utilisées pendant la guerre. C'est que, au début, la suppuration des plaies osseuses et articulaires contre-indiquaient les essais de greffe. Mais quand la réunion primitive des plaies osseuses donna des résultats si remarquables, la greffe articulaire aurait pu être pratiquée, sinon primitivement, à l'avant du moins, secondairement dans les ambulances de l'arrière pour éviter les articulations ballantes par lésions ostéo-articulaires et pour éviter les ankyloses. Mais tous ces essais, déjà très beaux, ont encore besoin d'être perfectionnés. C'est la greffe du cartilage articulaire qu'il faut chercher à réussir car, comme je vous l'ai dit dans la leçon sur les arthrolyses, elle vaut mieux que les greffes de fascia lata ou de graisse.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Association française de chirurgie. — XVIIIe congrès de chirurgie. Paris 1919. Président, M. le Dr Ch. Walther. *Procès-verbaux, mémoires et discussions*, publiés sous la direction de M. le Dr J.-L. Faure, secrétaire général, avec 229 fig. dans le texte, un fort vol. in-8. — Prix : 40 fr. — Paris, Alcan.

Vivre. Etude des moyens de relever l'énergie vitale et de prolonger la vie, par le Dr Serge Voronoff. In-8. — Prix : 10 fr. — Paris, Bernard Grasset.

Les Indications thérapeutiques des eaux de Cauterets, par le Dr Armengaud. In-8, 2e édit. — Paris, Maloine.

UN CAS DE GANGRÈNE SÉNILE

TRAITEMENT PAR LE CITRATE DE SOUDE. GUÉRISON

Par le Dr OZO (de Saint-Nazaire).

X..., 75 ans. Bonne santé. Vie très sobre, très sédentaire, opéré, fin 1919 par le Dr Rivet, à Nantes, qui lui enlève la prostate et 2 calculs vésicaux. X... revient chez lui le 24 janvier 1920, convalescent.

Le 31, crise de colique violente. Douleurs partant du rein droit, s'irradiant sur le trajet de l'uretère. Vomissements, suppression d'urine. Je mets des ventouses scarifiées. Le sang vient à grand'peine, il est excessivement visqueux, la quantité extraite est infime, la coagulation immédiate. Il faut noter le fait dès maintenant, cette viscosité sanguine ayant guidé l'orientation du traitement. Le malade s'affaiblit. Les urines se raréfient. Elles ne contiennent ni sucre ni albumine.

Le 3 février, le Dr Rivet est appelé en consultation. Il confirme le diagnostic d'anurie calculeuse.

Nouvelles ventouses scarifiées, la viscosité a encore augmenté, on ne peut insister, le malade menaçant de faire une syncope. Les jours suivants, l'état s'aggrave, le malade est dans un demi-coma. Il ne reconnaît son entourage qu'avec grand'peine.

8 février. La plaie opératoire commence à laisser filtrer de l'urine, l'ouverture est encore filiforme. Pose d'une sonde à demeure.

10 février. Le Dr Rivet est appelé à nouveau près du malade.

La cicatrice abdominale s'est gangrenée ; il y a une escarre au sacrum. Les deux talons sont noirâtres, une petite plaque de gangrène se développe symétriquement au niveau des plantes des deux pieds. Pansements à l'ektogan, sonde à demeure.

17 février. Le malade souffre sur le trajet des artères des membres inférieurs. La nuit, la douleur devient intolérable. Elle prédomine sur le trajet de la tibiale postérieure gauche. Les plaques de gangrène s'élargissent toutes de façon notable.

18 février. Les lésions gangréneuses ont atteint les dimensions suivantes :

La plaque abdominale est large comme une pièce de 5 fr. Les tissus passent de la teinte noire à la couleur lie de vin, avec des points d'élimination, laissant voir du tissu nacré. Les tissus de la plaie sacrée affectent le même aspect sur une surface ovalaire dont le grand axe peut mesurer 7 cm., le petit 5 cm. environ.

Les deux plaques des talons sont grandes comme une forte pièce de 5 fr., celle de gauche, plus accentuée. Ces plaques ont une coloration noire uniforme. Pas de battements des pédieuses ; aux poplitées, les battements sont à peine perceptibles, les fémorales sont dures, bondissantes. A la plante des pieds, les deux plaqnes font environ 2 cm. sur 1 cm. Le malade souffre beaucoup.

Je prescris une potion au citrate de soude à raison de 1 g. chaque 2 heures.

19 février. Six heures après l'absorption du citrate, les douleurs ont disparu.

Le malade jusqu'au 10 mars, va prendre sans interruption du citrate.

Depuis la prise du citrate de soude, les douleurs n'ont pas reparu. Non seulement la gangrène n'a pas fait de progrès, mais les tissus nécrosés s'éliminent. La plaie sacrée est énorme, assez profonde pour permettre d'y loger la moitié d'un œuf de poule. Les bords de cette plaie et de la plaie abdominale sont devenus roses, par endroits rouge vif avec nombreux bourgeons charnus, commençant à saigner aisément. La plaie plantaire gauche est à peu près guérie. En même temps que les plaques gangréneuses changent d'aspect les fonctions intellectuelles réapparaissent. Le malade recon-

naît son entourage. Il commence à parler de ses affaires, se souvient des événements passés. La période pendant laquelle M. X... était le plus mal, demeure et demeurera toujours sans lui laisser aucun souvenir.

10 mars. Suppression du citrate.

15 mars. Quelques douleurs aux talons et à la jambe droite sur le trajet de l'artère, la cicatrisation des plaies s'arrête. Le citrate est prescrit à nouveau et continué jusqu'au 23 mars. Les douleurs cèdent encore immédiatement et la marche vers la cicatrisation se poursuit. La plaie abdominale, au niveau de l'incision opératoire, se ferme.

Le 27, la sonde peut être enlevée. Le malade a retrouvé la plénitude de ses fonctions intellectuelles.

1er mai. Les deux pieds sont guéris sauf le talon droit qui présente une petite plaie grande comme une pièce de 50 cent., à sa partie interne, sur laquelle l'épidermation n'est pas encore terminée. On sent le battement des pédieuses.

11 mai. Il ne reste plus qu'une petite plaie sacrée, le malade peut marcher dans sa chambre et aller dans la pièce voisine. Etat général excellent.

1er juin. Le malade est parfaitement guéri. Il peut partir à la campagne où je l'envoie faire sa convalescence.

Cette observation m'a paru intéressante à faire connaître étant donné la pauvreté de la thérapeutique dans les gangrènes séniles. La viscosité du sang m'avait frappé lors de la pose des premières ventouses scarifiées, j'ai pensé qu'il pouvait y avoir une relation entre cette viscosité et la gangrène.

On peut imaginer en effet qu'un sang visqueux coule avec peine dans des artères sans souplesse et que ce sang irritant l'endartère par sa viscosité même entraîne indirectement le spasme des vaisseaux, créant un nouvel obstacle à la circulation.

Le citrate de soude semble avoir eu une influence heureuse. L'action chez le malade a paru efficace et par deux fois presque immédiate pour l'élément douleur.

L'examen du sang pratiqué 36 heures après la première prise de citrate n'a pas fait varier la formule leucocytaire. Il n'y a pas eu, en particulier, d'éosinophilie appréciable. De toute façon, cette observation unique ne permet pas de tirer de conclusions. S'agit-il d'un cas heureux ? Dans certaines gangrènes, y a-t-il réaction du sang sur l'artère. Le citrate modifie-t-il heureusement cette réaction ? L'avenir et l'expérience pourront seuls apporter une réponse à cette question.

ACTUALITÉS

LES SCIENCES ANTHROPOLOGIQUES ET L'INSTITUT INTERNATIONAL D'ANTHROPOLOGIE

Les Allemands, qui comprenaient mieux que nous le parti que l'on peut tirer des données relatives à l'histoire naturelle de l'homme, avaient imaginé, tablant sur l'ignorance générale, une science fantaisiste, l'anthroposociologie, dans le but de servir leurs desseins politiques et leur soif de conquêtes. Cette pseudo-science, qui prétendait revendiquer comme sujet allemand et faire entrer, de gré ou de force, dans le cadre de l'Empire tout individu présentant un ou plusieurs des caractères de l'hypothétique race germanique, a été l'un des fondements de la conception pangermaniste et par là est intervenue dans le déclanchement de la grande guerre. En présence des dangers causés, non seulement par de si extravagantes interprétations mais aussi par l'imprécision et la rareté des notions qui les rendent possibles, une prompte réaction s'imposait. J'ignore si c'est sous cette inspiration que l'Association pour l'enseignement des sciences anthropologiques, représentée par l'Ecole d'anthropologie de Paris, a pris l'initiative d'une réunion préparatoire en vue de la création d'un Institut international d'anthropologie, mais, de toute évidence, cette création doit mettre un terme à la propagation d'erreurs redoutables en systématisant les connaissances positives et en les répandant.

* * *

Quels buts, en effet, se propose l'Institut international ?

D'abord constituer un centre d'informations et un intermédiaire entre les sociétés et les chercheurs des différents pays amis et alliés, de telle sorte que chacun, particulier ou groupement, puisse être immédiatement mis en possession des documents dont il a besoin. Un projet d'annuaire bibliographique complet viendra d'ailleurs, s'il se réalise, faciliter les recherches. En second lieu, et ce n'est pas le moins important, sélectionner et unifier les méthodes et les techniques. L'anthropologie, depuis de longues années, n'a guère fait de progrès parce que ses procédés d'investigation étaient multiples et inopérants; il faut donc les reviser, rejeter ceux qui semblent dépourvus de valeur et en instaurer de nouveaux. C'est à quoi plusieurs commissions, et au premier rang la Commission d'ethnologie, se sont préoccupées ; elles demandent une réforme des mensurations et indices, des notations et tables statistiques et préconisent l'étude généalogique des caractères de préférence à celle des individus isolés. Enfin, la vulgarisation des connaissances anthropologiques par l'organisation de conférences populaires et l'obligation, imposée aux médecins, aux instituteurs, aux magistrats, aux officiers (et aux hommes politiques), d'acquérir certaines notions indispensables à leur profession.

Si amples qu'ils soient, ces buts sont bien en rapport avec le rôle que l'anthropologie est appelée à remplir. Que l'on songe, en effet, aux nombreux problèmes qu'il lui appartient de résoudre : problèmes politiques, d'un si grave intérêt à l'heure où il faut régler, entre les peuples, les questions de races et de nationalités, c'est-à-dire préciser et définir les types ethniques, en fixer le domaine et les liens historiques; — problèmes sociaux, non moins angoissants et aux faces multiples, car il s'agit de déterminer les conditions les plus favorables de la fécondation, de la gestation et de l'élevage, du développement normal de l'enfant, l'influence des maladies sociales sur l'hérédité morbide et les caractères de dégénérescence et les moyens d'y porter remède, les lois de transmission des qualités et des défauts physiques et moraux et les mesures qui s'imposent pour éliminer les déchets sociaux et sélectionner les individus sains et vigoureux et aug-

menter leur prolificité; — problèmes mésologiques, visant à préciser l'action des milieux physiques, climatiques, géographiques, et des ambiances psychiques, scolaires, professionnelles; — problèmes juridiques, concernant les relations des lois avec les tempéraments et les mœurs, la responsabilité sociale et les moyens de répression; — problèmes de psychologie collective et comparée, dans lesquels interviennent si puissamment les patrimoines héréditaires et dont la connaissance est nécessaire pour l'interprétation correcte des grands événements de l'histoire, la conduite et le gouvernement des hommes; — problèmes archéologiques, relatifs à l'antiquité du genre humain, à ses industries et à ses arts; — problèmes linguistiques, religieux, etc., etc. Je n'en finirais pas si je voulais tracer le programme, même sommaire, des questions dans lesquelles l'anthropologie a des enseignements à fournir. De ce programme, la réunion préparatoire n'a méconnu ni l'étendue, ni la complexité, ni les difficultés; elle s'est néanmoins efforcée d'y satisfaire, à la fois en en fixant les termes essentiels et en indiquant les méthodes à employer. Si donc l'Institut international reste fidèle aux décisions prises, si, par ailleurs, gouvernements et donateurs lui apportent les ressources indispensables à son bon fonctionnement, l'anthropologie est assurée d'un développement considérable et rapide et ainsi appelée à rendre, aux collectivités et aux Etats, les plus précieux services.

***

Les discussions et les cérémonies important moins que les décisions dont il a été parlé, je serai très bref en ce qui concerne la vie du Congrès. La séance d'ouverture a eu lieu le 9 septembre, sous la présidence de M. Jules Roche, ancien ministre, dans la salle des cours de l'Ecole d'anthropologie de Paris, qui a été l'organisatrice de la réunion et a déjà tant fait pour le perfectionnement de cette science. La France et les pays faisant partie de la Société des nations étaient représentés par de nombreux savants. Après que M. Jules Roche eut salué les délégués, le professeur George Hervé, puis le Dr Capitan, représentant de l'Académie de médecine, exposèrent les raisons qui rendent désirables la création de l'Institut international; enfin le professeur Papillault donna lecture du projet de statuts.

Les travaux des différentes commissions se sont poursuivis avec une grande activité, coupés par d'intéressantes visites au musée du Trocadéro, de Saint-Germain, Guimet et à l'Institut de paléontologie humaine, où les reproductions, exécutées par l'abbé Breuil, des peintures et gravures qui ornent certaines grottes du midi de la France et de l'Espagne, ont produit une saisissante impression. Le lundi 13, les membres du Congrès étaient reçus à l'Hôtel de Ville par la municipalité de Paris, et, le lendemain, ils se réunissaient, en séance plénière, pour prendre connaissance et adopter les vœux émis par les diverses sections, voter définitivement les statuts et nommer les membres du Comité de direction, dont le prince R. Bonaparte fut élu président. Sur la proposition de M. Fraipont, délégué belge, il fut en outre décidé que la prochaine réunion se tiendrait à Liége, en 1921. Enfin M. Jules Roche s'est fait l'interprète de la bienveillance du gouvernement et particulièrement du ministre de l'Instruction publique, au nom duquel la croix de la Légion d'honneur a été remise au professeur Pittard (de Genève). Je suis heureux de l'occasion qui se présente d'adresser de nouveau mes sincères félicitations à notre éminent collègue, dont les travaux sont universellement connus et appréciés, et qui, par les services qu'il a rendus, ainsi que Mme Pittard, à la cause française pendant la guerre mérite notre particulière reconnaissance.

En terminant, je me permettrai de formuler une critique. Le comité de direction a une très lourde besogne à accomplir; pour mener à bien l'organisation et le fonctionnement de l'Institut, il lui faut, non seulement la compétence et l'esprit de méthode, mais encore la parfaite compréhension de la place que doivent respectivement occuper les différentes branches de l'anthropologie. Or, il ne me paraît pas que, dans la spécialisation des membres français du Comité, on ait tenu un compte suffisant de cette nécessité. C'est ainsi que l'ethnologie, d'importance pourtant capitale, n'est représentée que par un délégué, à la vérité des mieux qualifiés, alors que l'archéologie préhistorique en compte 7 à 8. Une telle méprise est regrettable, parce qu'elle fait craindre que, dans le futur institut, les sciences faciles et d'exposition, qui sollicitent la curiosité des badauds, ne tirent à elles la couverture au détriment des sciences plus complexes, moins brillantes, travaillant sur le vivant et qui n'ont que peu de choses à montrer, et desquelles cependant dépend la solution des problèmes de culture, de sociologie et de politique les plus pressants de l'heure actuelle. D'ailleurs, le comité français a été nommé sans entente préalable, à ma connaissance du moins, entre les différentes commissions. Va-t-on donc persister, en France, dans des errements qui ont détourné l'anthropologie de ses principaux objets et stérilisé les efforts de tant de chercheurs?

J. LAUMONIER.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

EXAMENS. — 1° Ancien régime d'études. — Les consignations pour les différents examens probatoires du doctorat en médecine seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), de midi à 3 heures, les lundi et mardi de chaque semaine, à partir du 4 octobre 1920.

Les limites des consignations pour ces examens sont fixées ainsi qu'il suit : Le registre sera clos le mardi 22 février 1921 pour le 1er examen; le 11 janvier pour le 2e examen; le 18 janvier pour le 3e examen (1re partie); le 8 mars pour le 3e examen (2e partie); le 26 avril pour le 4e examen; le 17 mai pour le 5e examen (1re partie); le 14 juin pour le 5e examen (2e partie); le 21 juin pour la thèse.

Avis aux candidats ajournés (ancien régime). — Epreuves pratiques : Les candidats ayant consigné dans les délais indiqués ci-dessus et ajournés à l'épreuve pratique : Du 1er examen pourront consigner les 9, 10 et 17 mai 1921 pour renouveler l'épreuve à partir du 1er juin 1921. Du 3e examen (1re partie) pourront consigner les 7 et 8 mars 1921 pour renouveler l'épreuve à partir du 4 avril 1921. En cas de nouvel échec, les candidats pourront, une troisième fois, consigner les 9, 10 et 17 mai 1921 pour passer à partir du 1er juin

1921. Du 3e examen (2e partie) pourront consigner les 9, 10 et 17 mai 1921 pour renouveler l'épreuve à partir du 1er juin 1921.

Epreuves orales : Tout candidat ayant subi sans succès, dans les délais indiqués ci-dessus, une épreuve orale entraîdant un ajournement à une date antérieure au 1er juin pourra consigner les 9, 10 et 17 mai 1921 pour renouveler l'épreuve avant les vacances. Si le délai d'ajournement expire après le 1er juin et avant le 15 août, le candidat désireux de renouveler l'épreuve avant les vacances devra solliciter de M. le Doyen, une abréviation du délai d'ajournement. Les demandes à cet effet (rédigées sur papier timbré et adressées au doyen, avant le 1er mai 1921, dernier délai) seront examinées par la Commission scolaire, qui statuera sur chaque cas particulier. Si le délai expire postérieurement au 15 août, le candidat ne pourra consigner de nouveau pour l'examen avant le 3 octobre suivant.

2° Nouveau régime d'études. — *Session d'octobre 1920.* — MM. les candidats ajournés à la session de juillet 1920, ou autorisés à ne se présenter qu'à la session d'octobre 1920, sont informés que les épreuves pratiques et orales des 1er, 2e, 3e, 4e et 5e examens de fin d'année auront lieu à partir du 18 octobre 1920.

Les consignations préalables seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les lundi 4, mardi 5 et mercredi 6 octobre 1920, de midi à 3 heures.

Session ordinaire 1920-1921. — Etudiants ayant pris la 2e, la 6e, la 10e, la 14e ou la 18e inscription en janvier 1921, ou ajournés aux sessions antérieures.

Les consignations seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), de midi à 3 heures : pour les élèves de 1re année : les jeudi 10, vendredi 11 et samedi 12 février 1921 ; pour les élèves de 2e année : les jeudi 17, vendredi 18 et samedi 19 février 1921 ; pour les élèves de 3e année : les jeudi 24 et vendredi 25 février 1921 ; pour les élèves de 4e année : le samedi 26 février 1921 ; pour les élèves de 5e année : le lundi 28 février et le mardi 1er mars 1921.

Examens de clinique. — Les candidats pourront s'inscrire tous les lundis et mardis, du 4 octobre 1920 au 14 juin 1921.

N. B. — Les candidats doivent présenter leur relevé d'inscriptions au guichet n° 3, chaque fois qu'ils consignent pour un examen.

Les notions récentes de clinique pratique et d'application des méthodes de laboratoire au diagnostic. (Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. Professeur : M. A. Gilbert. Agrégé : M. Maurice Villaret). — Des programmes détaillés du cours sont à la disposition des personnes qui en feront la demande au laboratoire de la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

Cet enseignement de vacances, d'ordre essentiellement pratique, commencera le vendredi 24 septembre 1920, à 9 heures, à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau), sous la direction de M. Maurice Villaret, agrégé, médecin des hôpitaux, et avec la collaboration de MM. Herscher, médecin des hôpitaux; Guilleminot, agrégé; Lippmann, Jomier, Chabrol et Brin, anciens chefs de clinique; Henri Benard et Dufourmentel, chefs de clinique; Saint-Girons et Alfred Coury, chefs de clinique adjoints; Paul Descomps, Dumont et Deval, chefs de laboratoire; Daniel Routier, Dausset, Durey, Gérard et Lagarenne, chefs et assistants du laboratoire des agents physiques, et Comandon.

Il comprendra 31 leçons et sera terminé en deux semaines. Il aura lieu trois fois par jour, le matin à 9 heures, l'après-midi à 14 h. 30 et à 16 h. 30, les leçons du matin étant terminées suffisamment à temps pour permettre la visite de la plupart des services hospitaliers de Paris.

Il sera illustré de planches et projections photographiques et cinématographiques, et accompagné de présentations de malades, d'instruments, de pièces et de préparations microscopiques.

Les élèves seront exercés à l'examen des malades présentés, à la rédaction d'ordonnances, au maniement des appareils, aux recherches de laboratoire s'appliquant à la clinique courante.

Des sommaires détaillés résumant chaque leçon leur seront distribués individuellement.

Un voyage d'étude de cinq jours sera organisé les 25, 26, 27, 28 et 29 septembre 1920, à Evian et aux Stations hydrominérales de la Haute-Savoie (Saint-Gervais, Aix-les-Bains, etc.), sous la direction des professeurs du cours.

Pour connaître les conditions et le programme du voyage, s'adresser à M. le Dr Paul Descomps, à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours.

Le droit de laboratoire à verser est de 150 fr.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. — Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis et jeudis de midi à 3 heures.

LIVRES NOUVEAUX

La Croissance (1), par le Dr L. Dufestel, secrétaire général de la Société des médecins inspecteurs des écoles de Paris.

La surveillance de la croissance de l'enfant préoccupe à juste titre tous ceux que l'avenir de la race intéresse.

Les personnes qui ont la charge de l'éducation et de la santé, les parents, les maîtres et les médecins, doivent, s'ils veulent consciencieusement remplir leurs fonctions, connaître les diverses phases du développement.

L'ouvrage du Dr Dufestel leur facilitera leur rôle.

L'auteur prend l'enfant à la naissance et le suit jusqu'à l'âge adulte.

Dans la première partie de son travail, il expose les causes qui peuvent influer sur la croissance, puis il étudie le développement physique en exposant comment on peut en apprécier les modalités.

L'évolution des organes et les modifications de leur fonctionnement font l'objet des chapitres suivants. Un bref et substantiel résumé de la croissance psychique et un exposé des rapports entre le développement du cerveau et celui des facultés intellectuelles terminent l'ouvrage.

Tout ce qu'il est utile de connaître sur la croissance physique et physiologique et sur le développement psychique de l'enfant est exposé d'une façon méthodique avec clarté et précision.

L. G.

L'Aérophagie (2), par G. Leven.

M. G. Leven, dont on connaît la grande compétence en gastrologie, vient de consacrer un très intéressant petit travail à une névrose insuffisamment connue des praticiens qui, la méconnaissant, concluent de leur examen que leur patient est atteint d'une affection gastrique plus ou moins grave, et, par suite, prescrivent un traitement dont le moins qu'on puisse dire est qu'il est parfaitement inopportun. Nul besoin d'être spécialiste et de recourir à des épreuves délicates pour faire le diagnostic d'aérophagie. Il suffit de laisser parler le malade, de bien l'examiner, et enfin, et surtout, d'avoir présentes à l'esprit les notions si heureusement résumées par l'auteur. Grâce à lui, le lecteur saura aussi ce qu'il doit faire pour arriver à guérir son patient, selon qu'il s'agit de tic d'avalement, d'insuffisance gastrique, d'aérophagie aiguë, d'aérophagie du nourrisson. M. G. Leven a beaucoup lu et beaucoup retenu. Mais, surtout, il a su voir par lui-même. C'est ce qui lui a permis de donner à son livre une allure si vivante et si personnelle.

L. Babonneix.

L'Éducation des enfants anormaux et arriérés (3), par P. Secelle et A. Dekock, préface de St. Chauvet.

En Belgique, grâce aux efforts du Dr Demoor, il a été créé une organisation officielle de l'enseignement spécial des enfants anormaux et arriérés. La méthode utilisée est fondée sur les travaux du Dr Decroly, et est appliquée par Mmes P. Secelle et A. Dekock. C'est cette méthode qu'elles nous font connaître dans une intéressante petite brochure, où est exposée la mise en pratique des « centres d'intérêt », et l'initiation à la lecture par la méthode visuelle. « Grâce à elle, dit

(1) In-18 grand jésus de 300 pages avec 20 figures dans le texte. — Prix : broché, 7 fr. 50; cart. toile, 8 fr. 50. — Paris, G. Doin.
(2) In-18 de 219 pages. — Paris, O. Doin.
(3) In-18 de 284 pages, 64 figures, Paris 1920, A. Maloine.

avec raison M. St. Chauvet, des médecins embarrassés pour recommander un programme éducatif pour enfants anormaux et arriérés, des institutrices dévouées et des mères affligées, pourront connaître une méthode susceptible d'éveiller et d'instruire de pauvres petits, dignes du plus grand intérêt, et de les adapter aux nécessités principales de la vie. »

L. BABONNEIX.

NOTES POUR L'INTERNAT

RAPPORTS DU PÉRICARDE [1]

RAPPORTS EXTRINSÈQUES. — I. FACE ANTÉRIEURE. — C'est la face, intéressante à la fois pour le médecin et le chirurgien, pour le médecin au point de vue de l'examen clinique, pour le chirurgien, au point de vue de la voie d'abord de l'organe.

Fortement convexe en avant, elle comprend une partie médiane en rapport direct avec la paroi, partie étroite correspondant à l'aire de matité absolue du cœur, et une partie latérale séparée de la paroi par les languettes pleuro-pulmonaires.

1° *Projection.* — Le péricarde se projette sur la paroi de la façon suivante :

En bas : ligne horizontale étendue du 5e cartilage costal droit à la pointe du cœur.

En haut : ligne allant du 2e espace intercostal droit au 2e espace intercostal gauche.

Bord droit : convexe, il unit les extrémités droites des lignes précédentes, situé à 2 ou 3 cmc. en dehors du bord droit du sternum.

Bord gauche : oblique en bas et à gauche, il va du 2e espace intercostal gauche au 5e espace à 6 cm. en dehors du bord gauche du sternum.

Pour aborder le péricarde, on enlève le plastron sterno-costal avec les fibres du triangulaire du sternum à sa face profonde, et les paquets vasculaires mammaires internes : l'artère volumineuse, flanquée de deux veines descendant à 12 mm. des bords du sternum, détachant en regard de chaque espace, les vaisseaux intercostaux antérieurs ; avec les vaisseaux, on trouve derrière les ligaments interchondroïdes, quelques ganglions lymphatiques dans les fossettes de Souligoux.

2° Derrière le plastron sterno-costal, sont les culs-de-sacs pleuraux costo-médiastinaux antérieurs qui viennent recouvrir en partie le péricarde.

Partis des articulations sterno-claviculaires, ils convergent au niveau de la 2e articulation chondrosternale gauche, puis descendent parallèlement le long du bord gauche de sternum jusqu'à la 4e articulation chondrosternale, réunis souvent l'un à l'autre par le ligament interpleural antérieur de Dupuy. De là, ils divergent ; le droit atteignant le bord droit du sternum à la hauteur du 6e cartilage, le gauche coupant le 5e cartilage à 15 mm, de son origine, le 6e à 20 mm., le 7e à 25 mm. Les culs-de-sacs pleuraux délimitent ainsi, entre eux, deux triangles : l'un triangle médiastinal supérieur qui répond, non pas au péricarde, mais à l'origine des gros vaisseaux recouverts par le thymus chez l'enfant, par son reliquat graisseux chez l'adulte ainsi que par des glandules parathyroïdiennes anormales ; l'autre triangle médiastinal inférieur beaucoup plus important à considérer, puisqu'il représente la partie du péricarde qui entre en rapport direct avec la paroi. Toutefois entre la paroi et le péricarde s'interpose ici l'appareil sérograisseux du cœur de Poirier avec ses trois franges : l'une inférieure le long du diaphragme, vers la pointe du cœur, les deux autres latérales, entre la plèvre et le péricarde. C'est, en effet, au niveau de cette région qu'on pourra pratiquer la ponction, en cas de péricardite, en passant au niveau du 4e, 5e ou 6e espace intercostal, en se rappelant que les vaisseaux mammaires internes cheminent parallèlement à ce bord, mais à 12 mm. en dehors de lui, présentant une largeur de 6 mm. ; c'est donc tout contre le bord sternal ou bien à 2 cm. en dehors de cette ligne qu'il faudra passer si l'on veut éviter la blessure de ce paquet.

A l'intérieur des culs-de-sac pleuraux, sont les bords antérieurs des deux poumons, remplissant les culs-de-sac dans l'inspiration, s'en éloignant de 1 à 2 cm. dans l'expiration. Seul le poumon gauche ne suit pas absolument le cul-de-sac pleural à partir du 4e cartilage costal. En ce point, il se porte brusquement en dehors, décrivant une courbe à concavité interne dont la partie moyenne croise la 5e articulation chondrocostale droite et dont la partie inférieure se termine à la partie moyenne du 6e cartilage (35 à 65 mm. du bord sternal). C'est l'incisure cardiaque avec son processus linguiforme. Il existe donc là un espace à rapport uniquement pleural, c'est l'espace complémentaire de Gerhardt.

3° Si on écarte les culs-de-sac pleuraux, le péricarde apparaît en entier par sa face antérieure et on voit qu'il présente ainsi des rapports intimes avec les nerfs phréniques et les vaisseaux diaphragmatiques qui les accompagnent.

A droite, le phrénique de la veine cave supérieure, descend contre la partie toute postérieure du péricarde, immédiatement en avant du pédicule pulmonaire droit, abordant le diaphragme au voisinage de l'orifice cave.

A gauche, le phrénique contourne la pointe du cœur, abordant beaucoup plus en avant la surface du diaphragme.

Ces paquets soulèvent souvent la plèvre en un véritable méso et font saillie dans la cavité pleurale (méso de Lagoutte et Durand).

II. FACE POSTÉRIEURE. — Elle répond au médiastin postérieur.

1° *Projection.* — Elle se projette sur la colonne vertébrale de la 4e à la 8e vertèbre dorsale ; aussi ces vertèbres sont-elles appelées la 4e : vertèbre supra-cardiaque, la 5e : vertèbre aortique, la 6e : vertèbre basale, la 7e : vertèbre ventriculaire, la 8e : vertèbre de la pointe.

2° Le rapport important est l'œsophage qui descend flanqué des deux pneumogastriques, le droit tendant à devenir postérieur, et le gauche, antérieur ; il répond plus particulièrement au cul-de-sac de Haller, nous expliquant ainsi la dysphagie observée au cours des péricardites.

Toutefois à la partie inférieure, entre l'œsophage et le péricarde, s'insinuent les petits culs-de-sac, préœsophagiens.

2° Plus intimement encore en rapport avec le péricarde c'est la veine cave inférieure qui répond dans son segment intrapéricardique à la partie droite de la face postérieure de l'organe.

Entre l'œsophage en arrière, la veine cave inférieure à droite et le péricarde en avant, se trouve un petit espace triangulaire : triangle de Portal, dans lequel on trouve des ganglions lymphatiques.

3° Quant à l'aorte et l'azygos, ils ne constituent que des rapports éloignés, séparés de l'œsophage et partant du péricarde, par les culs-de-sac pleuraux interaortico et interazygo-œsophagien.

III. BORDS LATÉRAUX. — A la partie supérieure des bords latéraux du péricarde, s'échappent les vaisseaux du poumon et plus particulièrement les artères et les veines pulmonaires ; quant aux bronches et aux vaisseaux bronchiques ils sont postérieurs. Sur les vaisseaux du hile, les fibres du sac péricardique constituent des gaines conjonctives.

A la partie inférieure, les pédicules pulmonaires sont prolongés par les ligaments triangulaires du poumon qui délimitent entre eux une ogive encadrant les bords latéraux du péricarde.

Rappelons qu'à droite, la veine cave inférieure est très près de ce bord.

IV. BASE. — Le péricarde repose sur la foliole antérieure, débordant un peu sur les folioles droite et gauche ; il y détermine une empreinte triangulaire à base antérieure, à sommet postérieur répondant à la veine cave inférieure.

Toutefois le sac péricardique déborde son empreinte diaphragmatique, déterminant ainsi la formation d'un sinus circulaire : sinus phréno-péricardique qui sur les parties latérales près de la plèvre, deviendra sinus pleuro-phréno-péricardique.

(A suivre.)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 79, p. 1263.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ

N° 82. — SAMEDI 25 SEPT. 1920 93e ANNÉE. SAMEDI 25 SEPT. 1920. — N° 82.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — *Répartition du jury.* — Anatomie : MM. Chiray, Lemaire, Guimbellot et Deniker.

Pathologie : MM. Pinard, Lian, Mondor et Vignes.

Séances. — Anatomie : mardi, jeudi, samedi, à 16 h. 1/2; mercredi, à 20 h. 1/2.

Pathologie : lundi, mercredi, jeudi, à 20 h. 1/2; samedi, à 9 h.

Ordre de passage des candidats. — Anatomie : militaires; — Deuxième moitié : quatrième, deuxième, troisième et première séries; — Première moitié : quatrième, troisième, première et deuxième séries.

Pathologie : militaires; — Première moitié : quatrième, troisième, première et deuxième séries; — Deuxième moitié : quatrième, deuxième, troisième et première séries.

Candidats militaires. — MM. Auber (Léon), Baron (Pierre), Berry, Berton, Brunet (René), Bureau, Chassagnac, Cognet, Delaporte, Deruas, Desoille, Filippini, Fontaine (Pierre), Huet, Leboucher, Levy (Marcel), Marçais, Mirallié, Pascal, Polacco, Prévost, Quereilhac, Regnault, Régner, Roseau, Sallard, Simon (Victor), Verger (Gabriel), Wilbert.

Première moitié. — *Première série.* — M. Abd-el-Nour, Mlles Abricossoff, Aizière, MM. Alibert, Andler, André, Andrieu, Andrillard, Antonini, Appert, Aragon, Ardoin, Arion, Arnaud, Artigues, Asselin de Williencourt, Assemat, Mlle Astaix, MM. Attal, Aubert, Audouin, Auvynet, Avril, Bachelin, Baclesse, Baconnet, Baehr, Bagot, Baillis, Mlle Bailly, MM. Baize, Ballivet, Barbé, Barbier, Bardin, Bardonnaut, Mlle Bardy, MM. Baron (Paul), Barragué, Bas, Mlle Bastien, MM. Baudet, Baudrillart, Bazin, Beau, Beaugeard, Beaux, Bécue, Benad, Benoist (Fernand), Mlle Benoist, MM. Benoit (Marcel), Bernard (René), Bernard (Georges), Bernard (Etienne), Bernard (Jean), Bernard (André), Mme Bernheim, MM. Bernheim (Robert), Berson, Mlle Bertazzi, MM. Berthod, Besançon, Mlle Besson, MM. Bidegaray, Bidoire, Bilbhouet, Biraud, Mme Blagodatny, Mlle Blaignan, MM. Blanc-Champagnac, Blanchard, de Blanchaud, Blondin, Mlle Bacquet, MM. Bogdanovitch (Vladeslav), Bogdanovitch (Douchon), Bohn, Boissel, Mlle Bonan, MM. de Bonnay, Bonnemaison, Bonnerot, Mlle Bonnis, MM. Bordes, Bosc, Bothezat, Bouchard, Boucher, Mlle Bouisson, MM. Boulay, Boulland, Bouquet, Bourdel, Bourdin (Pierre), Bourdin (Emile), Bourgeois (Pierre), Bourgeois (Jean-Baptiste), Mlle Bourguina, M. Bouron.

Deuxième série. — MM. Bouton, Bouvet, Bouvier, Bown, Mlles Boyer, Braun, MM. Brennan, Bresson, Breton (François), Breton (Pierre), Brissaud, Brunet (Simon), Bucquet, Buffler, Buisson, Bulté, Burnouf, Busy, Cabrol, Cahen, Cailleux, Calmus, Camail, Campana, Canal, Candeli, Canonne, Carrette, Carteaud, Cartoux, Cauchy, Celestin, Chabrol, Chaperon, Chapuis, Charpentier, Chassaigneux, Chatagnon, Chauveau (Henri), Chauvot (Gabriel), Chêne, Chevalier (Amédée), Chevallier (Jean), Chevereau, Chiffre, Chomereau-Lamotte, Mlle Chorlet, MM. Clément, Clercy, Cnudde, Coffin, Cohen, Colard, Colette, Colin (André), Collin (Pierre), Constant, Contal, Contant, Coquerelle, Coquille, Mlle Corbillon, M. Corbin, Mlle Cordier, MM. Corlay, Cornut, Corret, Couderc, Coudrain, Coudray, Couriot, Courtois, Couturat, Crouzat, Damas, Danglemont, Danielevici, Dansac, Darène, Darfeuille, Darré, Dauphin, Daussy, Davesne, David (Marcel), David (Eugène), Davioud, Davoigneau, Debavelaère, Mlle Décor, MM. Decourt, Degrais, Delalande, Delarue, Delleil, Deltour du Pontet, Delvaille, Denier.

Troisième série. — MM. Derbyshire, Dercheu, Derocque, Derome, Mlles Desbrousses, Deschamps, MM. Desgrez, Deslandres, Desmier, Dessus, Mme Deville, MM. Devois, Differdange, Digeon, Dimitracoff, Diriart, Mlle Dobkevitch, MM. Dorolle, Drouart, Drouineau, Duba, Dubar, Dubois, Ducroix, Ducroquet, Dufour, Dulac, Duminil, Dupont, Dupoux, Duprez, Dupuis, Durand (André), Durand (Marcel), Duruy, Duval, Edmond, Mlle Eliche, MM. Eliet, Emerit, Escande, Escoffier, Eurin, Falk, Fardeau, Farrand, Faure, Fauvel, Félix, Ferciot, Ferrière, Fesquet, Fontaine (René), Fontaine (Albert), Forest-Defaye, Foubert, Fouché, Foulon, Fourniat, Fournié, Fogatier, François, Frantz, Fremiot, Fribourg, Frossard, Froument, Fuchs, Fulconis, Gache, Garand, Garrigoux, Gasser, Gastaud, Gastilleur, Gauch, Mlles Gaumont, Gauthier-Villars, M. Geant, Mlle Gelé de Francony, MM. Genieys, Georges, Georgesco, Gerson, Gibard, Gillet, Girard (Henri), Girard (Lionel), Giraud, Glover,

Godard, Goguel, Goinitch, Goldschlager, Gomet, Gorostidi, Grandmaison de Bruno, Grandperrin, Granié.

Quatrième série. — M. Gratiot, Mlle Gravier, MM. Grenierboley, Gricouroff (Georges), Mlle Gricouroff, MM. Grinda, Grippon, Gritty, Guède, Guéret, Guérin (Paul), Guérin (Alfred), Guérin (Henri), Mlle Guéry, MM. Guichard, Guillemin, Guillot, Guilmard, Hadjoudj, Hallot, Harburger, Hazemann, Mlle Hébert, MM. Helmann, Helme, Mlle Hendlé, MM. Henkène, Henne, Hennion, Mlle Henry (Gabrielle), Mme Henry (Marcelle), MM. Herpe, Hiély.

DEUXIÈME MOITIÉ. — *Première série.* — MM. Hirschlerg, Hodanger, Houlnick (Georges), Houlnick (Armand), Hude, Hurez, Hussenstein, Idoux, Imbert, Jahiel, Jalenques, Jamet, Jardin, Jarrin, Jeanne, Jeannin, Jivkovitch, Josset, Jossinet, Jouannot, Jourdan, Jubé, Kanony, Kimpel, Kohen, Krief, Ksentine, Mlle Labat de Lambert, M. Lacan, Mlles Lacaseade, Lacombe, MM. Lacroix (René), Lacroix (Louis), Laënnec, Mlle Lamy, M. Lançon, Mlle Langlois, MM. Lapalle, Laporte, Laroche, Launay, Lazerat, Le Blay, Lebon, Lecerf, Mlle Lécharny, MM. Leclainche, Lecœur (Pierre), Lecœur (Marcel), Le Conte des Floris, Ledanté, Lefebvre (Charles), Lefebvre (André), Lefèvre (Pierre-Charles), Lefèvre (Henri), Lefèvre (Pierre-Marie), Leforestier, Lefrançois, Mlle Le Grand, MM. Leibovici, Leleu, Lelong, Lemaire (Pierre), Lemaire (André), Lemarchand, Lemoine, Leplat, Mlles Leprovost de Saint-Jean, Lequin, Mme Lerebour, MM. Levesco, Leviez, Mlles Levin, Levy, MM. Levy (Marcel), Lévy-Neumand, Lichtwitz, Lortsch, Loubry, Loussot, Lucchetti, Lyonnet, Mlle Maas, MM. Mackiewicz, Macon, Magnan, Magnien, Mahé, Mailley, Maleviele, Malpart, de Manet, Mlle Maniu, MM. Marcel, Marchand, Mlle Marchand, MM. Marcotte, Marguet, Marie, Marino.

Deuxième série. — MM. Marion, Maritch, Markovitch, Marot, Mars, Martin (René), Martin (Robert), Martin-Saint-Laurent, Marx, Mary, Mlle Masse, MM. Mathias, Maurellet, Mauvoisin, Maximin (Maurice), Maximin (René), Mayer, Mazet, Maziol, Médakovitch, Megret, Menard, Mendailles, Menguy, Mercier, Merle d'Aubigné, Mlle Merlhès, M. Méry, Mlle Meurs, M. Mevel, Mlle Meyer, MM. Michaud, Mignot, Milner, Minet, Mirault, Mitelette, Molimard, Mondet, Montassut, Morigny, Mlle Morin, MM. Moruzi, Mosnier, Mounier, Mugnier, Naillat, Nativelle, Nédélec, Néron, Nitzberg, Noguères, Ogliastri, Ombrédanne, Mlle Oumansky, MM. Oumansky (Victor), Padéano, Paillard, Pannier, Mlle Parmentier, M. Pasquet, Mlles Paturel, Pauc, MM. Pauchet, Paumelle, Pelissier, Pellerin, Penant, Pepin-Lehalleur, Péribère, Pernon, Mlle Perrain, MM. Perret (Antoine), Perret (Adrien), Perrin, Person, Petit (Pierre), Petit (René), Petit (Marcel), Petithory, Petrignani, Peytavin, Phelipeau, Picard, Picardeau, Piédallu, Pierron, Pignot, Pigot, Pinault, Mlle Pithon, MM. Piton (Alain), Piussan, Poisson, Poulain, Mme Poulain, MM. Poulet, Queinnec (Jean), Queinnec (Bernard), Quenza.

Troisième série. — MM. Quignard, Rabinovitch, Mlle Radivoyewitch, MM. Ragouneau, Rankovitch, Rappoport, Mlle Rappoport, MM. Rauglaret, Ravier, Ray, Rebillard, Mlles Reinhold, Reitlinger, MM. Renard, Renoult, Renous, Reumaux, Rey (Maurice), Rey (Louis), Mlles Reymond, Reynier, MM. Richard (André), Richard (Jacques), Risos, Rivoire, Robert, Robin, Rochard, Rochette, Roland, Romeuf, Romeyer, Rossert, Rouchy, Rousseau, Roussel (Pierre), Roussel (Jean), Routier, Rouvière, Roux (Paul), Roux (Jean), Roux (Maurice), Roy, Rudolf, Sainton, Saint-Pierre, Salmon (Albert), Salmon (Robert), Sanson, Saron, Mlles Scherrer, Schœller, MM. Schmidt, Schtermann, Scialom, Sebileau, Séguin, Senoze, Sens, Serre, Mlle Simon, MM. Sobelman, Solanes, Sor, Soria, Spindler, Springer, Stankovitch, Stieffel, Mlles Stœber, Sturm, MM. Subileau, Tailhefer, Taillandier (de), Tancelin, Tardieu, Tarterat, Mlle Téry, MM. Thévenin, Thibert, Thiébaut, Thiolat, Thionville, Thoumas, Thuillant, Touchard, Touraine, Tournier, Tridon, Trocmé, Trollé, Tsocanakis, Turpault, Mlle Vacher, MM. Valeau, Valet, van Neuville, Varé, Vassitch, Vergez-Honta.

Quatrième série. — MM. Vanholes, Vernier, Verny, Vezin, Vialard, Vidal, Vié, Vieillard-Baron, Vilenski (Raymond), Vilenski (André), Vielle, Vincent, Vincent-du-Laurier, Violet, Viriot, Vittot, Mlles Vogt, Wachi, MM. Warrant, Wauthier, Weber, Weil, Widiez, Widlöcher, Wolf (Maurice), Wolff (A.), Wolfsohn, Worms, Wuithier, Yovanovitch, Mlle Zimmer, MM. Zissu, Zuber.

Pathologie. — Séance du 20 septembre. — Question donnée : « Signes, diagnostic et traitement des fractures de l'extrémité inférieure du radius. »

MM. Marçais, 10 ; Wilbert, 15 1/2 ; Berton, 15 ; Deruas, 11 ; Brunet (René), 12 1/2 ; Auber (Léon), 9 ; Regner, 13 ; Regnault, 14 ; Roseau, 17 ; Berry, 10 ; Baron (Pierre), 13 1/2 ; Filippini, 11 1/2 ; Polacco et Simon, 9 ; Sallard, 12 ; Desoille, 14 1/2 ; Cognet, 9 ; Prévost, 11 1/2 ; Verger, 12 1/2.

Séance du 22 septembre. — Question donnée : « Conduite à tenir avant, pendant et après l'anesthésie générale. »

MM. Chassagnac et Delaporte, 13 ; Bureau, 14 ; Pascal, 15 1/2 ; Mirallié, 17 ; Mlle Henry, 8 ; MM. Harbuger, 12 ; Grippon, 8 1/2 ; Mlle Hébert, 19 ; MM. Hennion, 10 ; Heily, 8 ; Gremerboby et Mlle Hendlé, 14 ; M. Gricouroff, 13 ; Mlle Gricouroff, 14 ; MM. Hazemann, 16 ; Guede, 11 ; Guérin (Henri) et Guichard (Maurice), 14 ; Mlle Gronier, 18.

Anatomie. — Séance du 21 septembre. — Question donnée : « L'artère fémorale et ses branches. »

MM. Berry, 11 ; Roseau, 15 ; Delaporte, 13 ; Filippini, 8 ; Régnault, 13 ; Berton, 15 ; Polacco, 10 ; Mirallié, 14 ; Marçais, 8 ; Desoille, 16 1/2 ; Simon, 7 ; Wilbert, 14 1/2 ; Cognot, 13 1/2 ; Bureau, 10 ; Deruas, 12 ; Verger, 13 1/2 ; Régner, 6 ; Baron, 17 ; Pascal, 18.

Séance du 22 septembre. — Question donnée : « Rapports de la trachée. »

MM. Auber (Léon), 6 ; Brunit (René), 9 ; Chassagnac, 14 ; Sallard, 8 ; Weber (Roger), 16 ; Violet, 12 ; Wolfsohn, 7 ; Viallard, 17 1/2 ; Vezin, 4 ; Vincent-du-Laurie, 16 1/2 ; Verny, 6 ; Zuber, 13 ; Vilenski (André), 16 1/2 ; Vilenski (Raymond), 13 1/2 ; Weil (Jean), 10 ; Vernier, 7.

GUERRE. — Sont nommés :

Au grade de médecin inspecteur. — M. le médecin principal de 1re classe Niclot (Vincent-Marie), en remplacement du médecin inspecteur Duco, placé dans la section de réserve.

M. le médecin principal de 1re classe Cauvet (François-Joseph-Marie), en remplacement du médecin inspecteur Odile, placé dans la section de réserve.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

INTÉRIEUR. — *Au grade de chevalier.* — MM. les Drs Mattéo, maire de Roquevillière et Corté, maire de la Charité.

RÉGIONS LIBÉRÉES. — *Au grade d'officier.* — M. le prof. Lambret (de Lille).

Au grade de chevalier. — MM. le Drs Brassart (du Pas-de-Calais), Dutilleul (de Lille), Jeannin (Léon) [de Paris], Cailleux (d'Ignancourt), Barillot, directeur général de la Société des eaux ninérales d'Evian.

MARINE (Inventeurs). — *Au grade d'officier.* — M. le médecin principal de réserve Petit (Emmanuel).

(Promotion exceptionnelle). — M. le prof. Sigalas, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux.

AFFAIRES ÉTRANGÈRES. — *Au grade d'officier.* — MM. les Drs. Cresson, médecin de l'hôpital français de Petrograd ; Nicolle, directeur de l'Institut Pasteur de Tunis.

Au grade de chevalier. — MM. les Drs Vintras, médecin de l'hôpital français de Londres ; Aitoff (de Petrograd).

EXPOSITION DE JOURNAUX. — A l'occasion du Congrès français de chirurgie, l'Association de la Presse médicale organise une exposition de journaux médicaux français.

Les membres de l'Association sont invités à adresser *avant le 8 octobre*, au Dr F. LE SOURD, syndic de l'A. P. M., 49, rue Saint-André-des-Arts, Paris (VIe), un paquet d'une vingtaine de spécimens de leur journal.

L'exposition est gratuite.

Pour éviter des frais, sauf avis contraire, les journaux exposés ne seront pas renvoyés.

REVUE GÉNÉRALE

LA STOMATITE MERCURIELLE [1]

Par le Dr Gérard MAUREL,
Interne des hôpitaux de Paris.

Diagnostic. — Il est fondé à la fois sur la constatation d'une stomatite et sur les commémoratifs qui, en général, imposent ce diagnostic.

Mais, dans des cas fréquents, le diagnostic n'est pas posé, parce qu'au cours du traitement hydrargyrique, on néglige d'examiner fréquemment la bouche des malades, et où ceux-ci rapportant à leur syphilis les accidents de stomatite, ne préviennent pas le médecin et même dans certains cas, augmentent la dose de mercure absorbé, pensant ainsi pallier à ces accidents.

Dans d'autres cas, on n'a pas la notion du traitement mercuriel, soit que celui-ci ait été établi à l'insu du malade, soit que le malade nie volontairement toute absorption mercurielle.

Dans ce cas, on éliminera facilement les *stomatites des maladies générales*, telles que le scorbut, le diabète, l'urémie, le purpura, la leucocythémie qui donnent lieu à de la gingivite fongueuse avec ptyalisme. C'est l'examen général du malade qui permettra rapidement le diagnostic.

Les autres *stomatites toxiques :* arsenic, bismuth, phosphore, sont habituellement faciles à distinguer à cause de leur étiologie très spéciale, le plomb donne lieu à des altérations gingivales (liseré de Burton) plus qu'à une véritable stomatite. Le phosphore donne ou plutôt donnait lieu aux accidents de la *nécrose phosphorée*, survenant à peu près uniquement chez les ouvriers allumettiers.

La *stomatite aphteuse,* noire, exceptionnelle chez l'homme, sera facilement distinguée par son étiologie très spéciale et l'aspect des vésicules aphteuses. De même, ces *aphtes* banaux sont d'abord des *vésicules* qui donnent ensuite lieu ou non à de petites ulcérations.

Mais si ce sont là, en général, des diagnostics faciles, il en est tout autrement en l'absence de commémoratif se rapportant à un traitement mercuriel de la distinction entre la stomatite mercurielle et la *stomatite ulcéro-membraneuse.* Disons tout de suite d'ailleurs que c'est là une question extrêmement discutée, qui, comme nous allons le voir dans un instant, touche de plus, à celle tout aussi complexe de la pathogénie de la stomatite mercurielle.

Pour les anciens auteurs, ces deux affections décrites à part, n'avaient, en dehors de leur localisation commune sur la muqueuse buccale, aucun point de contact : entre la stomatite ulcéreuse épidémique de Bergeron et la stomatite mercurielle, expression de l'élimination du mercure par les glandes salivaires, il n'y avait aucun rapport.

Plus récemment, on s'aperçoit qu'au moins au point de vue symptomatique, ces deux syndromes ont un aspect souvent analogue, et l'on cherche à les différencier au point de vue clinique. Citons ces caractères différentiels : les lésions seraient ici, moins diffuses que dans la stomatite mercurielle — la salivation est moindre, n'atteignant jamais le degré de ptyalisme observé dans la stomatite mercurielle intense — il n'y a pas, ou peu de gonflement des glandes salivaires ; de même il n'y a pas dans la stomatite mercurielle ulcéro-membraneuse d'adénopathie volumineuse, seulement quelques ganglions sous-maxillaires peu douloureux et souvent au début pas même d'adénite. Dans les formes graves et avancées avec larges et profondes ulcérations gingivales et buccales apparaît l'adénite parfois très douloureuse. Enfin Grenet insiste sur la différence de fétidité des deux stomatites qui, dans un cas lui aurait permis le diagnostic d'emblée : la stomatite mercurielle aurait une odeur plus aiguë, moins pénétrante, moins franchement fétide. D'après cet auteur, l'unilatéralité des ulcérations seraient la règle dans la stomatite ulcéreuse, alors qu'elle est moins fréquente dans la stomatite mercurielle.

En nous tenant donc au point de vue clinique pur, sans faire intervenir les considérations tirées de la bactériologie, de la pathogénie, de l'étiologie des deux affections, le diagnostic est extrêmement malaisé et l'on conçoit qu'en général c'est surtout grâce aux anamnestiques que le diagnostic est posé. Nous verrons, du reste, quels sont au point de vue pathogénique, les relations étroites de ces deux affections.

Dans certaines formes, particulièrement graves, de la stomatite mercurielle (certaines stomatites dues à l'huile grise) s'accompagnant de lésions gangréneuses, ce diagnostic se pose avec le *noma* ou *gangrène de la bouche :* ce sont surtout les conditions étiologiques spéciales qui permettent le diagnostic : le noma est presque toujours secondaire à une fièvre éruptive, en particulier à la rougeole et survient donc dans l'enfance ; le début se faisant habituellement à la face interne de la joue ; dans quelques cas on l'a vu survenir consécutivement à la grippe. La discussion de ses relations avec les formes gangréneuses de la stomatite mercurielle donneraient lieu du reste aux mêmes considérations que pour la stomatite ulcéreuse ; il s'agit là surtout d'un diagnostic étiologique.

Pathogénie. — C'est là un des points les plus intéressants, les plus discutés et les plus complexes de la question : disons du reste que, malgré les recherches considérables et les innombrables controverses sur ce sujet, l'accord est loin d'être fait sur ce chapitre.

Nous exposerons sommairement et dans leur ordre chronologique, les différentes théories pathogéniques de la stomatite mercurielle.

I. Théorie toxique. — Nous ne rappellerons que pour mémoire, l'opinion des anciens syphiligraphes qui accusait l'action directe du mercure sur la muqueuse buccale, *au moment de l'ingestion.*

Puis l'on admit que le mercure, après avoir imprégné l'organisme, agissait sur la muqueuse buccale, au moment de son élimination par les glandes salivaires et l'on précisait que cette élimination, se

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 77, p. 1218.

faisant sous forme de bichlorure (Miahle), entraînait l'hypersécrétion salivaire.

Pour d'autres auteurs du reste (Trousseau et Pidoux) ce qui était premier, c'était non pas la salivation, mais la stomatite, la salivation ne survenant qu'à titre d'hypersécrétion réflexe.

La présence du mercure dans la salive des malades traités par ce médicament a été, d'ailleurs, reconnue exacte comme l'ont prouvé les analyses chimiques, mais en très faible quantité.

II. Théorie infectieuse. — On admettait donc, jusque vers 1890, malgré la très faible quantité du mercure décelée, que l'intoxication seule était la cause de la stomatite mercurielle.

C'est à Galippe que revient l'honneur d'avoir formulé le premier la théorie infectieuse de la stomatite mercurielle. D'après cet auteur, la stomatite mercurielle n'est pas une stomatite toxique, mais bien une *stomatite septique :* le mercure n'agit que par l'intermédiaire d'une lésion préexistante ; gingivite tartrique, pyorrhée alvéolo-dentaire ou périostite. C'est là un point de moindre résistance pour la muqueuse buccale, que ces lésions préexistantes, lésions, nous le répétons, que le mercure est incapable de créer.

C'est sur ces loci minoris resistintiæ que vont se faire les premières atteintes de la stomatite : c'est en ces points que vont pulluler les germes microbiens. D'autre part, les modifications du milieu salivaire que nous avons déjà mentionnées et qui sont dues à l'absorption mercurielle, semblent favoriser la pullulation des germes, de même qu'elle augmente la virulence de ces microbes qui, hôtes habituels de la cavité buccale, y vivent en saprophytes ordinairement peu offensifs.

Ces microorganismes maintenant nombreux et virulents viennent s'inoculer au niveau de ces lieux de moindre résistance, de ces points d'infection de la muqueuse buccale et donnent lieu aux symptômes d'une stomatite qui, d'après Galippe, ne présente dans son allure clinique et sa nature rien de spécifique, mais au contraire offre des caractères assez voisins de ceux des stomatites septiques (stomatite ulcéreuse de Bergeron, stomatite ulcéro-membraneuse). Voisinage assez rapproché pour que l'on puisse considérer ces variétés comme identiques.

D'ailleurs d'autres arguments viennent à l'appui de cette opinion : la guérison de la stomatite mercurielle par des antiseptiques, et même par le sublimé, la contagiosité (Diday, Snoeck) désormais démontrée de la stomatite mercurielle.

Ainsi la stomatite mercurielle est une stomatite infectieuse, le rôle du mercure dans son développement est minime, seules les modifications du milieu salivaire peuvent lui être imputées : le reste et en particulier les lésions de la muqueuse sont l'œuvre des microbes.

III. Théorie toxi-infectieuse. — Entre ces deux opinions extrêmes, certains auteurs (Bockart, Roques) ont pensé qu'il y avait place pour une opinion moyenne : le mercure agit bien, au début du processus tout au moins, d'une manière qui sans être spécifique a cependant une importance primordiale; il modifie le milieu salivaire le rendant ainsi utilisable aux microbes : de plus d'après Bockart il empêche la régénération de l'épithélium buccal; d'après Maurel (de Toulouse) il entrave la phagocytose en diminuant la vitalité leucocytaire. Le mercure est donc la graine qui fertilise le terrain préparé (Lermoyez). La stomatite serait donc d'abord toxique, puis infectieuse, c'est une toxi-infection localisée. (Bockart.)

IV. Nature du processus infectieux. — Il est donc admis que le processus infectieux a, en ce qui nous concerne, une importance primordiale. Nous avons jusqu'ici volontairement négligé d'envisager la nature même de ce processus. C'est là en effet une question des plus controversées.

Pour Galippe, qui le premier formula la théorie infectieuse, la production de la stomatite mercurielle, comme du reste celle des autres stomatites secondaires, autrefois dites toxiques, de même que celles des stomatites primitives est due à ce que l'on a appelé le *polymicrobisme buccal*. Cette opinion reste longtemps admise. (Faré, Lebédensky, Prost, Monier.) Ces auteurs ne mettent pas en cause certains nécroorganismes spéciaux, mais bien les hôtes habituels de la cavité buccale qui transforment leur saprophytisme en infection plus virulente.

A cette théorie longtemps classique, s'oppose aujourd'hui une opinion nouvelle fondée sur des arguments importants : c'est la théorie de la nature fuso-spirillaire de la stomatite mercurielle : la découverte par Vincent en France, par Plaut en Allemagne de la symbiose du spirille et de la bactérie fusiforme dans certaines lésions bucco-pharyngées (angine de Vincent) amenèrent une étude plus attentive du parasitisme buccal.

A la suite de ces études la grande majorité des auteurs s'accorde à reconnaître que la stomatite ulcéreuse est due à une infection fuso-spirillaire. Seuls Vincent, Marfan, Paisseau, décrivent plusieurs formes bactériologiques.

Quant à la stomatite mercurielle, la présence de cette association a été signalée et étudiée par de nombreux auteurs. (Lesueur, Nicolle, Rona, Moutot) et plus récemment par Lagarde et Leblaye. Non seulement ces auteurs ont constamment trouvé dans la stomatite mercurielle la symbiose fuso-spirillaire de Vincent ou une symbiose très voisine à la surface des lésions, mais encore Leblaye a pu reproduire expérimentalement chez des chiens (qui sont aptes à contracter l'infection fuso-spirillaire) la stomatite mercurielle par absorption de fortes doses de mercure, alors que les lapins et les cobayes non réceptifs a l'infection fuso-spirillaire se sont montrés réfractaires à la stomatite mercurielle. De plus par des coupes histologiques des mâchoires de ces chiens Leblaye a montré que cette infection fuso-spirillaire se retrouve à la fois dans la zone superficielle nécrosée, mais aussi dans la zone profonde inflammatoire (spirilles de Vincent seulement). Les conclusions de ces auteurs sont donc : la stomatite mercurielle n'est pas due aux *microbes pyogènes* vulgaires de la bouche, elle est déterminée par des *microbes nécrogènes*; c'est une *spirillose.* Le mer-

cure augmente d'une manière élective la réceptivité de l'organisme à l'égard de certains agents virulents : l'homme, spontanément très réceptif à l'infection fuso-spirillaire, peut avoir des complications buccales graves, sous l'influence de doses minimes de mercure.

De même Lagarde conclut : l'analogie bactériologique, clinique et thérapeutique de la stomatite mercurielle d'une part, et des stomatites primitives (ulcéreuses et gangréneuses) d'autre part, permet de les considérer comme deux formes étiologiques d'une même maladie déterminée par le spirille fusiforme, spécifique par conséquent et non polymicrobienne.

Ces opinions aussi absolues tant en ce qui concerne la nature fuso-spirillaire de la stomatite mercurielle que son identité avec la stomatite ulcéreuse ne sont pas admises dans leur intégralité par tous les auteurs. (Vincent, Letulle, Grenet, Roques), mais elles ont pour elles cependant des voix très nombreuses et très autorisées. (Milian, Achard, Cruet.)

Telles sont les acquisitions récentes et importantes sur la pathogénie de la stomatite mercurielle.

Anatomie pathologique. — I. Au point de vue *macroscopique*, les lésions de la stomatite mercurielle sont bien connues, et nous les avons déjà décrites suffisamment longuement au point de vue clinique pour n'avoir pas à y revenir ici.

Il nous suffit de rappeler que suivant les cas, et surtout suivant l'*intensité* du processus, on observe au niveau de la muqueuse buccale ou bucco-pharyngée.

1° Soit des lésions purement *inflammatoires* (stomatite catarrhale) rarement.

2° Soit le plus souvent des *ulcérations* d'étendue, de siège, de nombre, et de profondeur variables, et dont les différentes modalités ont déjà été envisagées.

3° Enfin exceptionnellement *des nécroses* plus ou moins étendues et pouvant porter sur la langue, le plancher buccal (perforation possible), les joues (stomatite gangréneuse noma), les vaisseaux (artère linguale), le maxillaire inférieur.

En dehors de la cavité buccale, mais à son voisinage, il nous suffira de rappeler rapidement les *adénopathies* et les périadénites, les cellulites, ces dernières accompagnant les formes les plus sévères.

Enfin en dehors de la zone stomatologique, les lésions que l'on rencontre au niveau *des reins* (néphrites parenchymateuses), de l'intestin (colite avec ou sans ulcérations), *du foie*, sont en réalité sous la dépendance non pas de la stomatite, mais de l'*intoxication mercurielle*. Leur degré d'intensité et leur présence même dépend de l'intensité même de l'intoxication.

II. Si les lésions macroscopiques de la stomatite mercurielle sont pour la plupart classiques et bien connues, il n'en est pas de même des *lésions histologiques*, dont la description est complètement laissée de côté par la plupart des auteurs classiques. Cette lacune a été en partie comblée par Letulle, sur des données autopsiques chez l'homme d'une part et par Leblaye d'autre part, expérimentant chez le chien. Enfin d'après Leblaye la description des lésions de la pourriture d'hôpital (maladie fuso-spirillaire), description faite par Vincent s'appliquerait à la stomatite mercurielle.

Les lésions histologiques sont sensiblement les mêmes au niveau des ulcérations gingivales, jugales, linguales ou pharyngées. Elles se disposent en allant de la surface vers la profondeur de sorte que, dans les cas typiques, on peut distinguer deux couches :

1° Une couche superficielle : *Zone de nécrose.*

2° Une profonde : *Zone de réaction inflammatoire.*

Zone de nécrose. — D'épaisseur et d'étendue très variable, suivant l'intensité du processus destructif : toute structure cellulaire peut y avoir complètement disparu. Presque tous les éléments sont devenus méconnaissables, sauf, d'après Letulle, le squelette élastique des vaisseaux, qui peut d'ailleurs également disparaître. Les fibres musculaires striées sont aussi de tous les tissus intéressés par la nécrose ceux qui restent le plus longtemps reconnaissables; alors que disparaît leur striation transversale, ils restent visibles grâce à leur colorabilité et à la persistance et même l'accentuation de leur striation longitudinale. C'est surtout au niveau de *la langue*, dans les lésions de glossité mercurielle qu'il est possible de retrouver les altérations musculaires. Inutile de faire remarquer leur absence dans les ulcérations gingivales c'est-à-dire les plus fréquentes. Enfin à signaler dans cette zone, la présence inconstante de *dépôts pigmentaires*, en rapport avec de petits foyers hémorragiques.

La répartition des éléments microbiens est intéressante à étudier (Leblaye), à côté des lésions histologiques et en même temps qu'elles. Dans la zone de nécrose, on peut à ce point de vue distinguer trois couches successives.

a. Une couche superficielle : *polymicrobienne :* innombrables micrococques, bâtonnets, filaments allongés; couche d'épaisseur variable, suivant que l'ulcération est lisse ou anfractueuse.

b. Une couche moyenne de nécrose proprement dite, également d'épaisseur plus ou moins grande, suivant l'intensité du processus gangréneux. Au milieu des débris de tissu mortifiés et de pigments brunâtres, on y trouve des *bacilles fusiformes* en quantité modérée et des *spirilles* de Vincent peu nombreux. Cette couche peut manquer totalement (lésions simplement ulcéreuses).

c. Une couche profonde : couche de prolifération bacillaire (couche active de prolifération bactérienne de Vincent) feutrage extrêmement dense d'innombrables bacilles avec spirilles de Vincent moins nombreux.

Zone de réaction inflammatoire. — Au point de vue microbien, moins importante que la précédente, car les bacilles fusiformes n'y pénètrent pas plus que les autres microorganismes. Seuls, les *spirilles* s'enfoncent dans la profondeur (Veszprémi, Le Blaye) et sont surtout abondants dans les petits foyers d'hémorragie interstitielle.

Au point de vue histologique, cette zone inflammatoire peut, elle aussi, se subdiviser en deux

couches. Dans son ensemble, elle est peu épaisse (1 mm. au plus) et se continue insensiblement avec les tissus sains. Elle comprend :

1° *Une couche superficielle de dégénérescence pycknotique :* noyaux arrondis en boule, protoplasmes mal différenciés, leucocytes à pigments bruns, globules rouges épars ou en foyers *hémorragiques*.

2° *Une couche profonde d'infiltration polynucléaire* plus étendue que la première. Les leucocytes polynucléaires diapédisés des régions voisines en constituent l'élément majeur. Le tissu conjonctif, d'après Letulle, présente des lésions de *sclérose molle*, mais cette lésion est inconstante (gonflement des cellules conjonctives). Pas de thromboses vasculaires; en général, simple dilatation de la lumière; les veines résistent moins que les artères aux dissociations. Les nerfs, au contraire, résistent remarquablement au processus et ne présentent de lésions qu'au voisinage des zones sphacélées (disparition des cylindres des noyanx de la gaîne de Schwann). Les muscles voient leurs faisceaux dissociés par l'infiltrat cellulaire, mais les cellules restent d'abord intactes. Ce n'est que prés de la couche superficielle que l'on trouve les modifications des noyaux et de la striation d'abord transversale, puis longitudinale. D'après Letulle, on trouverait à la fois de la myosite atrophique et des lésions dégénératives (langue mercurielle).

Quant aux autres organes touchés en même temps que la bouche (intestin, rein, foie, peau), l'étude de leurs lésions histologiques relève de celle du chapitre plus général de l'intoxication mercurielle, plutôt que de celui de la stomatite. Ces lésions peuvent d'ailleurs dans les cas bénins ne pas exister, quelquefois même dans les cas graves (colites ulcéreuses ou non, néphrites parenchymateuses, foies congestifs).

Traitement. — Le traitement de la stomatite mercurielle est à envisager au point de vue prophylactique, et au point de vue curatif.

I. Le TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE acquiert dans cette maladie, une importance considérable, puisqu'il est à peu près certain qu'avec certains préceptes de thérapeutique et d'hygiène on ne doit pas avoir de stomatite mercurielle ; c'est ce que résumait Panas sous cette formule : « il faut prévenir la stomatite mercurielle et non la combattre ». Pour cela, disait Fournier, il y a cinq choses à faire.

1° Ne jamais commencer le traitement mercuriel, sans avoir pris soin de s'assurer de visu que la bouche du malade est en état de tolérer le mercure.

Si la bouche est trouvée saine dans tous ses points, et seulement dans ce cas, on est autorisé à instituer le traitement mercuriel.

Sinon, si l'on se trouve en présence de dents cariées, de vieilles racines, de gencives ramollies, enflammées, s'il existe du tartre même en quantité minime, il faut, avant toutes choses, remettre ou faire remettre tout en état : obturer les dents cariées, extraire les chicots, faire l'ablation minutieuse du tartre, pratiquer des attouchements des gencives à la teinture d'iode, soigner les lésions de gingivo-arthrite (pyorrhée) alvéolo-dentaires, si elles existent.

2° En dehors de ces soins préliminaires donnés généralement par un stomatologiste, on recommandera au malade, pendant tout le cours de son traitement mercuriel, des soins minutieux d'hygiène buccale.

Le malade doit pratiquer le brossage soigné des dents et surtout des GENCIVES et le rinçage de la bouche au moins quatre fois par jour : le matin au lever, le soir au coucher, et après les principaux repas.

Le malade se servira d'une brosse dure et d'un savon dentifrice, ou simplement de savon de Marseille.

On usait, il y a peu de temps encore, de poudre dentifrice (Fournier).

Poudre de charbon	ââ 10 g.
— de quinquina	

ou bien :

Poudre de quinquina et de cachou . .	15 g.
— de tanin.......	1 g.
Essence de menthe.	q. s.

(Panas.)

Les savons sont aujourd'hui considérés comme de beaucoup préférables.

A ces soins, on peut ajouter des lavages de bouche plusieurs fois par jour avec une solution de 4 à 5 g. de *chlorate de potasse* dans un grand verre d'eau.

On donne aujourd'hui de préférence la formule suivante, qui possède un pouvoir antiseptique bien plus considérable sans toutefois être irritant *à cette dose*.

Formol à 40 p. 100	2 g 50
Alcoolat de menthe	15 g.
Eau distillée....... q. s. pour	200 cmc.

Une cuillerée à café de cette solution dans un grand verre d'eau tiède.

3° Faire l'éducation du malade relativement aux accidents buccaux qui peuvent survenir.

Le malade doit être prévenu de la possibilité de la stomatite et cela pour plusieurs raisons. Tout d'abord, il sera incité, de la sorte, à suivre avec une grande minutie, toutes les prescriptions d'hygiène buccale qui auront été faites ; de plus, il peut arriver et il est arrivé fréquemment que les malades rapportent leurs accidents de stomatite, non à l'administration du mercure, mais à leur maladie ellemême, à la syphilis ; en conséquence, loin de suspendre leur médication et d'attirer l'attention de leur médecin sur ce point, ils ne font qu'augmenter les doses de mercure et aggravent ainsi considérablement leurs accidents.

4° Au cours du traitement, il faut surveiller attentivement l'état de la bouche.

A chaque injection mercurielle, si cette méthode thérapeutique a été adoptée ; à chaque visite la bouche du malade doit être examinée soigneusement, et l'on doit rechercher avec insistance, surtout si le patient se plaint d'un certain degré d'agacement des dents, les localisations d'élection des stomatites partielles, des stomatites d'alarme, et en particulier, les régions des dents de sagesse et la région incisive médiane inférieure.

5° Dernier point et non le moins important.

« Suspendre le traitement mercuriel à la première menace, si légère soit-elle, d'irritation buccale. » C'est là une précaution qui semble élémentaire, mais qui est loin d'être toujours observée.

Enfin, il semble prouvé que les eaux sulfureuses et de préférence le traitement thermal dans certaines stations d'eaux sulfureuses, préviennent les accidents d'hydrargyrisme (Uriage, Aix-les-Bains, Enghien, Aix-la-Chapelle, Barèges, Cauterets, Luchon, Ax-les-Thermes, etc.). Un séjour dans l'une de ces stations est particulièrement indiqué quand on veut faire un traitement intensif, ou chez les gens, chez lesquels, pour une raison quelconque, la stomatite se produit facilement, même avec des doses minimes de mercure. Dans le cas où une cure n'est pas possible, on prescrira l'usage des eaux sulfureuses en boisson (eau de Challes, d'Uriages).

Récemment d'ailleurs, on a mis en valeur la propriété du soufre colloïdal comme moyen préventif, contre les phénomènes de stomatite mercurielle (Robin, Maillard, Bouveyron). L'administration de ce médicament permettrait un traitement mercuriel intensif, réalisant ainsi, « la station sulfurée à domicile ». D'autre part, sur les stomatites déclarées, ce médicament a également une action, soit qu'il les améliore, soit qu'il les guérisse (donner une cuillerée à soupe, au milieu des deux principaux repas).

II. Traitement curatif. — Dans les stomatites d'alarme, on pourra se contenter selon le précepte de Fournier, des cautérisations au nitrate d'argent sur les parties exulcérées et quelques bains de bouche avec une solution de chlorate de potasse à 5 p. 100, ou d'alun à 5 p. 200. On pourra employer le chlorate de potasse à l'intérieur.

Dans les formes moyennes, bien des médications ont été employées. Nous ne citerons qu'à titre documentaire, les saignées générales et locales, les vomitifs, l'anneau d'or que l'on faisait porter dans la bouche et qui avait la prétention de fixer le mercure. On pourra cependant donner des purgatifs alcalins, si le mercure a été administré en injection, des bains sulfureux chez les malades soumis aux frictions.

Mais ce sont les soins locaux qui sont de beaucoup les plus importants. En dehors des gargarismes au chlorate de potasse ou des bains de bouche avec des ferments lactiques, du brossage et du nettoyage des dents, on peut cautériser les ulcérations ; pour les cautérisations, les produits employés varient avec les auteurs : solution d'acide chromique au 1/20e, de bicromate de potasse, d'acide chlorydrique en solution au 1/4 ou 1/5e, après lavage à l'eau oxygénée, attouchements à la teinture d'iode.

Plus récemment étant données les connaissances acquises sur la nature infectieuse de la maladie, on a cherché à agir sur le processus microbien. C'est dans ce but que Galippe, Bergé, Renzi ont proposé et mis en œuvre un traitement en apparence paradoxal de la stomatite mercurielle, par le mercure : liqueur de van Swieten étendue de 3/4 d'eau, en lotions et en badigeonnages, suivis d'un grand lavage à l'eau pure, destiné à empêcher l'absorption du médicament. Chompret se sert d'un *savon mercuriel* qui permet un nettoyage complet de la muqueuse. Plus récemment on s'est servi du bleu de méthylène en solution concentrée sur les gencives, ou même en poudre sur les ulcérations.

Enfin la découverte de l'infection fuso-spirillaire habituelle sinon constante dans la stomatite mercurielle, a conduit à l'application de l'arsenobenzol et de ses dérivés à la cure de cette stomatite ; soit par la voie intraveineuse (Gerber, Le Blaye, Milian), soit en applications locales (Bodin [de Rennes], Chompret, Achard et Flandin). Ces applications doivent être faites, après que l'on aura complètement détergé la surface des ulcérations, souvent recouvertes d'un exsudat fibrineux ou pseudo-membraneux. Ces applications se font avec de la poudre pure (arsenobenzol de préférence au novarsenobenzol) soit avec une solution aqueuse, huileuse ou glycérinée très concentrée (0g15 par 5 cmc. de glycérine). On peut, lorsqu'on utilise la poudre, l'insuffler ou la porter directement sur les lésions à l'aide d'un tampon glycériné.

Ces applications peuvent être renouvelées quotidiennement ou tous les deux ou trois jours.

Lorsque les injections intraveineuses sont possibles (examen général du malade) elles semblent avoir une action très rapide et peuvent amener la guérison en quelques jours.

Dans les formes graves, aujourd'hui exceptionnelles, il faut pourvoir à l'alimentation du malade, surveiller son état général, calmer les douleurs par les opiacés et, s'il y a lieu, avoir recours à l'ablation chirurgicale des kystes intrafessiers dues aux injections d'huile grise, lorsque ceux-ci sont responsables des accidents.

Le traitement des reliquats de ces formes graves et mutilantes, relève également de la chirurgie, mais de la chirurgie restauratrice.

BIBLIOGRAPHIE

Abel. Zur Bakteriologie der Stomatitis und Angina ulcerosa, *Centralbl. f. Bakteriol.*, 15 juillet 1898.

Achard. Les applications locales d'arsenobenzol dans le traitement des spirochétoses, *Monde méd.*, janv. 1914.

Almkvist. Pathogenese der merkuriellen Stomatitis und Colitis, *Hygiea*, 1907 ; — Ueber die Pathogenese der merkuriel Colitis und Stomatitis, *Dermat. Zeit.*, 1906, p. 827.

Bergeron. Article stomatites, in *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

Brasse et Wirth. Altérations produites par le mercure dans les fonctions des organes qui servent à son élimination, *Soc. de biol.*, 1887.

Chompret. Traitement des suppurations buccales par les applications locales de 606, *Revue de stomatol.*, nov. 1912, n° 11, p. 487 ; — Stomatite mercurielle traitée par le savon au sublimé, *Soc. de stomatol.*, juillet 1898.

Claude et Debrovici. Cinq cas de mort à la suite d'injection d'huile grise, *Ann. des mal. vénér.*, sept. 1906.

Cruet. Stomatite ulcéro-membraneuse et stomatite mercurielle, *Revue de stomatol.*, oct. 1913, n° 19, p. 425.

Diday. Cas de contagion de la stomatite mercurielle, *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1891, p. 159.

Emery et Lacapère. Le rôle du stomatologiste dans la syphilis, *Revue de stomatol.*, août 1908, p. 354.

Faré. Contribution à l'étude de la stomatite ulcéro-membraneuse, *Th. de Lille*, 1898.

FOURNIER. Leçons sur la stomatite mercurielle, *Union méd.*, 15 janv. 1891, n° 7, p. 69, et 3 fév. 1891, n° 15, p. 169; — Etiologie de la stomatite mercurielle, *Union méd.*, 27 nov., 4 et 11 déc. 1890; — *Traitement de la syphilis*, 1902, p. 125, un vol. chez Rueff.

GALIPPE. Des gingivo-stomatites septiques, *Journ. des connaissances méd.*, 1890.

GRENET (M.-H.). Article STOMATITES, in *P. M. C.*; — Article STOMATITE ULCÉREUSE, in *Pratique des maladies des enfants*; — Stomatite ulcéreuse, *Gaz. des hôpit.*, 30 mars 1909, n° 37, p. 443; — Sur la nature de la stomatite et de l'angine ulcéreuse, *Soc. de biol.*, 2 juillet 1904.

GAUCHER et BORY. De la stomatite gangréneuse et nécrotique consécutive aux injections d'huile grise, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 27 mars 1908.

GAUCHER. Nécrose limitée du maxillaire supérieur à la suite d'injections d'huile grise, *Ann. des mal. vénér.*, janv. 1907.

HUGENSCHMIDT. Etude expérimentale des processus de défense de la cavité buccale, *Th. de Paris*, 1896.

LAGARDE. La stomatite mercurielle, maladie fuso-spirillaire, *Th. de Paris*, 1909.

LALANNE. L'huile grise dans le traitement de la syphilis et la stomatite mercurielle à forme tardive, *Th. de Paris*, 1909.

LANG. Stomatite mercurielle et salivation, *Th. de Moscou*, 1895; — Le traitement de la stomatite mercurielle, *Ann. de dermatol.*, 1899, p. 331.

LE BLAYE. Recherches expérimentales sur la stomatite mercurielle, *Th. de Paris*, 1911; — Stomatite mercurielle traitée par l'arsenobenzol, *Progrès méd.*, 22 juillet 1911.

LESUEUR. Recherches sur la stomatite ulcéro-membraneuse, *Th. de Paris*, 1900.

LEBEDINSKI. Gingivo-stomatite et polymicrobisme buccal, *Th. de Paris*, 1898.

LÉVY (Fernand). Séméiologie des stomatites, *Gaz. des hôpit.*, 4 juin 1904, n° 63, p. 629.

LETULLE. La stomatite mercurielle, *Presse méd.*, 16 mars 1907, n° 22, p. 175; — Stomatite mercurielle par injections réitérées d'huile grise. Mort. Autopsie, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, nov. 1906, p. 1140; — La stomatite mercurielle, *Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris*, 1907, p. 85.

LEMAIRE. L'unité des stomatites. Etude physiologique, *Th. de Paris*, 1904.

MAUREL (Gérard). Traitement des stomatites ulcéreuses et de l'angine de Vincent, *Journ. des prat.*, 13 mars 1917, p. 137; — Observations cliniques, in CAHIER. Le traitement des localisations bucco-pharyngées de l'infection fuso-spirillaire par l'arsenobenzol, *Th. de Paris*, 1919.

MAROTTE et NICLOT. L'angine de Vincent et les diverses déterminations de la symbiose du bacille fusiforme et du spirille, *Médecine moderne*, 5 juin 1901.

MILIAN. Les stomatites mercurielles frustes, *Progrès méd.*, 3 juillet 1909, p. 348, et 9 oct. 1909, p. 513; — Traitement de la stomatite mercurielle par le 606, *Revue de stomatol.*, nov. 1912, p. 494.

MONIER. Contribution à l'étude pathogénique des infections dentaires, *Th. de Paris*, 1904.

NETTER. Emploi du salvarsan dans le traitement des angines ulcéreuses et du noma, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 12 juillet 1912, p. 91.

PROST. Etude et traitement de la stomatite mercurielle, *Th. de Paris*, 1902.

PLANT. Ueber die Geisseln bei fusiformen Bazillen, *Centralbl. f. Bakteriol.*, 27 juillet 1907, t. XLIV.

RAMOND. A propos du traitement de l'angine et des stomatites ulcéro-membraneuses, *Progrès méd.*, 20 déc. 1916, n° 24, p. 241; — Angine de Vincent et son traitement par le nitrate d'argent, *Progrès méd.*, 5 mai 1916, n° 5, p. 34.

RONA. Zur Ætiologie und Pathogenese der Plaut Vincentischen Angina, der Stomakace, der Stomatitis mercurialis gangrenosa und der Langengangrän, *Arch. f. Dermat. und Syph.*, Bd LXXIV, p. 171.

RENZI (DE). Il sublimato nella cura della stomatite mercuriale, *Rivista critica de terapeutica*, 1888.

VINCENT. Etiologie des stomatites secondaires, particulièrement de la stomatite mercurielle, *C. R. de la Soc. de biol.*, Paris 1905, p. 774; — Etiologie de la stomatite ulcéro-membraneuse, *Soc. de biol.*, 1904; — Recherches sur l'étiologie de la stomatite ulcéreuse primitive, *Arch. intern. de laryngol.*, mars 1904, et *Soc. de biol.*, janv. 1904; — La symbiose fuso-spirillaire, ses diverses déterminations pathologiques, *Ann. de dermat. et de syphil.*, mai 1905.

SNOECK. Un cas de contagion de stomatite mercurielle, *Revue de stomatol.*, 1910, p. 7.

TRAITEMENT D'UN CAS D'HÉRÉDO-SYPHILIS

PAR LES SUPPOSITOIRES DE NOVARSENOBENZOL

Par le Dr ED.-GABRIEL MELON (de Blaye).

Le 25 novembre 1919, je fus appelé auprès d'un bébé de 3 mois environ. La mère attire mon attention sur des phénomènes gastro-intestinaux avec régurgitations fréquentes et diarrhée jaune verdâtre. Je posai le diagnostic simpliste de gastro-entérite des nourrissons. Je prescrivis de l'acide lactique.

Le lendemain 26, je revis le bébé et fis un examen clinique plus complet et surtout un interrogatoire plus serré des antécédents familiaux. Ce bébé était le 7e dont aucun n'avait survécu ou n'était né à terme. Le 5e était un fœtus mort et macéré. Le 6e était mort à 18 mois en l'espace de 36 heures.

Ces fausses-couches répétées, sans aucun motif, cette macération fœtale et la mort rapide du 6e enfant m'impressionnèrent et me donnèrent de forts doutes sur une syphilis des générateurs.

L'examen clinique de l'enfant transforma mes présomptions en certitudes. Je relevai du pemphigus aux membres inférieurs, des plaques muqueuses périanales et anales (en cocarde), une alopécie très nette en bande (décrite par Parrot) et une circulation veineuse péricranienne très intense indiquant la tension du liquide intracranien.

De plus, l'enfant, chétif, de poids inférieur à la normale, semblait voué à la mort.

Je prescrivis des frictions mercurielles dont plusieurs furent faites en ma présence. Le résultat ne se fit pas attendre : le pemphigus et les lésions muqueuses disparurent comme par enchantement; je continuai le traitement par des injections hypodermiques de biiodure d'hydrargyre en solution aqueuse à la méthode de Lévy-Bing. Elles furent très mal tolérées par le malade et formèrent des nodules très douloureux, persistant encore aujourd'hui, après 4 mois.

J'eus recours à la liqueur de Van Swieten par la voie buccale.

Les lésions étaient disparues mais le petit malade rendait impossible la vie de son entourage. Pendant toute la nuit, il poussait des cris incessants attribués par plusieurs auteurs (Clémenti, Ferriera et Catuby) à des douleurs et lésions osseuses.

Je me décidai à lui administrer de l'arsenobenzol. Le jeune âge de l'enfant et l'absence de veines saillantes me firent écarter l'injection intraveineuse; d'ailleurs, ainsi que je l'écrivais dans ma thèse de doctorat, sans être timoré, j'ai toujours refusé ce médicament aux tout petits. J'eus recours à la voie rectale.

J'essayai la technique préconisée par M. Luis del Portillo, dans le *Monde médical* du 1er octobre. Ce fut l'insuccès le plus complet. Malgré les précautions recommandées par M. del Portillo, l'enfant à deux reprises expulsa la solution.

Je me rejetai alors sur les suppositoires. 0gr10 de novarsenobenzol Billon furent incorporés à du beurre de cacao. La manipulation fut faite à température aussi basse que le permettait la confection du suppositoire. Application le soir au moment du coucher.

Aucun symptôme d'intolérance ne fut noté par la famille aux aguets. Aucun résultat notable. L'enfant continue à crier la nuit d'une façon ininterrompue.

Huit jours plus tard, second suppositoire préparé dans les mêmes conditions. Tolérance parfaite du rectum; il y a cependant à noter une selle légèrement glaireuse. Trois jours après le sommeil apparaissait comme par enchantement; l'enfant ne s'éveillait guère que 3 ou 4 fois dans la nuit et se rendormait aussitôt.

Deux autres suppositoires furent administrés dans les mêmes conditions.

Aucune irritation du rectum, amélioration de l'état général, augmentation notable du poids du nourrisson, pousse des cheveux, disparition des saillies veineuses péricraniennes, et surtout disparition des cris nocturnes qui avaient motivé le traitement.

En résumé, ce que n'avait pu opérer le mercure sous ses différentes formes, fut réalisé par le novarsénobenzol.

J'estime de plus que l'emploi du suppositoire, convenablement fait, est la façon idéale en somme d'administrer le novarsénobenzol aux enfants. Ainsi les manœuvres de M. del Portillo, les manipulations de la solution d'arsénobenzol et les insuccès des lavements sont évités.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 6 SEPTEMBRE 1920)

Sur les groupements réguliers de deux minéraux différents constituant certains fers titanés. — M. A. LACROIX.

(SÉANCE DU 13 SEPTEMBRE 1920)

Sur quelques propriétés spectrales de la toxine tétanique. — M. Fred VLÈS.

Influence du milieu parisien sur la race. — MM. A. MARIE et Léon MAC AULIFFE. Le climat parisien et la vie urbaine créent des modifications de la forme humaine qui peuvent se définir ainsi : cheveux et yeux moins pigmentés que dans le reste de la France en général, développement cranien plus marqué par rapport à la taille, raccourcissement des membres.

La multiplicité et la richesse des excitations nerveuses, la vie physique moins intense, l'air confiné pourraient expliquer la création de ce type qui se rapproche du type cérébral.

Malheureusement les mêmes causes favorisent une dégénérescence évidente qui se reflète dans l'augmentation proportionnelle des microcéphales, dans l'abaissement progressif de la taille et la diminution corrélative de la fréquence des hommes grands.

COURS ET CONFÉRENCES

INSTITUT DE MÉDECINE LÉGALE ET DE PSYCHIATRIE. — Tous les cours et conférences ont lieu l'après-midi, la présence des élèves y est obligatoire.

MÉDECINE LÉGALE. — *Cours théorique de médecine légale.* — Ce cours sera professé les lundi, mardi, mercredi, vendredi et samedi de 6 heures à 7 heures, pendant le semestre d'hiver : 1° Médecine légale, toxicologie et déontologie, par M. le professeur Balthazard et M. Duvoir, agrégé ; 2° législation et jurisprudence médicales, par M. le professeur Garçon, de la Faculté de droit.

Cours théorique complémentaire de médecine légale. — Accidents du travail et maladies professionnelles (lois des 9 avril 1898 et 25 octobre 1919), par M. le professeur Balthazard, assisté d'agrégés, de médecins et chirurgiens des hôpitaux, les lundi, mercredi et vendredi, de 6 heures à 7 heures (pendant les mois de mars et avril).

Cours pratiques. — 1° Autopsies à la Morgue, pendant le semestre d'hiver, de 1 h. 1/2 à 3 heures. Le jeudi, par M. le professeur Balthazard; le mardi, par M. le Dr Duvoir, agrégé; le samedi, par M. le Dr Dervieux, chef des travaux. Pendant le semestre d'été, les élèves procéderont eux-mêmes aux autopsies et seront exercés à la rédaction des rapports, les mêmes jours, de 4 heures à 5 h. 1/2 ;

2° Travaux pratiques de médecine légale (applications des méthodes de laboratoire à la pratique médico-légale), les samedis, de 1 h. 1/2 à 3 h. 1/2, sous la direction de MM. les Drs Duvoir et Dervieux (semestre d'été) ;

3° Travaux pratiques de toxicologie, sous la direction de M. Kohn-Abrest, chef des travaux toxicologiques, au laboratoire de toxicologie, à la préfecture de police, tous les vendredis, de 4 heures à 5 h. 1/2 (semestre d'été) ;

4° Expertises d'accidents du travail, sous la direction de M. le professeur Balthazard, assisté de MM. les Drs Duvoir et Dervieux, le jeudi à 2 heures (semestre d'été, laboratoire de médecine légale).

PSYCHIATRIE. — *Cours de psychiatrie médico-légale.* — M. le professeur Dupré fera le cours tous les lundis, à la clinique des maladies mentales de Sainte-Anne, de 1 h. 1/2 à 3 h. 1/2, pendant le semestre d'été (présentation de malades après chaque cours).

Cours clinique de psychiatrie. — Le cours aura lieu pendant le semestre d'été (mars et avril), les mercredis et vendredis, de 1 h. 1/2 à 3 h. 1/2, dirigé par le professeur Dupré, assisté des chefs de clinique à l'asile Sainte-Anne.

Examens de malades et rédactions de rapports. — MM. Logre, Heuyer, chefs de clinique, dirigeront ces exercices à la clinique des maladies mentales, à l'asile Sainte-Anne et à l'infirmerie spéciale de la préfecture de police, tous les jeudis, de 4 à 6 heures (semestre d'hiver) et les mercredis, de 3 h. 1/2 à 5 h. 1/2 (semestre d'été).

Conditions d'admission aux cours et conférences de l'Institut de médecine légale et de psychiatrie. — Les docteurs en médecine français et étrangers, les étudiants en médecine français et étrangers (titulaires de 16 inscriptions), sont admis à suivre les cours et conférences de l'Institut de médecine légale et de psychiatrie, après s'être inscrits au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 heures. Les titres et diplômes et de plus, pour les étrangers, l'acte de naissance, doivent être produits au moment de l'inscription.

Les droits à verser sont : 1 droit d'immatriculation, 20 fr. ; 1 droit de bibliothèque, 10 fr. ; 4 droits trimestriels de laboratoire à 100 fr., soit 400 fr. ; 1 droit d'examen, 100 fr.

COURS DE GASTRO-ENTÉROLOGIE DE L'HOPITAL BEAUJON. — Une série de 12 conférences sur les néoplasmes digestifs aura lieu à l'hôpital Beaujon, le matin à 10 h. 1/2, du lundi 18 au samedi 30 octobre 1920, dans le service et sous la direction du prof. Carnot.

Se faire inscrire dès maintenant, le matin, à la consultation de gastro-entérologie de l'hôpital Beaujon.

PROGRAMME DU COURS. — 18 octobre : M. Regaud. Néoplasmes de la cavité buccale. Leur traitement par le radium. — 19 octobre : M. Guisez. Néoplasmes de l'œsophage. — 20 octobre : M. Jacquet. Néoplasmes gastriques, formes anatomiques. Présentation de pièces et de coupes histologiques. — 21 octobre : M. Harvier. Néoplasmes gastriques, diagnostic clinique. — 22 octobre : M. Cambessédès : Néoplasmes gastriques, diagnostic par les méthodes de laboratoire et par l'examen radiologique. — 23 octobre. M. Mathieu. Thérapeutique chirurgicale des néoplasmes gastriques. — 25 octobre : M. Carnot. Néoplasmes du duodénum, de l'intestin grêle, du cæcum et de l'appendice. — 26 octobre : M. Harvier. Néoplasmes du foie et des voies biliaires. — 27 octobre : M. Carnot. Néoplasmes du pancréas, les ictères néoplasiques. — 28 octobre : M. Lardennois. Néoplasmes des côlons. Clinique et thérapeutique. — 29 octobre : M. Friedel. Néoplasmes du rectum. Démonstrations rectoscopiques.

— 30 octobre : M. Roux-Berger. Thérapeutique chirurgicale des néoplasmes du rectum.

LABORATOIRE D'HISTOLOGIE. (Professeur : M. PRENANT.) — M. le prof. Prenant fera personnellement un cours élémentaire de technique histologique. Ce cours aura lieu tous les jours, de 14 à 18 heures, du 1er octobre au 1er novembre.

Il convient aux étudiants désireux de compléter les travaux pratiques ordinaires et obligatoires par l'exercice de la technique histologique, ainsi qu'aux docteurs français et étrangers non encore initiés à cette technique.

On insistera surtout sur les méthodes générales capables de mettre l'élève à même de pratiquer dans de bonnes conditions l'examen histologique d'un organe ou tissu quelconque. Mais, en outre, on passera en revue les principales méthodes spéciales : examen du sang, procédés de coloration des fibres conjonctives et élastiques, méthodes d'imprégnation métallique; technique du système nerveux; méthodes cytologiques, etc.

Le droit afférent à ce cours est de 80 fr. Le nombre des places est limité à 20.

Le cours n'aura lieu que si, à la date du 15 juillet, le nombre des inscriptions est suffisant; ces inscriptions seront donc jusqu'à cette date conditionnelles, et le droit à verser ne sera exigé qu'après cette date.

Les étudiants intéressés devront se faire inscrire au guichet n° 3 les jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

ENSEIGNEMENT DE LA RADIOLOGIE MÉDICALE, par le Dr A. BÉCLÈRE, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. — COURS DE VACANCES QUOTIDIEN, du dimanche 10 au dimanche 24 octobre. Matin, 9 heures : Enseignement des notions théoriques et techniques indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie et de la radiothérapie.

Matin, 10 heures : Exercices pratiques de radioscopie, particulièrement appliqués à l'exploration des organes thoraciques et abdominaux.

Soir, 2 heures : Exercices pratiques de radiographie, simple et stéréoscopique, des diverses régions.

Le cours théorique est librement ouvert à tous les étudiants et docteurs en médecine; il commencera le dimanche 10 octobre, et par exception à 10 heures du matin, dans la salle de conférences de la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine.

Le droit d'inscription pour les exercices pratiques de radioscopie et de radiographie est de 150 fr. et sera acquitté entre les mains du chef du laboratoire, M. le Dr Solomon. Ces exercices auront lieu à partir du lundi 11 octobre. (En raison du nombre forcément restreint des personnes qui pourront y participer simultanément, on est prié de s'inscrire le plus tôt possible.)

LEÇONS DE PERFECTIONNEMENT SUR LA DIPHTÉRIE. — M. le Dr P.-F. Armand-Delille, médecin des hôpitaux, remplaçant le Dr E.-C. Aviragnet, et M. le Dr P.-L. Marie, chef de laboratoire du Service de la diphtérie à l'hôpital des Enfants-Malades, feront, du jeudi 30 septembre au samedi 9 octobre, une série de leçons sur les notions nouvelles acquises en bactériologie et leurs applications à la clinique et à la prophylaxie (diagnostic différentiel du bacille diphtérique et des bacilles diphtérimorphes; réaction de Michiels-Schick; immunisation contre la diphtérie, etc.).

Ces leçons auront lieu à 9 heures 1/2, à l'hôpital des Enfants-Malades, au Pavillon de la diphtérie, et seront suivies de démonstrations pratiques.

LABORATOIRE DE SÉROLOGIE (direction : M. RUBINSTEIN, 54, rue Saussure, 17e arr., métro : Villiers). — M. Rubinstein fera un cours de sérologie, appliquée à la clinique du 2 novembre au 1er décembre, les mardis, jeudis et samedis à 14 heures. Les cours suivis de travaux pratiques traiteront le sérodiagnostic de la syphilis, de la tuberculose, d'autres affections et les propriétés biochimiques des sérums.

Le nombre des élèves est limité. Le prix à verser est de 150 fr. Pour les renseignements s'adresser au Laboratoire, de 15 à 17 heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — COURS DE VACANCES. — Dans son service de l'hôpital des Enfants de Bordeaux, M. le Dr L. Rocher fera du 18 au 23 octobre 1920, une série de conférences pratiques sur la chirurgie infantile et l'orthopédie, conférences accompagnées de démonstrations (projections radiographies, présentation de pièces anatomo-pathologiques et de malades) et d'exercices pratiques.

Sont admis les médecins et étudiants français et étrangers.

S'adresser pour tous renseignements et pour l'inscription (gratuite) à M. le Dr Lasserre, interne à l'hôpital des Enfants, cours de l'Argonne, Bordeaux.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG. — Un cours complémentaire sur la tuberculose pulmonaire est organisé avec le concours de l'Association alsacienne et lorraine contre la tuberculose.

Ce cours aura lieu du 1er au 18 octobre. Il comprendra des leçons théoriques avec présentation de malades, des exercices pratiques, et des visites au dispensaire antituberculeux de la ville de Strasbourg et à l'hôpital sanatorium Saint-François, à la Robertsau.

Programme du cours. — Vendredi 1er octobre à 5 heures, à la clinique médicale B : Exposé général sur l'évolution clinique de la tuberculose, par M. Vaucher, chargé de cours à la Faculté.

Lundi 4, mardi 5 et mercredi 6 octobre, à 5 heures, à l'amphithéâtre de l'Institut d'anatomie : Le diagnostic de la tuberculose pulmonaire au début (2 leçons); le pneumothorax artificiel, par M. Kuss (de Paris), ancien médecin chef du sanatorium d'Angicourt, directeur du dispensaire antituberculeux du 19e arrondissement.

Jeudi 7 octobre, à 5 heures, à la clinique médicale B : Les procédés de recherches du bacille de Koch, avec exercices pratiques, par M. Dufourt, chargé de cours à la Faculté.

Lundi 11 et mercredi 13 octobre, à 5 heures, à la clinique infantile : La tuberculose chez le nourrisson et l'enfant, par M. Woringer, chef de laboratoire à la Faculté.

Jeudi 14 octobre, à 5 heures, à la clinique médicale B : L'organisation de la lutte contre la tuberculose, par M. Vaucher.

Vendredi 15 octobre, à 5 heures, à la Robertsau : l'hôpital-sanatorium Saint-François, à la Robertsau, exposé des méthodes de traitement et visite, par M. Brion (Albert), médecin chef de l'hôpital Sanator.

Lundi 18 octobre, à 5 heures, au dispensaire, rue Cremin : Le fonctionnement d'un dispensaire antituberculeux; visite du dispensaire de la ville de Strasbourg par N. Belin, directeur de l'Office municipal d'hygiène et du dispensaire antituberculeux.

Ce cours est libre et gratuit pour les médecins et les étudiants en médecine. Les auditeurs seront invités à s'inscrire comme membre de l'Association alsacienne et lorraine contre la tuberculose.

LIVRES NOUVEAUX

Histoire de la chimie (1), par Maurice DELACRE, membre de l'Académie royale de Belgique, professeur à l'Université de Gand. Ouvrage couronné par l'Institut de France (prix Binoux).

Table des matières. — Chap. I : « L'antiquité, la philosophie et l'art sacré. » — Chap. II : « Le moyen âge et l'alchimie. » — Chap. III : « La réforme expérimentale ». — Chap. IV : « Le physiologistique de Stahl. » — Chap. V : « La chimie de Lavoisier. » — Chap. VI : « Les lois de poids. » — Chap. VII : « Période de Davy : les lois doctrinales. » — Chap. VIII : « Période de Dumas. » — Chap. IX : « La substitution, les noyaux de Laurent et les types de Dumas. » — Chap. X : « Les projets de réforme de Gerhardt et de Laurent » — Chap. XI : « Williamson, Kolbe et Frankland. » — Chap. XII : « La théorie des types de Gerhardt. » — Chap. XIII : « La valence. » — Chap. XIV : « Constitution définitive du système chimique. » — Chap. XV : « La chimie organique depuis 1860. »

L. G.

(1) In-8 carré (225-140) de XVI-632 pages avec 14 figures dans le texte. — Prix : broché, 24 fr.; édition sur Hollande, 30 fr., majoration temporaire 50 p. 100. — Paris, Gauthier-Villars et Cie.

Aux Dardanelles, à Lemnos, sur les bords du Vardar, souvenirs de guerre 1915-1916-1917. Notes extraites d'un carnet de route par le Dr PEAUDELEU. — Nice, Imprimerie, 40, place d'Armes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les Maîtres de la pensée scientifique. Collection de mémoires publiés par les soins de M. SOLOVINE : I. *Observations et expériences faites sur les animalcules des infusions*, par Lazare SPALLANZANI, 2 vol. in-16 brochés; — II. *Mémoires sur la respiration et la transpiration des animaux*, par Antoine-Laurent LAVOISIER, 1 vol. in-16 broché. — Prix du volume : 3 fr. — Paris, Gauthier-Villars et Cie.

L'Éducation des enfants anormaux et arriérés. Programme des Centres d'intérêt. Initiation à la lecture par la méthode visuelle. Extension de ce programme à l'enseignement des enfants normaux, par P. SÉCELLE et A. DEKOCK, institutrices à la Section d'enseignement spécial de la ville de Bruxelles. Préface de M. le Dr Stéphen CHAUVET. In-8, 1920, 64 fig. Prix : 10 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Formulaire magistral Bouchardat (1), par G. BOUCHARDAT, ancien président de l'Académie de médecine de Paris, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, et F. RATHÉRY, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

La précédente édition du *Formulaire*, faite en 1916, s'est épuisée rapidement, la haute compétence scientifique des auteurs ayant assuré à l'ouvrage un succès jusqu'ici inégalé. Dans cette nouvelle édition, toute une série d'additions et de modifications ont été opérées. Un certain nombre de médicaments nouveaux ont été inscrits; la guerre a suscité un grand nombre de travaux concernant le traitement des plaies infectées, des brûlures (ypérite); les épidémies de fièvre typhoïde, de dysenterie, ont amené une étude plus approfondie concernant l'emploi de certains médicaments et la technique de la vaccination antityphique, ainsi que celle des injections intraveineuses.

Pour la prochaine édition, il sera procédé à une refonte complète de l'ouvrage. L. G.

Les Leçons de la guerre : Alimentation et ravitaillement (2), par R. LEGENDRE, docteur ès sciences, préface du prof. Ch. RICHET.

L'alimentation est une opération à la fois physiologique et sociale, individuelle et collective. Avant que l'homme consomme les aliments dont il a besoin, il faut les produire, les échanger et les transporter, enfin les distribuer, opérations compliquées, subordonnées à une foule de conditions, de telle sorte que, si l'une de celle-ci n'est pas remplie, l'insuffisance de nourriture peut en être la conséquence pour une nombreuse population. C'est à la lumière des « Leçons de la guerre » que M. R. LEGENDRE étudie, spécialement pour la France, cette double question de l'alimentation et du ravitaillement qui la rend possible. D'une insuffisance de prévision et d'organisation nous avons déjà souffert et nous souffrons encore, malgré des efforts multiples que l'ignorance rendait trop souvent stériles. Pour parer à de nouveaux risques, écoutons donc les conseils que nous donne l'auteur « en physiologiste avisé et en statisticien prudent », comme le dit justement M. Ch. RICHET dans sa préface. Et, parmi ces conseils, un mérite d'être retenu avant les autres : travaillons.

L. G.

« Curiosa » de médecine littéraire, artistique et anecdotique (3), par le Dr G.-J. WITKOWSKI.

Ce recueil fantaisiste complète la série des ouvrages du même auteur, où l'utile s'allie à l'agréable et sont à l'usage de tous les amateurs, qu'ils soient médecins ou simples curieux de lettres et d'art. A l'exemple du spirituel et mordant Gavarni, le Dr Witkowski s'adresse aux « hommes deux fois majeurs », ne reniant pas leur origine gauloise.

En dehors d'épigrammes mordantes, de « pensées sauvages », de devinettes ou boutades sarcastiques, de jeux de massacre de célébrités, etc., l'auteur s'applique à réunir des sujets fort disparates, prenant pour guide le précepte de Cicéron : *Varietas Grata*, paraphrasé dans un distique de La Motte :

> C'est un grand agrément que la diversité,
> L'ennui naquit, un jour, de l'uniformité.

L. G.

(1) 36e édit., revue et augmentée de formules nouvelles, in-18. Prix : cartonné, 12 fr. net. — Paris, F. Alcan.
(2) Petit in-8, 1920. — Prix : broché, 8 fr. — Paris, Masson et Cie.
(3) In-12 carré, avec 89 grav. Prix : 6 fr. Paris, Le François.

Guide pratique d'analyses de chimie biologique pour l'urine, le sang, le suc gastrique, les matières fécales, etc. (1), par le Dr René CLOGNE, préface de M. le professeur agrégé J. CASTAIGNE.

Dans ce guide pratique d'analyses de chimie biologique, M. René Clogne réunit les procédés nouveaux épars dans les récents travaux. Parmi les nombreuses techniques, il a choisi les plus précises et les plus faciles. Chacune d'elles a été l'objet d'une vérification minutieuse et il s'est efforcé de les mettre à la portée de tous en un langage clair indiquant le principe de la méthode, le matériel et les réactifs nécessaires pour effectuer le dosage suivant la technique exposée aussi simplement que possible.

Ce petit livre s'adresse particulièrement aux pharmaciens qui sont dans la pratique courante les auxiliaires indispensables du médecin.

Grâce à lui, les chimistes renseigneront d'une façon plus exacte les médecins qui, ainsi, pourront en toute sécurité tirer de ces analyses les conclusions qui en découlent au point de vue clinique et tout cela pour le plus grand profit des malades qui sont confiés à leurs soins. L. G.

Contribution à l'étude thérapeutique du glucoside de la salicaire (2), par le Dr DURIEUX.

La salicaire est un vieux médicament qui a retrouvé, depuis quelques années, une certaine vogue, principalement contre les états diarrhéiques. Dans cette plante existe, à côté du tanin et du fer et en quantité notable, un glucoside qu'a découvert en 1916, M. Caille (de Rennes). C'est un glucoside, déjà utilisé avec succès par Gougeon et Laumonier, que M. Durieux a employé, à l'hôpital maritime de Lorient, contre diverses diarrhées et notamment la diarrhée bacillaire. L'auteur conclut de ses observations que ce nouveau médicament (salicairine) exerce une action astringente et hémostatique rapide, qu'il calme les phénomènes douloureux et soulage presque immédiatement le malade, qu'il amène la disparition des bacilles pathogènes et réussit enfin d'une manière remarquable dans les diarrhées bacillaires même quand la sérothérapie a échoué. J. LAUMONIER.

(1) In-18 avec fig. — Prix : 5 fr. 50. — Paris, Le François.
(2) *Th. de Bordeaux* (1919-1920, n° 79).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Les Psychoses cocaïniques, par le Dr H. PIOUFFLE. In-8 avec 5 pl. hors texte. — Prix : 12 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

N° 83. — MARDI 28 & JEUDI 30 SEPT. 1920 93e ANNÉE. MARDI 28 & JEUDI 30 SEPT. 1920. — N° 83

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — *Pathologie.* — Séance du 23 septembre. — Question donnée : « Signes et complications du rétrécissement mitral. »

Mme Henry, 14; Mlle Guéry, 15; MM. Gritty, 12; Grinda, 19; Hellmann, 12; Guérin (Alfred), 15; Guillot, 14; Henne, 12; Guérin (Paul), 18; Girard (Lionel), 14; Girard (Henri), 12; Diriard, 10; Gornet, 14; Dubar, 13.

Séance du 25 septembre. — Question donnée : « Interrogatoire et examen d'une femme enceinte au 5e mois. »

MM. Dufour, 10; Emerit, 18; Mlle Desbrousses, 16 1/2; MM. Fribourg, 16; Digeon, 14; François, 13; Derbyshire, 17; Genieys, 15; Fourniat, 11; Dercheu et Dessus, 13; Mlle Deschamps, 19; M. Dupont, 12; Mlle Dobkevitbe, 15; MM. Froument et Foyatier, 13; Ferciot, 6; Faure, 16; Goroslidi, 15.

Anatomie. — Séance du 23 septembre. — Question donnée : « Muscle biceps brachial et coraco-brachial. »

M. Vincent (A.), 12; Mlle Vogt, 16; MM. Vernholes, 9; Wolff (André), 13; Worms, 17; Viellard-Baron, 4; Widlocher 14; Widiez, 13 1/2; Mlle Wachi, 18; MM. Viriot, 7; Ménard, 8; Marion, 14; Megret, 15; Piussian, 13; Person, 6; Méry, 13 1/2; Montassut, 12 1/2; Mugnier, 14; Mlles Merlhes, 13; Zimmer, 18.

Séance du 25 septembre. — Question donnée : « Configuration extérieure du foie. »

MM. Ogliaski, 9; Petit (Pierre), 17; Pannier, 16; Perret (Adrien), 14; Petit (Marcel) et Nogères, 15; Péribère, 16; Oumansky, 13; Maxime (René), 10; Petit (René), 5; Néron, 7; Mounier, 20; Mignot, 8; Molimard, 18; Moruzi, 15; Mlle Morin, 16; MM. Perret (Antoine), 12; Maurellet, 13; Nitzberg, 14; Mathias, 18.

FACULTÉS DES DÉPARTEMENTS. — M. André, professeur adjoint à la Faculté de médecine de Nancy, est nommé, à partir du 1er novembre 1920, professeur de clinique des maladies des voies urinaires à ladite Faculté.

M. Barthe, professeur adjoint à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, est nommé, à partir du 1er novembre 1920, professeur de toxicologie à ladite Faculté.

M. Jacques, agrégé libre à la Faculté de médecine de Nancy, est nommé, à partir du 1er novembre 1920, professeur d'otorhino-laryngologie à ladite Faculté.

M. Lannois, professeur adjoint à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, est nommé, à partir du 1er novembre 1920, professeur d'oto-rhino-laryngologie à ladite Faculté.

M. Mouret, professeur adjoint à la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé, à partir du 1er novembre 1920, professeur d'oto-rhino-laryngologie à ladite Faculté.

M. Nové-Josserand, agrégé libre à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, est nommé, à partir du 1er novembre 1920, professeur de clinique chirurgicale des maladies des enfants à ladite Faculté.

M. Rochet, professeur adjoint à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, est nommé, à partir du 1er novembre 1920, professeur de clinique des maladies des voies urinaires à ladite Faculté.

M. Gervais de Rouville, professeur adjoint à la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé, à partir du 1er novembre 1920, professeur de gynécologie à ladite Faculté.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Travaux publics. — *Au grade d'officier.* — M. le Dr Got, médecin honoraire des Postes et Télégraphes.

Au grade de chevalier. — MM. les Drs Armaignac, médecin des Chemins de fer de l'Etat; Beaufumé, médecin chef des Postes et Télégraphes, à Paris.

Marine. — *Au grade de chevalier.* — M. le Dr Bourdila, médecin de 1re classe.

Hygiène et Prévoyance sociales. — *Au grade d'officier.* — MM. les Drs Galippe, membre de l'Académie de médecine; Leroy (de Constantine) et Morax (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les Drs Cacaud (de Clermont), Chaume (de Périgueux), Foveau de Courmelles et Vernes (de Paris) et Vivien (de Vienne).

Instruction publique. — *Au grade de chevalier.* — M. le Dr Gastinel, médecin du ministère.

Guerre (promotion des officiers rayés des cadres). — *Au grade d'officier.* — MM. les médecins-majors honoraires Guermonprez, Gendron et Woolonghan.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors Carlet, Cosson, Sainz, Boucher, Tousten, Richard, Renaut et Plancke.

AGRICULTURE. — *Au grade de commandeur.* — M. Leclainche, membre de l'Institut, inspecteur général, chef des services sanitaires vétérinaires.

Au grade de chevalier. — M. Bridré, chef de laboratoire de l'Institut Pasteur; M. le Dr Mandereau (de Besançon); M. le prof. Nicolas (d'Alfort).

ASSOCIATION DES MEMBRES DU CORPS ENSEIGNANT DES FACULTÉS DE MÉDECINE. — L'assemblée générale annuelle de l'Association aura lieu le 9 octobre prochain, à la Faculté de médecine de Paris (amphithéâtre Vulpian).

L'ordre du jour comporte la discussion des rapports suivants :

1° Réforme des études médicales. Rapporteur : M. Champy (de Paris).

2° Application du relèvement des traitements aux agrégés et chargés de cours. Rapporteur : M. Charmeil (de Lille).

3° Question du personnel auxiliaire (garçons techniques). Rapporteur : M. Latarget (de Lyon).

CORRESPONDANCE

A PROPOS DES MÉDECINS PROPHARMACIENS

Busset (Allier), le 23 septembre 1920,

Mon cher Confrère,

Je suis médecin propharmacien, j'exerce depuis 33 ans, et j'ai succédé directement à mon grand-père, médecin propharmacien comme moi, dans la maison duquel je suis né, et auprès duquel j'ai grandi, j'ai donc quelque compétence en la question, je crois. Or, un projet de loi sur la pharmacie veut restreindre tellement ce droit du médecin à faire la pharmacie qu'il serait invariablement supprimé; jusqu'ici il suffit qu'il n'y ait pas de pharmacie dans la commune, avec le projet actuel il faudrait que le pharmacien se tienne à 8 kilomètres du malade. Quand un médecin s'installe, par dévouement, il faut bien le dire, dans une campagne éloignée de tout centre et où il n'est pas possible qu'il y ait un pharmacien, il faut bien comprendre que cet humble médecin rural ne vit au milieu de ses campagnards qui ne le font appeler, je les connais, qu'en cas d'extrême urgence, que parce qu'il peut ajouter à son bien maigre budget familial, son aussi maigre budget pharmaceutique. Remarquez qu'en général, le médecin riche de lui-même, n'ira pas s'installer dans nos petits trous de campagne, et préférera la vie plus large et plus gaie de la ville. C'est donc le prolétariat médical qui fournit ces modestes clientèles de campagne. Si vous enlevez à ce médecin son modeste appoint pharmaceutique, vous le mettez dans l'impossibilité de vivre, et il ira ailleurs. J'en entends déjà les échos parmi nos confrères campagnards, et je le comprends puisque je suis des leurs. Résultat, les campagnes se dépeupleront de médecins. Du reste que voulez-vous que le médecin fasse sans pharmacie? appelé dans un cas urgent, il lui faudra envoyer chercher le remède pressant à 10 et 12 km. de là. Remarquez que nos bons paysans n'ont pas d'auto, guère de bicyclette, et que surtout dans nos montagnes, nos chemins ne permettent pas ces genres de locomotion. Je me vois sans remèdes, en face d'une hémorragie ou d'un cas aigu, c'est nous fermer la porte à toute médecine possible. Et puis pourquoi venir nous consulter chez nous, quand après cela il faudra aller à la ville chercher les remèdes. Conclusion : on ira consulter à la ville. Le gouvernement a-t-il réfléchi à ce que deviendront les services publics: assistance gratuite, vaccine, nourrissons, épidémies, quand le médecin de campagne aura disparu, car il disparaîtra, ne pouvant plus vivre ni exercer avec fruit. On nous recommande de dépenser peu pour l'assistance gratuite. On aura trouvé le vrai moyen économique quand il faudra pour l'indigent faire venir le médecin de la ville à 10 et 15 km. de là. Quant aux autres services, je n'en parle pas, croyez-vous que l'inspecteur des nourrissons fera chaque mois, 15 km. pour venir voir un nourrisson! ce serait de la farce. Et puis dans ce temps de démocratie, beau cadeau qu'on fera à nos braves campagnards quand on les aura privés du médecin qu'ils avaient coutume de trouver au bourg entre l'épicier et le marchand de tabac. Le bon M. Vincent, auteur du projet, pourra venir demander leur avis.

Au reste, de quoi le pharmacien se plaint-il, s'il croit le poste bon il n'a qu'à y venir, automatiquement, de par la loi actuelle, le médecin devra cesser sa pharmacie. Si le poste ne vaut rien pharmaceutiquement qu'il laisse donc l'humble médecin se débrouiller tout seul.

Vous voyez, cher confrère, combien ce petit article de la loi en préparation est gros de conséquences. C'est la mort du médecin de campagne.

Je vous demanderai d'insérer ma lettre dans votre journal, il est nécessaire que tous nos confrères aient connaissance de cette situation pour nous défendre comme nous le méritons.

Nous sommes médecins de campagne à la peine, sinon à l'honneur, nous allons l'hiver dans la neige, l'été sous le soleil dans des chemins où l'auto ne passe guère, j'en sais quelque chose. Nous sommes dans nos campagnes les pionniers de la science et du bien, qu'en haut lieu on nous défende nous le méritons bien.

C'est le cas de dire à petite cause grand effet.

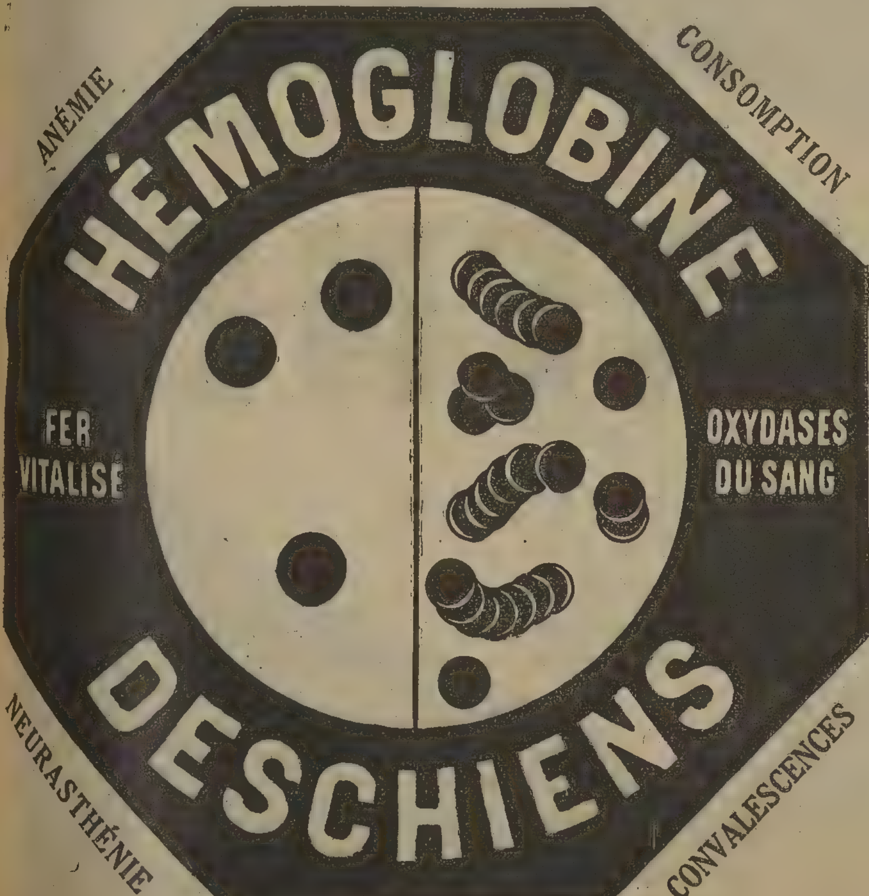
Veuillez, mon cher confrère, agréer mes meilleurs sentiments confraternels.

Votre vieil abonné (mon grand-père ou moi propharmaciens, 83 ans de pratique et d'abonnement),

Dr DESFARGES.

SOMMAIRE DES ANALYSES

NUMÉROS D'ANALYSES DÉJA PARUS


ANÉMIE
HÉMOGLOBINE
CONSOMPTION
FER VITALISÉ
OXYDASES DU SANG
NEURASTHÉNIE
DESCHIENS
CONVALESCENCES

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

TUBERCULOSE

Sous la direction de M. André LEMIERRE,

PROFESSEUR AGRÉGÉ, MÉDECIN DES HÔPITAUX

BACTÉRIOLOGIE — EXPÉRIMENTATION

The metabolism of virulent humain tubercule bacilli. The metabolism of bovine tubercule bacilli. (KENDALL A. I. et WALKER A. W. *Journ. of infect. Dis.*, 1920, n° 26, p. 77). — **The bacteriological characteristus of tubercule bacilli from different kinds of humain tuberculosis.** (GRIFFITH. *Journ. Path. and Bact.*, 1920, n° 23, p. 129, fév. 1920.) — Kendall et Walker ont étudié les modifications chimiques produites dans un bouillon glycériné à 3 p. 100 ensemencé avec deux types de bacilles tuberculeux humains virulents. Dans les deux cas, les modifications chimiques furent à peu près identiques (faible réaction acide, avec diminution de l'ammoniaque), très faible déamination, ce qui permet de penser que la glycérine a été largement utilisée et a pu agir comme remplaçant la protéine. Des expériences similaires furent faites avec une souche de bacille bovin virulent. Dans ce cas, il y a également diminution dans l'alcalinité titrable du milieu, mais la courbe de la diminution de l'ammoniaque et celle des acides aminés est alors inversée.

L'action du bacille bovin est surtout protéolytique et la glycérine paraît incapable d'être utilisée à la place de protéine.

Griffith a continué ses recherches sur la qualité des bacilles dans différentes manifestations de scrofulodermie. Dans 52 cas étudiés avec ou sans abcès, il isole 32 fois le bacille humain et 20 fois le bovin. Chez 13 malades atteints de lupus, il s'agissait 8 fois d'un bacille humain atténué.

J. PARAF.

An improved technique for the staining of sputum for tubercle bacilli. (DISTASO. *Lancet*, t. CXLVIII, 3 janv. 1920, n° 1, p. 19.) — L'auteur décrit une nouvelle méthode simplifiée d'examen des crachats tuberculeux :

On émulsionne dans une goutte de lessive de soude à 5 p. 100 un fragment mucopurulent du crachat et on étale à une douce chaleur. Puis on colore par immersion pendant un quart d'heure dans le liquide de Ziehl à 38°. Décoloration à l'acide nitrique, recoloration au vert malachite.

Le pourcentage des cas positifs serait augmenté d'un quart par ce procédé.

J. PARAF.

Tuberculosis in the Guinea pig after subcutaneous injection with particular reference to the tracheo bronchial lymph nodes. (ALLEN K. KRAUSE. *The Americ. Review of Tuberculosis*, vol. IV, n° 3, mai 1920, p. 135.) — **Some factors that influence the developpement of tubercle in the lymph. nodes of the Guinea pig.** (ALLEN K. KRAUSE. *Ibid.*, p. 193.) — Dans le but de déterminer à quelle date apparaît, après injection sous-cutanée de petites doses de bacilles de Koch, la première manifestation tuberculeuse au niveau de différents viscères, et surtout des ganglions trachéo-bronchiques l'auteur a inoculé à des cobayes une émulsion opalescente de bacilles tuberculeux virulents (malheureusement l'auteur n'a pas tenté de déterminer pondéralement la dose injectée, ce qui enlève un gros intérêt à ces expériences, ce facteur étant de première importance).

Cinq jours après l'inoculation, un certain nombre de cobayes furent sacrifiés. Leurs ganglions furent prélevés étudiés histologiquement et inoculés à d'autres cobayes.

Dans tous les cas, dès le 5e jour, les ganglions bronchiques sont bacillifères, la rate contient également du bacille (Römer avait déjà fait des constatations analogues). Le bacille a donc, dès cette période, franchi la barrière lymphatique et pénétré dans le sang. Les faits confirment les expériences sur la bacillémie du cobaye entreprises par Calmette et Massol.

En outre, l'auteur a pu constater que, dans la tuberculose expériementale du cobaye, des lésions pulmonaires importantes ne sont pas nécessaires à l'apparition de masses ganglionnaires caséeuses, thoraciques.

Par contre, au niveau des autres systèmes ganglionnaires, l'existence d'adénopathies paraît intimement liée à celle de lésions cutanées et évolue parallèlement à ces dernières.

J. PARAF.

Effect of heat on experimental tuberculosis. (H. J. CORPER et GAUSS. *The Americ. Review of Tuberculosis*, vol. IV, n° 5, juin 1920, p. 269.) — **The effect of bleeding upon tuberculosis in Guinea pig.** (H. J. CORPER. *Ibid.*, p. 276.) — Des cobayes sont soumis pendant 15 minutes à la température de 50° ce qui d'après Murphy et Sturm exciterait la leucocytose.

Cinq jours après, quand la leucocytose est supposée maximum, ces animaux reçoivent sous la peau une petite dose de bacilles tuberculeux virulents, 40 jours après, les cobayes sont sacrifiés. Dans aucun cas, il n'existait une différence entre les animaux chauffés et les cobayes non traités.

Pour obtenir un effet du même ordre sur les leucocytes, Corper a pratiqué tous les jours, pendant 8 jours, une saignée de 1 cmc. à des cobayes. Après infection par une petite dose de bacilles, les animaux saignés se sont comportés exactement comme les animaux témoins.

J. PARAF.

RÉACTION DE FIXATION

Complement fixation in diagnosis of tuberculosis. (MOURSUND W. H. *Journ. of infect. Diseases*, t. XXVI, p. 85, n° 2, mars 1920.) — **The complement fixation reaction as applied to tuberculosis.** (LEWIS Paul A. *The Americ. Review of Tuberculosis*, t. XXIV, n° 3, p. 129, mai 1919.) — **A comparaison of certains antigens used in complement fixation tests in pulmonary tuberculosis.** (YOUNG et GILVER. *The Americ. Review of Tuberculosis*, t. XXV, n° 8, p. 470, oct. 1919.) — L'étude des données que peut fournir la réaction de fixation tant pour le diagnostic que pour le pronostic de la tuberculose, continue à susciter de nombreux travaux.

Moursund décrit les résultats obtenus avec les sérums de 186 malades dont 103 étaient porteurs de lésions tuberculeuses actives, 52 concernaient des tuberculeux latents, 31 n'étaient pas tuberculeux. Comme antigène l'auteur utilisa l'antigène de Petroff (bacille tuberculeux desséché et extrait par l'alcool méthylique).

Les résultats furent des plus irréguliers et pour l'auteur la réaction n'a pas de valeur pour établir le diagnostic ou le pronostic de la tuberculose. Pour remédier à ce manque de sensibilité de la réaction, Lewis propose de prolonger le temps de fixation (séjour de 4 heures à l'étuve). Il emploie des doses variables d'antigène et de complément. Les résultats obtenus sont cependant encore très imparfaits.

Young et Gilver ont, dans un même but, utilisé comparativement 3 antigènes : autolysat de Corper, antigène de

Petroff (soluble dans l'alcool méthylique) et antigène bacillaire de Petroff.

Ces trois antigènes donnent des résultats à peu près identiques : 66 p. 100, 63 p. 100, 57 p. 100 de tuberculeux avérés, 11 p. 100 de sujets sains, 44 p. 100 de cachectiques donnent une réaction positive. J. PARAF.

Complement fixation test for tuberculosis. (HASSOW VON WEDEL. *The Journ. of Immunology*, vol. V, mars 1920, p. 159, n° 2.) — L'auteur, en utilisant l'antigène de Wilsoï (émulsion de bacilles dégraissés par l'alcool et l'éther) a pratiqué 6.128 réactions sur 1.207 sérums de 1.000 malades.

Dans un grand nombre de cas, tant au début qu'à la période terminale, le sérum ne renferme pas assez d'anticorps pour être décelés par la réaction.

La réaction n'a été positive que dans 70 p. 100 des cas de tuberculose. Hassow von Wedel pense qu'une réaction positive répétée deux fois permet d'affirmer un processus évolutif. Une réaction négative est sans valeur. La disparition d'une forte réaction positive chez un malade est d'un mauvais pronostic. J. PARAF.

TUBERCULOSE DES AMYGDALES

Isolierte Tuberkulose der Rachenstonsille. (FEIN. *Wien. med. Woch.*, nov. 1919, t. LXIX, n° 41, p. 2052.) — **Bacillus tuberculosis in the tonsils of children clinically non tuberculous.** (AUSTIN (R. S.). *Am. J. child. dis.*, janv. 1919, t. XVIII, n° 1, p. 14.) — La bouche et le pharynx opposent à la pénétration du bacille tuberculeux un sérieux obstacle. Les leucocytes issus des vaisseaux viennent balayer la cavité bucco-pharyngée, et on sait la rareté des lésions tuberculeuses des premières voies aériennes.

Fein publie un de ces cas de tuberculose « isolée » de l'amygdale chez un jeune homme de 18 ans. Il existait cependant un foyer pulmonaire que Fein considère comme secondaire, l'étape amygdalienne ayant précédé, pour cet auteur, le stade pulmonaire et constituant la porte d'entrée du bacille.

Il nous paraît impossible de déterminer quelle a été la voie d'inoculation de l'infection ; la lésion pulmonaire pourrait aussi bien être primitive.

Pour élucider cette question de la voie amygdalienne comme porte d'entrée du bacille tuberculeux, Austin a examiné les amygdales de 45 enfants âgés de 2 ans à 15 ans cliniquement non tuberculeux. (Il ne donne aucun renseignement sur les résultats de la cuti-réaction chez ces enfants.)

Il a pratiqué simultanément l'examen histologique bactériologique et l'inoculation au cobaye.

Dans aucun de ces cas il n'y avait de lésions tuberculeuses histologiques. Jamais il ne fut trouvé de bacilles tuberculeux sur coupes.

L'inoculation fut positive seulement dans un cas (bacille type humain).

Ainsi, conclut l'auteur, la présence de bacilles tuberculeux dans les amygdales des enfants non tuberculeux est rare, et il faut faire toute réserve sur l'importance de cette voie comme porte d'entrée de la tuberculose. J. PARAF.

ÉTIOLOGIE

Measles a predisposing factor towards pulmonary tuberculosis. (R. S. BERGHOFF. *Illinois med. Journ.*, fév. 1919, vol. XXXV, n° 2, p. 62.) — 596 soldats atteints de rougeole furent suivis par l'auteur et examinés au point de vue pulmonaire. Tous les soldats avaient été examinés auparavant (conseil de revision, entrée au corps).

Sur ces 596 hommes, seuls 2 furent reconnus par la suite suspects de tuberculose pulmonaire.

Ces résultats, conclut l'auteur, sont à l'encontre de l'opinion qui veut que la rougeole réactive les foyers tuberculeux. Ces résultats, si discordants de ceux observés chez les enfants, nous paraissent montrer au contraire que la rougeole agit différemment selon qu'elle survient chez des enfants où l'infection tuberculeuse est récente ou chez l'adulte qui possède le plus souvent par l'existence de lésions anciennes une bonne immunité antituberculeuse. Cette action est à rapprocher de celle de la grippe. J. PARAF.

Conjugual tuberculosis. (E. WARD. *Lancet*, 1919, n° 5.814, p. 606.) — L'auteur a recherché la fréquence de la tuberculose conjugale, qui serait rare d'après les classiques.

Sur 156 cas étudiés par Ward où l'un des époux était tuberculeux, 91 fois l'autre conjoint était atteint (58 p. 100), 16 fois suspect (10 p. 100), 49 fois sain (32 p. 100).

Les femmes de 120 tuberculeux ont été 66 fois reconnues atteintes (55 p. 100), 12 fois suspectes (10 p. 100), 42 fois saines (35 p. 100).

Les maris de 36 tuberculeuses étaient tuberculeux dans 69 p. 100 des cas.

Si on compare ces résultats à ceux fournis par l'examen de 1.057 hommes et femmes pris au hasard, on ne trouve la tuberculose que dans 20 p. 100 des cas.

La grosse majorité des époux non tuberculeux est donc contaminée par son conjoint. J. PARAF.

The effect of tuberculosis on the Length of Life. (KENT. *Lancet*, 17 avril 1920, vol. CXLVIII, n° 5.042, p. 881.) — Des statistiques de compagnies d'assurances, il ressort que la tuberculose réduit la durée de la vie de 3 ans 1/2 pour les Blancs et 5 ans pour les Noirs.

En 1919, la mortalité pour tuberculose a été nettement en décroissance sur 1911 (33 p. 100). L'auteur a pu également constater que l'épidémie de grippe n'a pas eu d'influence sur la mortalité pour tuberculose. J. PARAF.

GRIPPE ET TUBERCULOSE

Influenza and tuberculosis. (FISHBERG. *The Am. Rev. of Tuberc.*, sept. 1919, t. XXV, n° 6, p. 532.) — **Ueber die Beziehnungen zwischen Grippe und Tuberkulose mit besonderer Berücksichtigung der Ensehung Lungen tuberkulose nach Grippe.** (KAYSER PETERSEN. *Münchener med. Woch*, 1919, t. CXVI, p. 1261.) — **Influenza and tuberculosis.** (BURNS AMBERSON and ANDREW PETERS. *The Amer. Review of Tuberculosis*, avril 1920, vol. XXVI, n° 2. — **Grippe et tuberculose.** (H. BONNET. *Th. de Paris*, 1920.) — L'épidémie de grippe qui a sévi avec une grande intensité au cours des années précédentes et les faits cliniques que l'on a observés, ont donné une nouvelle actualité à la question si importante de ses rapports avec la tuberculose.

Le point particulier des conséquences de l'infection grippale a été étudié par de nombreux auteurs.

Kayser Petersen, à Francfort, a étudié 11 cas de grippe survenue chez des tuberculeux pulmonaires. Pour cet auteur, si les cas peu avancés (formes fibreuses ou torpides) sont peu influencés par la grippe, il n'est pas de même des formes caséeuses qui sont nettement aggravés. Kayser Petersen attribue cette influence fâcheuse de la grippe à ce fait que, comme dans la rougeole, il y aurait au cours de l'influenza hypertrophie des ganglions bronchiques qui constitueraient un lieu de moindre résistance pour le bacille tuberculeux.

La plupart des auteurs sont d'un avis opposé.

Fishberg résume dans un exposé très complet les travaux antérieurs et y ajoute un nombre d'observations cliniques important. Il conclut des cas observés que la grippe n'a pas d'influence étiologique sur l'évolution de la tuberculose et ne doit pas être considérée comme réactivant les lésions tuberculeuses toripides.

Non seulement à son avis, les tuberculeux ne contractent pas plus facilement la grippe, mais au contraire ils paraissent être moins réceptifs que les individus normaux. Les tubercu-

leux font souvent monter le début de leur maladie, à un épisode grippal. D'après l'enquête de Fishberg dans tous les cas observés il ne s'agissait pas d'influenza mais de poussée tuberculeuse fébrile. Dans d'autres cas on aurait pris pour de la tuberculose les manifestations pulmonaires subaiguës ou même chroniques qui accompagnent si souvent la grippe. Il n'y avait pas de bacilles dans les crachats et l'évolution ultérieure montra que la tuberculose n'était pas en jeu.

En somme d'après l'auteur les tuberculeux peu sensibles à la grippe la supportent remarquablement bien, même s'il est survenu des complications pulmonaires graves.

Burns Amberson et Andrew Peters ont fait des observations analogues. Ils concluent également à l'immunité relative des tuberculeux vis-à-vis de l'infection grippale.

La gravité paraît moindre chez un tuberculeux. Cependant pour ces auteurs la grippe marquerait chez un certain nombre d'individus le début d'une tuberculose pulmonaire, à évolution parfois rapidement mortelle.

H. Bonnet a repris dans une intéressante thèse l'étude de cette question et arrive à des conclusions identiques. La grippe au cours de l'épidémie 1918-1919 a respecté les tuberculeux dans une proportion plus grande que les sujets non atteints de bacillose. Les tuberculeux qui ont eu la grippe ont fait généralement des formes bénignes, et en particulier les complications pulmonaires, n'ont été chez eux ni plus fréquentes ni plus graves.

La grippe n'aggrave pas les lésions tuberculeuses et ne doit pas faire porter un pronostic plus sombre.

Par contre chez un sujet paraissant sain mais en puissance de tuberculose elle peut réveiller cette bacillose latente et la transformer en tuberculose évolutive. Ce phénomène est lié à l'apparition d'un état anergique chez les sujets atteints de grippe. Cette anergie grippale analogue à l'anergie morbilleuse est suivie d'effets analogues. Mais la rougeole maladie de l'enfance frappe des sujets sans immunité acquise et est suivie des tuberculoses rapidement évolutives; tandis que la grippe qui survient surtout chez des adultes immunisés par un foyer tuberculeux ancien peut provoquer seulement un réveil de l'infection ancienne.

J. PARAF.

TUBERCULOSE ET GROSSESSE

Lungen Tuberkulose und Schwangerschaft. (BEGTRUP HAUSEN. *Beitr. z. Klin. der Tub.*, 1919, t. XLII, n° 2, p. 57. — **L'anergie tuberculinique au cours de la grossesse.** (P. NOBÉCOURT et J. PARAF. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 28 nov. 1919, t. XLIII, p. 1013-1015); — **Grossesse et tuberculose.** *Presse méd.*, 18 fév. 1920, n° 14, p. 133.) — **L'anergie tuberculinique au cours de la grossesse.** (P. JEAMET. *Th. de Paris*, 1920.) — **La période antéallergique dans la tuberculose expérimentale du cobaye. Sa durée chez la femelle pleine.** (R. DEBRÉ, J. PARAF et L. DAUTREBANDE. *C. R. de la Soc. de biol.*, séance du 17 juillet 1920, t. LXXXIII, n° 25.) — **Une défaillance possible de la tuberculose chez les vaches en état de gestation ou récemment velées.** (R. BISSAUGE. *Revue gén. de méd. vétér.*, 15 déc. 1919, t. XXVIII, p. 679.) — Contrairement à l'opinion des anciens auteurs, la plupart des médecins admettent que la grossesse favorise en général l'évolution de la tuberculose pulmonaire.

Begtrup Hausen a étudié à ce point de vue 300 femmes. Il conclut de ces observations que la grossesse a une influence néfaste sur la phtisie. Mais les effets diffèrent considérablement selon l'âge de la grossesse. Les deux périodes les plus dangereuses pour la tuberculeuse enceinte sont le premier tiers de la grossesse et la puerpéralité. Au contraire, la fin de la gestation est souvent marquée par une amélioration très notable.

L'auteur compare, au point de vue de l'influence sur la tuberculose, la grossesse à la période menstruelle.

Comme dans les premiers mois de la gestation et après l'accouchement, la période menstruelle est dangereuse pour les tuberculeuses avec température élevée et dénutrition marquée, surtout pour les matières protéiques.

P. Nobécourt et J. Paraf sont arrivés à des conclusions analogues. C'est surtout pendant les jours qui suivent l'accouchement que survient la phase critique et qu'apparaissent chez les tuberculeuses des broncho-pneumonies et des granulies rapidement mortelles. C'est également à cette période qu'on observe chez des femmes cliniquement indemnes de tuberculose des pleurésies séro-fibrineuses et des congestions pleuro-pulmonaires, en général curables, mais remarquables par l'élévation de la température. La persistance de la fièvre, l'atteinte profonde de l'état général et la lenteur de leur résolution, l'étude des réactions à la tuberculine a fourni à ces auteurs des renseignements importants pour l'explication de ces faits.

Dans un grand nombre de cas, en effet, la cuti-réaction a été trouvée influencée par la grossesse et surtout l'accouchement (suppression ou diminution de la cuti-réaction).

Il y a donc un véritable état d'anergie tuberculinique analogue à celui qu'entraînent la rougeole ou la grippe, surtout marqué après l'accouchement, et qui peut expliquer l'aggravation que subissent à ce moment les processus tuberculeux.

R. Debré, J. Paraf et L. Dautrebande ont pu mettre en évidence cet état anergique que provoque la puerpéralité au cours de la tuberculose expérimentale du cobaye.

Après inoculation d'une dose fixe de bacilles tuberculeux l'apparition de l'intradermo-réaction est toujours plus tardive chez la cobaye pleine que chez la cobaye non gravide. La réaction a, dans tous les cas, été supprimée au moment de l'accouchement et pendant les 10 jours qui suivent, époque à laquelle réapparaît l'intradermo-réaction positive. Cet état anergique coïncide avec une plus rapide extension des lésions locales au point d'inoculation.

Bissauge a fait des constatations analogues chez les vaches en état de gestation ou récemment velées. Sur 12 vaches pleines nettement tuberculeuses (comme le montra l'autopsie), 4 ne réagirent pas à la tuberculine. De même sur 4 vaches tuberculeuses velées depuis 8 jours 2 ne réagirent pas à la tuberculine.

Aussi Bissauge conseille-t-il de ne soumettre à l'épreuve de la tuberculine que des vaches pleines de moins de 7 mois ou velées depuis 10 à 12 jours.

J. PARAF.

SYMPTOMATOLOGIE & FORMES CLINIQUES

La valeur de l'auscultation pour le dépistage précoce de la tuberculose pulmonaire chronique de l'adulte. (F. BEZANÇON. *Revue de la tubercul.*, 1920, 3e série, t. I.) — La recherche des anomalies respiratoires aux sommets pulmonaires qui a constitué un moment, avec Grancher, l'élément le plus important au dépistage de la tuberculose au début, a, sous l'influence des travaux de Variot, Marfan, Bard, Lemoine, Bezançon, Sergent, Rist perdu beaucoup de sa valeur, si bien que les signes stéthacoustiques ont dû céder le pas à l'examen des crachats et à l'examen radiologique. Bezançon, reprenant la question dans son ensemble, s'efforce de préciser à nouveau la valeur des respirations anomales et de montrer quelle place elles doivent tenir en séméiologie respiratoire.

Les méthodes stéthacoustiques, par leur simplicité même, restent, avec l'interrogatoire du malade, le point de départ de toute investigation clinique ; mais le médecin doit savoir, qu'en matière de tuberculose, seules les respirations anomales précises, permanentes, localisées ont de la valeur ; que les respirations anomales peuvent être en rapport avec une conformation vicieuse du thorax; que les respirations anomales, et particulièrement l'affaiblissement du murmure vési-

culaire d'un côté, peuvent être dues à un simple trouble fonctionnel de la respiration ou bien lié à des lésions du rhinopharynx ; que, quand ces anomalies respiratoires sont réellement dues à des lésions tuberculeuses du poumon (ce qui est le cas le plus fréquent, elles ne sont pas, en général, symptomatiques d'une lésion au début, mais bien plutôt d'une lésion ganglio-pulmonaire déjà ancienne ; que dans ces cas l'examen bactériologique des crachats doit être pratiqué et répété, avec, au besoin, homogénéisation et inoculation au cobaye ; et que, de cette façon, on trouve souvent des bacilles, au cours de cas considérés autrefois comme des tuberculoses fermées ; que les signes stéthacoustiques doivent être complétés par un examen radiologique, en sachant bien qu'un examen radiologique négatif n'infirme pas l'existence d'une lésion tuberculeuse ; et que l'existence d'une ombre du sommet indique seulement une lésion dont il reste à déterminer le degré d'activité. Bref, c'est par l'association de tous ces modes de recherches : auscultation, interrogatoire, recherche des signes généraux, examen des crachats et examen radiologique qu'on peut porter un diagnostic de tuberculose pulmonaire en évolution.

Pneumonie et tuberculose chez les troupes noires. (A. Borrel. *Annales de l'Institut Pasteur*, mars 1920, n° 3, p. 105.) — Les contingents sénégalais amenés en France pendant la guerre n'ont été éprouvés pratiquement que par deux maladies : la pneumonie et la tuberculose.

La tuberculose est rare au Sénégal ; aussi les tirailleurs présentaient-ils un terrain vierge au point de vue tuberculeux et la tuberculose qu'ils contractaient évoluait en général suivant un type suraigu rappelant la tuberculose de l'enfant.

Cette particularité n'est pas une question de race : en effet les soldats nègres américains, exposés dès l'enfance à la contagion bacillaire au même titre que les Blancs, présentent habituellement des formes chroniques de tuberculose, tandis que les soldats américains de race blanche venant des territoires isolés, font des tuberculoses aiguës très graves. Les Malgaches, les Annamites, les Canaques sont moins sensibles à la tuberculose, qui est fréquente dans leur pays d'origine.

Les constatations anatomiques faites au cours de 500 autopsies ont montré que les ganglions trachéo-bronchiques sont initialement pris dans 80 p. 100 des cas ; les ganglions sus-claviculaires dans 70 p. 100 des cas. Les formes pneumoniques et bronchopneumoniques de la tuberculose ont été constatées dans 30 p. 100 des cas, la granulie dans 70 p. 100 des cas. Il n'y a pour ainsi dire jamais trace de réaction fibreuse et de tendance à l'enkystement. Au point de vue clinique la maladie évolue en deux périodes : une période initiale, ganglionnaire, latente qui peut durer deux ou trois mois ; une seconde période où se montrent des symptômes tout de suite grave : fièvre, amaigrissement, lésions pulmonaires caséeuses rapidement extensives ou granulie avec participation des séreuses ; cette seconde période dure 15 jours, un mois, deux mois au plus.

Il est donc important de dépister la maladie à la phase initiale, car les tirailleurs ne viennent à la visite qu'avec des lésions avancées et ont déjà eu le temps de disséminer autour d'eux la contagion. Il faut pour celà des inspections systématiques des Sénégalais : on recherchera chez eux l'amaigrissement, la flaccidité musculaire, l'aspect terne et écailleux de la peau, les quintes de toux, mais surtout la présence d'un ou de plusieurs ganglions sus-claviculaires du volume d'un pois à une noisette, en sachant bien qu'à ce moment il n'existe en général aucun symptôme pulmonaire objectif. 50 p. 100 des tirailleurs chez lesquels on peut ainsi dépister la phase initiale de la bacillose peuvent se rétablir grâce au repos, à la suralimentation et à l'huile de foie de morue. 50 p. 100 continuent leur évolution.

Cf. — Les formes cliniques de la tuberculose thoracique chez les troupes exotiques importées en France pendant la guerre. (Ch. Roubier. Va paraître dans la *Gazette des hôpitaux*.)

Symptômes d'intoxication chez les tuberculeux. (Nové-Josserand. *Journ. de méd. de Lyon*, 5 juin 1920, n° 10, p. 335.) — Après avoir passé en revue les poisons adhérents et diffusibles du bacille de Koch, l'auteur fait observer que chez l'homme, indépendamment des lésions spécifiques dues au bacille, il existe toute une série de symptômes qui relèvent évidemment d'une intoxication générale. Ces symptômes peuvent du reste faire défaut pendant très longtemps et il n'y a aucun rapport nécessaire entre la profondeur et l'extension des lésions locales d'une part et les symptômes généraux toxiques d'autre part. Parmi ceux-ci il faut ranger la fièvre, la tachycardie, l'hypotension, les sueurs et les phénomènes vaso-moteurs, la dépression, la lassitude, les modifications du psychisme, l'amaigrissement. Les poisons diffusibles, par leur action sur les glandes sont capables d'engendrer certains syndrômes particulier : troubles de dyspepsie gastro-intestinale par atteinte des glandes de l'estomac, de l'intestin ainsi que du foie et du pancréas ; syndromes d'insuffisance surrénale aiguë emportant parfois brutalement les tuberculeux ; syndromes d'insuffisance ovarienne, goître simple, basedowisme, obésité. Enfin certaines poussées congestives brusques, survenant dans le poumon, sont certainement dues à l'action des toxines chez des sujets sensibilisés ; et il y a sans doute des alternances chez certains sujets de secousses anaphylactiques et d'états en quelque sorte antianaphylactiques s'établissant après les poussées.

L'auteur place en première ligne du traitement des symptômes d'intoxication des tuberculeux la cure de repos et d'air au sanatorium ; il indique sans être affirmatif sur leur efficacité l'usage qui a été fait des sérums antituberculeux et des corps immunisants de Spengler. Suivant les syndromes on pourra mettre en jeu les opothérapies ovarienne, thyroïdienne, surrénale.

Les péritonites tuberculeuses plastiques. (J. Paviot. *Journ. de méd. de Lyon*, 20 juin 1920, n° 11, p. 357.) — La péritonite tuberculeuse plastique se reconnaît à l'autopsie à l'existence d'adhérences sous forme de brides, de lames, plus ou moins minces ou graisseuses, plus ou moins lâches siégeant surtout dans la région sous-hépatique, dans la région cæco-appendiculaire, dans la région de l'S iliaque du côlon et dans la cavité pelvienne ; sur les deux faces du mésentère sous forme d'étoiles blanches, nacrées, de brides en nid d'hirondelle, si bien que c'est dans ces cas que les fossettes de Jonnesco sont les plus nettes.

Au point de vue clinique, il est un fait sur lequel Tripier et Paviot ont particulièrement insisté, c'est que la pression du ventre n'est douloureuse que si le péritoine est intéressé primitivement ou secondairement ; cette douleur s'atténue si du liquide ascétique inflammatoire apparaît. En se fondant sur ce principe Paviot a pu arriver à démêler peu à peu les différentes formes de la péritonite plastique tuberculeuse, plus fréquentes dans la clientèle de ville que dans celle d'hôpital.

La première forme qu'il a isolée, *forme pleuro-périhépatique*, se rencontre chez des sujets porteurs d'une pleurésie adhésive tuberculeuse, provoquant des douleurs dans les derniers espaces intercostaux, douleurs qui s'étendent dans l'hypochondre droit et jusque dans la fosse iliaque. Ces formes prises souvent pour des coliques hépatiques, des cholécystites, des péricholécystites s'en distinguent par l'absence d'ictère.

La *forme périhépatique* est souvent prise également pour des coliques hépatiques ; la *forme périappendiculaire* simule la colique appendiculaire ; la *forme colique*, s'accusant par des phénomènes douloureux spontanés et provoqués par la pression le long du côlon est prise pour une colite simple ; la *forme de périgastrite tuberculeuse plastique* revêt le masque

des gastropathies les plus diverses; enfin il existe une *forme pelvienne* chez l'homme et aussi chez la femme vierge, sans origine annexielle.

Le diagnostic de la péritonite plastique tuberculeuse est assez délicat. Il faut y penser chez les sujets se plaignant de syndromes abdominaux, chez lesquels la pression est douloureuse et qui présentent des antécédents suspects. L'affection évolue lentement, par poussées, accompagnée d'amaigrissement; mais son évolution peut être arrêtée par un traitement approprié.

Il faut avant tout que le patient abandonne le régime de sous-alimentation auquel il a été soumis, parce qu'il a été pris d'abord pour un gastropathe, un hépatique, un entéritique, un appendiculaire; on aura recours aux applications chaudes systématiques ou aux révulsifs vésicants. La cure de soleil avec insolation élective de l'abdomen donne d'excellents résultats.

A. L.

HYGIÈNE DES TUBERCULEUX

Work for the tuberculous. (David Stewart. *The Amer. Review of Tub.*, juin 1920, vol. IV, n° 6, p. 292.) — L'auteur a étudié au sanatorium de Manitoba quelle était la nature du travail que pouvaient accomplir les tuberculeux et en particulier les soldats réformés pour tuberculose. En règle générale, le travail ne doit pas être fatigant physiquement, il doit être de préférence en plein air.

Ce qui importe surtout c'est que le tuberculeux fasse un travail peu prolongé et suffisamment rémunérateur pour se trouver dans de bonnes conditions d'existence. Le tuberculeux a besoin d'une occupation stable avec un avenir assuré. Si cela est possible, il reprendra son ancienne profession, plus ou moins modifiée selon le cas.

Dans d'autres cas, il tâchera de trouver une profession qui lui permettra de travailler chez lui.

En somme, conclut l'auteur, la question du travail du tuberculeux est une question complexe qui a besoin d'être étudiée dans chaque cas particulier et ne saurait être solutionnée par des formules trop générales telles que le « retour à la terre » ou la colonie de tuberculeux.

J. PARAF.

Climate in pulmonary tuberculosis. (John Flim. *The Amer. Review of Tub.*, juin 1920, vol. IV, n° 5, p. 300.) — Il n'existe pas un climat vraiment spécifique pour le traitement de la tuberculose. Un climat tempéré, légèrement variable, de l'air pur en abondance, une grande irradiation solaire constituent des conditions les plus favorables à la cure. L'air sec sera utile dans beaucoup de cas; l'altitude est à rechercher pour les cas de tuberculose chirurgicale et pour certains tuberculeux pulmonaires et laryngés. L'air de la mer sera à redouter pour les tuberculeux pulmonaires. En somme, conclut l'auteur, parmi les facteurs qui interviennent dans la conduite du traitement antituberculeux, le repos, le grand air, la bonne nourriture sont au premier plan; la question climat n'intervient que secondairement.

J. PARAF.

PNEUMOTHORAX ARTIFICIEL

Effets et résultats thérapeutiques du pneumothorax artificiel dans la tuberculose pulmonaire. (R. Burnand [Leysin]. *Rapports au XIVe Congrès français de médecine Bruxelles*, 19-22 mai 1920, p. 325). — **Les complications du pneumothorax artificiel.** (Derscheid et Geeraerd [Bruxelles]). *Id.*, p. 391. — **Les indications générales et spéciales du pneumothorax artificiel.** (F. Dumarest [Hauteville]). *Id.*, p. 397.) — La question de la « valeur thérapeutique du pneumothorax artificiel » mise à l'ordre du jour du XIVe Congrès français de médecine y a été traitée à un triple point de vue dans trois rapports différents.

Burnand, passant en revue les effets cliniques immédiats de cette intervention chez les tuberculeux, signale successivement : les modifications de la toux qui perd rapidement son caractère irritant, spasmodique et quinteux. L'expectoration s'exagère tout d'abord en raison de l'expression des cavernes, puis elle diminue peu à peu, perd son caractère purulent et finit par disparaître ; la persistance de l'expectoration doit faire craindre l'existence d'une lésion méconnue de l'autre poumon. Le nombre des bacilles de Koch diminue parallèlement à l'expectoration. Action hémostatique également sur les hémoptysies. La température s'abaisse toujours et parfois presque immédiatement si la cure marche normalement et si le pneumothorax a un volume suffisant. La dyspnée, contrairement à ce qu'on pourrait croire, s'atténue, malgré le refoulement parfois très accentué du médiastin ; l'accentuation de la dyspnée tient, soit à une insufflation trop rapide, soit à l'existence d'adhérences pleurales, soit à des lésions du côté opposé, soit à une défectuosité du myocarde. Le poids du corps augmente. Localement lorsque le pneumothorax a acquis un volume notable, le silence respiratoire est complet : l'apparition en pareil cas d'un souffle amphorique doit faire craindre une pleurésie prochaine.

Quels sont maintenant les résultats définitifs? Au point de vue anatomique, durant un stade plus ou moins prolongé, suivant les cas, il y a persistance de lésions tuberculeuses encore actives, malgré la guérison clinique apparente ; mais on peut affirmer que la compression du poumon maintenue pendant deux ans et demi à trois ans est capable de réaliser une guérison anatomique des lésions tuberculeuses. Burnand fait remarquer que si l'on veut juger les résultats thérapeutiques du pneumothorax artificiel d'après les statistiques des différents auteurs, on a une impression moins bonne que la méthode ne le mérite en réalité. Trop de circonstances accessoires, trop de différences entre les malades sont susceptibles d'intervenir pour qu'une comparaison puisse être constamment établie entre les malades traités ; c'est l'analyse détaillée de chaque cas particulier, étudié pour lui-même, qui, seule, est capable d'entraîner la conviction des médecins. Pour montrer ce qu'en peut attendre du pneumothorax artificiel, l'auteur cite l'observation très suggestive d'un de ses opérés atteint d'une forme grave, rapidement évolutive, qui subit, en décembre 1911, le pneumothorax ; celui-ci fut maintenu jusqu'en janvier 1914 ; à ce moment le malade avait gagné 20 kg. La guérison clinique était si complète que le sujet fut, au début de la guerre, versé par le conseil de révision dans les chasseurs alpins, fut envoyé au front en juillet 1915, fut blessé à la tête et trépané ; fut de nouveau versé dan son bataillon où il termina la campagne et finalement se maria à la fin de 1919. Chacun des médecins qui ont pratiqué un certain nombre de pneumothorax, peut citer des cas, sinon aussi impressionnants, mais tout au moins très analogues, et tous ceux qui ont eu, depuis longtemps, recours à cette méthode de traitement y sont restés fidèles. Néanmoins des publications récentes ont insisté sur le déchet important qui réduit, au bout de quelques années, le nombre des malades guéris ou considérés comme tels. Burnand donne sa statistique personnelle permettant d'apprécier la valeur de ce déchet. Sur 133 malades, opérés par lui depuis 1911, 69 étaient vivants au 1er janvier 1920. Ces 69 cas se répartissaient ainsi : guérison idéale 10 cas ; guérison complète 14 cas ; amélioration considérable avec persistance de quelques signes pathologiques, 13 cas ; amélioration momentanée suivie de rechute ultérieure, 12 cas ; amélioration très marquée, 12 cas ; succès incomplet ou échec d'emblée, 8 cas. D'autre part, 54 malades décédés au 1er janvier 1920 se répartissaient ainsi : survie de 4 a 6 ans, 8 cas ; survie de 2 à 4 ans, 11 cas ; survie de 1 à 2 ans, 5 cas ; survie de quelques mois, 21 cas. Enfin 10 malades ont été perdus de vue dont 9 avaient présenté un résultat immédiat favorable.

En réunissant les différentes statistiques, Burnand trouve que sur 739 pneumothorax, 433 ont donné une amélioration notable, temporaire ou durable et 146 une guérison pratique.

Evidemment, il y a un déchet assez considérable ; mais il faut songer que le pneumothorax est pratiqué presque exclusivement dans les formes de la tuberculose pulmonaire réputées les plus graves, sinon incurables. Du reste, les résultats du pneumothorax pourront être meilleurs, si l'on en pose l'indication en temps opportun, c'est-à-dire si l'on s'attaque à tout foyer tuberculeux unilatéral évolutif, d'allure aiguë ou subaiguë au moment précis où, ayant donné la preuve de son incurabilité par les procédés thérapeutiques les plus courants, il sera encore pourtant assez limité pour être jugé opérable. L'auteur conclut que, malgré ses imperfections, le pneumothorax artificiel a transformé les conditions de la pratique phtisiothérapique et mis entre nos mains une arme qui nous permet de ne plus nous borner à regarder mourir, inactifs et impuissants, un grand nombre de malades confiés à nos soins ; et aucun phtisiothérapeute, même le plus défiant vis-à-vis du pneumothorax artificiel, n'accepterait de revenir au temps où nous ne disposions pas de cette méthode thérapeutique.

Derscheid et Geeraerd n'étudient dans leur rapport, comme complication du pneumothorax artificiel, que les exsudats pleuraux ; c'est la seule qui soit en effet fréquente et importante. Personnellement ils l'ont observée chez 20 p. 100 de leurs malades, alors que les statistiques l'accusent ordinairement dans 40 à 50 p. 100 des cas. Ces exsudats survenant pendant la cure sont, dans l'immense majorité des cas, de nature tuberculeuse. Le début en est brusque, marqué par une exacerbation de la température, un point de côté, de la dyspnée ; rarement il est insidieux. Le liquide apparaît et s'accroît en général lentement ; la résorption est également graduelle. En règle générale l'épanchement est séro-fibrineux ; exceptionnellement, il vire à la purulence. Les auteurs ont, pour les exsudats séro-fibrineux, renoncé à la pratique autrefois préconisée d'évacuer le liquide et de le remplacer par une quantité de gaz moindre. Ils ne ponctionnent plus que si l'abondance de l'épanchement l'exige.

En cas d'épanchement purulent, pas d'opération de l'empyème ; mais les auteurs vident par ponction avec un trocart fin le liquide purulent ; puis ils injectent dans la plèvre 10 cmc. d'une solution d'argyrol à 0,25 p. 100. Ils répètent ces injections tous les 15 jours en augmentant graduellement la quantité de liquide jusqu'à 40 cmc.

Puis on augmente le titre de la solution qu'on porte à 0,50 p. 100 et même à 1 p. 100. Enfin, ils insufflent dans la cavité pleurale de l'azote ou de l'air ayant barboté dans l'huile goménolée en ayant soin que la quantité de gaz injectée ne dépasse pas la moitié du liquide extrait.

Ce traitement doit être continué pendant des mois. Sur 7 cas semblables les auteurs ont eu 2 guérisons, 1 amélioration considérable, 1 amélioration et 3 décès, ce qui est un beau résultat étant donné la gravité de cette complication.

Les indications générales du pneumothorax artificiel étudiées dans son rapport par Dumarest reposent en premier lieu sur la *forme anatomique* de la tuberculose pulmonaire. En première ligne viennent les formes ulcéreuses extensives localisées et les formes caséeuses congestives des jeunes sujets et particulièrement des jeunes filles, à évolution destructive rapide et fréquemment hémoptoïque ; dans ces cas il ne faut pas attendre ; le pneumothorax est la seule chance de salut.

En deuxième ligne viennent les formes fibro-caséeuses communes à grande prédominance unilatérale, et, dans ces cas, l'indication opératoire est fournie par la tendance caséeuse, par la tendance hémoptoïque et par l'activité évolutive. Dans ces cas, intervenir dès qu'on est persuadé que les risques de l'évolution spontanée sont supérieurs aux risques du traitement lui-même afin de prévenir la formation d'adhérences pleurales pouvant contrarier la formation du pneumothorax, de devancer la formation de nouveaux foyers et d'opérer quand la résistance du sujet est encore suffisante. Sans doute le pneumothorax appliqué chez des sujets presque mourants donne parfois de véritables résurrections, mais il y a grand intérêt à agir le plus tôt possible.

L'unilatéralité de la tuberculose pulmonaire est une condition nécessaire du pneumothorax artificiel. Il s'agit, bien entendu, d'unilatéralité clinique et non pas anatomique. Cette unilatéralité est fréquente dans les formes ulcéreuses extensives rapides. Elle est beaucoup plus rare dans les formes chroniques si bien qu'on peut intervenir encore quand il y a un foyer très fortement prédominant d'un côté et un foyer torpide discret du côté opposé.

La laryngite tuberculeuse, hormis les formes sténosantes graves, ne constitue pas un obstacle au pneumothorax. Par contre, Dumarest a remarqué l'influence fâcheuse de cette intervention sur l'entérite tuberculeuse et conseille d'être très réservé chez les malades porteurs de cette complication. Les myocardites, l'adipose cardiaque constituent une contre-indication.

De même il convient d'être très réservé chez les individus nerveux, émotifs, à tendances syncopales qui sont particulièrement aptes à présenter de l'épilepsie d'origine pleurale. Il cite un malade qui présentait en un point du thorax une zone épileptogène et qu'il fallait avoir soin de ponctionner en dehors de cette zone.

Indépendamment de ces indications générales, Dumarest passe en revue quelques indications spéciales.

Le pneumothorax spontané des tuberculeux doit être soigneusement entretenu, et, s'il est partiel, on doit s'efforcer de le compléter. Dans l'empyème tuberculeux spontané les ponctions répétées avec injections consécutives d'azote ont donné de nombreux succès. Dumarest est assez partisan de faire suivre, dans la pleurésie séro-fibrineuse, toute thoracenthèse d'une injection d'oxygène facilement résorbable ; mais il se déclare hostile, en l'absence de toute indication pulmonaire, à la création d'un pneumothorax total et durable dans le but d'assécher la plèvre.

D'après son expérience personnelle, Dumarest envisage le pneumothorax artificiel comme le moyen héroïque et sûr d'arrêter les hémoptysies graves. C'est parfois un traitement d'urgence. Avec l'hémorragie on voit disparaître d'emblée les accidents infectieux graves qui menacent la vie du malade et l'on peut assister à de véritables résurrections. L'auteur pense qu'il y a intérêt à utiliser cette méthode, même pour les hémoptysies rebelles des sujets à lésions bilatérales ; il a proposé pour ces cas la création d'un pneumothorax temporaire hémostatique, après diagnostic exact du côté qui saigne, à maintenir seulement dans les limites de temps nécessaires à l'arrêt de l'hémoptysie ; dans ce cas c'est de l'oxygène qu'il est préférable d'injecter.

L'expérience que l'auteur a du pneumothorax artificiel lui a fait perdre certaines appréhensions qu'il avait au début touchant les risques opératoires et les complications. Il ne peut souscrire sans réserve à l'opinion de ceux qui considèrent le pneumothorax artificiel comme un traitement d'exception et un procédé destiné à bientôt disparaître de la thérapeutique. A son avis la méthode de Forlanini est le plus grand progrès réalisé en phtisiologie depuis l'institution de la cure hygiéno-diététique de Brehmer.

A. L.

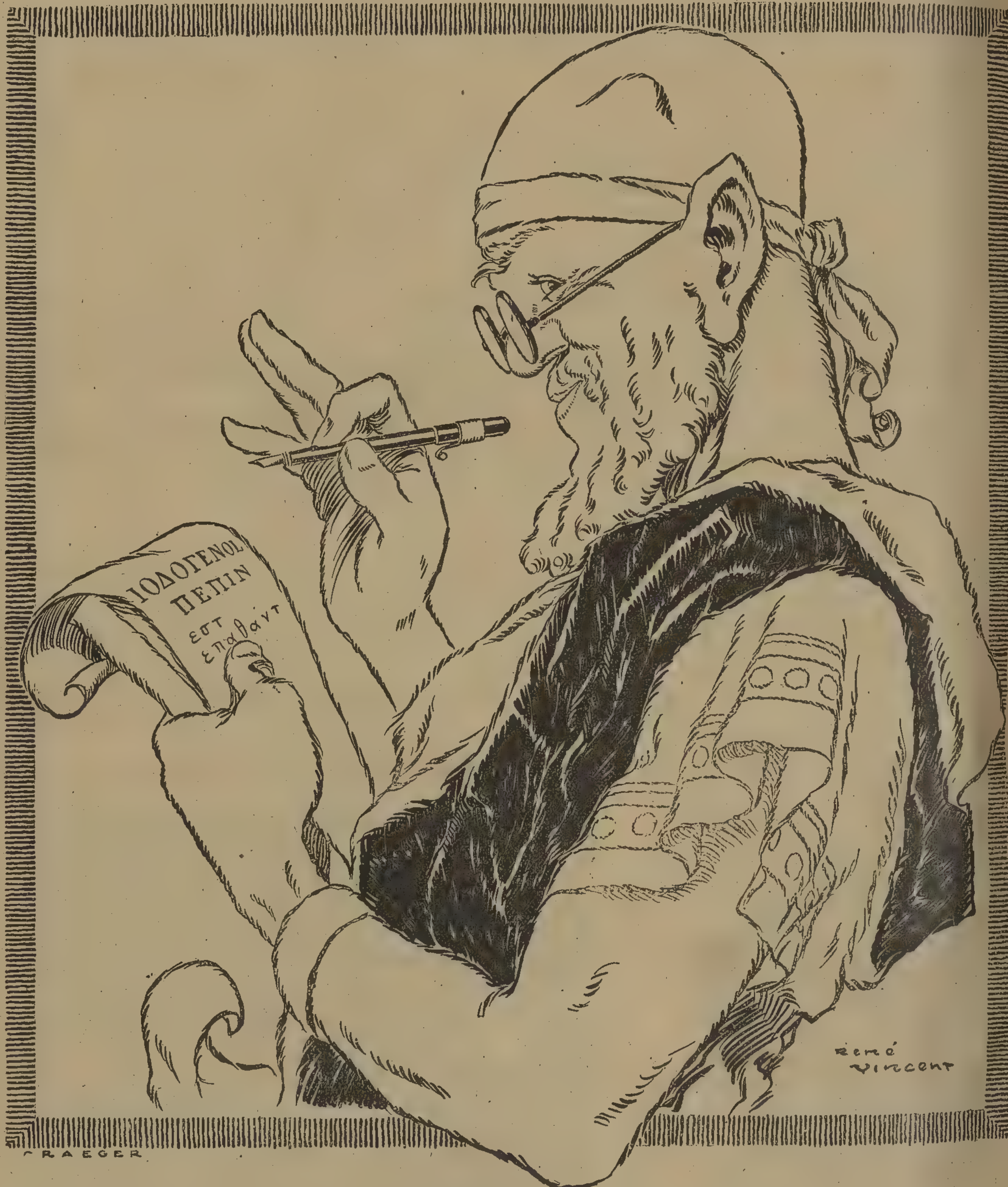
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Contribution à l'étude des pneumococcies pulmonaires traînantes et prolongées simulant la tuberculose pulmonaire, par le Dr Robert BAYLAC. (Th. de Toulouse.) In-8. — Toulouse, les Frères Douladoure.

L'Alimentation simple et économique d'après l'idée française, par le Dr MONTEUUIS (de Nice). In-8 de 190 pages. — Prix : 6 fr. — Paris, A. Maloine.

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
εστ
επαθαντ
RENÉ
VINCENT
DRAEGER

N° 84. — SAMEDI 2 OCTOBRE 1920 — 93e ANNÉE. — SAMEDI 2 OCTOBRE 1920. — N° 84.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, **20** francs par an. Étudiants étrangers, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE . 3 mois : **9** fr. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — *Pathologie.* — Séance du 27 septembre. — Question donnée : « Complications extragénitales de la blennorragie. »

M. Thuilland, 12; Mlle Gaumont, 8; MM. Granie, 7; Farrand, 14; Foulon, 17; Eurin, 13; Escoffier, 8; Gache, 15; Godard, 12; Edmond, 5; Derocque, 15; Fesquet, 14; Durand (Marcel), 16; Eliet, 17; Dubois, 13; Gastilleur, 9 1/2; Differdange, 5.

Anatomie. — Séance du 28 septembre. — Question donnée: « Articulation tibio-tarsienne. »

M. Thuilland, 10; Mlles Masse, 12; Pithon, 8; MM. Mondet, 12; Pignot, 14; Mlle Parmentier, 16 1/2; MM. Piton, 13; Menguy, 12; Maziol, 18 1/2; Merle-d'Aubigné, 18; Mlle Meyer, 9; MM. Pétrignani, 12 1/2; Mevel, 15 1/2; Martin-Saint-Laurent, 16 1/2; Mlle Oumansky, 15 1/2; MM. Quennec (Bernard), 12 1/2; Maxime (Maurice), 17.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Rouen. — Le concours de chirurgien adjoint des hôpitaux de Rouen s'est terminé par la nomination de M. J. Petit.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Angers. — M. Metzger, docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux d'anatomie.

— Caen. — Des concours seront ouverts :

1° Le lundi 4 avril 1921, devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie externe et cliniques chirurgicale et obstétricale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen;

2° Le lundi 4 avril 1921, devant la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture de ces concours.

— Dijon. — Un concours s'ouvrira, le lundi 4 juillet 1921, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon, pour un emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture de ce concours.

— Poitiers. — Un concours s'ouvrira, le lundi 4 avril 1921, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, pour un emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Ier CONGRÈS PROFESSIONNEL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DES HOPITAUX. — Le Ier Congrès professionnel des médecins et chirurgiens des hôpitaux de province aura lieu à Paris, à l'occasion du Congrès de chirurgie, les 4 et 5 octobre 1920, à 17 heures, à l'issue des séances du Congrès français de chirurgie.

Les questions à l'ordre du jour sont : L'hôpital gratuit aux seuls indigents; majoration des indemnités pour ces services. — Nouveau statut des payants, des accidentés du travail. — Pensionnés de la guerre. — Assurance en cas d'accident ou maladie professionnelle, etc.

Nommés ou non au concours, les médecins et chirurgiens des hôpitaux peuvent assister au Congrès; de même les universitaires tenant des services de clinique dans ces hôpitaux.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Reynès, chirurgien chef des hôpitaux, 9, rue Edmond-Rostand, à Marseille, ou à M. Savariaud, chirurgien des hôpitaux de Paris.

GUERRE. — Corps de santé militaire (active). — Sont promus :

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. Rouvillois, Malafosse, Blum et Dejouany.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. Conte, Remlinger, Taste, Carrive, Mendy, Blan et Picqué.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. Yvernault, Bailly, Lemoine, Mahaut, Bouclier, Malmonte, Ducourthial, Dumoulin, Guth, Charpentier et Martin.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. Vil-

laceque, Fromant, Audinot, Giraud, Carret, Fontaine, Leguay, Lépine, Jeannot, Dirat, Varnier et Giraud.

— CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES (active). — Sont promus :

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. Kerest.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. Jauréguiberry, Théleine, Javelly, Lasserre, Fleury et Dufougère.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. Crozat, Jouvelet, Carlerré, Mercier, Turgis, Gafflero, Gorjux, Vrignaud, Petel, Cartron, Simon, Morin, Buffon et Banaud.

INTERNAT DE SAINT-LAZARE. — Le 15 novembre 1920 s'ouvrira un concours pour l'admission à 8 emplois d'aide-interne titulaire et pour la désignation de 8 aides-internes provisoires collaborant au service médical de la maison d'arrêt et de correction de Saint-Lazare.

Le registre d'inscription des candidats est ouvert dès maintenant à la préfecture de police (bureau du personnel). Il sera clos le 15 octobre à 4 heures du soir.

Les candidats doivent remplir les conditions suivantes : 1° être Français ; 2° Etre âgés de moins de 30 ans (cette limite sera reculée d'autant de temps que les intéressés en auront passé sous les drapeaux pendant la guerre) ; 3° être pourvus d'au moins douze inscriptions en médecine ; 4° n'être pas reçus docteurs en médecine.

Ils doivent adresser au préfet de police : 1° une demande sur papier timbré ; 2° un extrait authentique, sur timbre, de leur acte de naissance ; 3° les pièces établissant leur situation au point de vue militaire et, s'il y a lieu, leurs services pendant la guerre ; 4° une notice indiquant leurs titres scientifiques et hospitaliers ; 5° un certificat de scolarité de date récente ; 6° une photographie de date récente.

Les internes nommés sont tenus d'assister leur chef de service au dispensaire Toussaint-Barthélemy.

Le titre d'aide-interne titulaire sera remplacé après 6 mois d'exercice et sur la proposition du chef de service par celui d'interne titulaire.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur, au *grade de chevalier* (à titre posthume) :

M. Campos (Moïse), médecin aide-major : officier très dévoué, très actif. Tué à l'ennemi en portant secours à des blessés dans un secteur très bombardé. A été cité. (*J. O.*, 23 juin 1920.)

M. Contamin (Antoine), médecin aide-major de 1re classe, observateur : officier d'élite, d'un entrain et d'un dévouement exceptionnels, gardant et maintenant autour de lui un moral élevé. Blessé grièvement, le 30 juin 1916, a succombé à ses blessures, le 1er juillet 1916. Croix de guerre avec palme. (*J. O.*, 23 juin 1920.)

M. Mazure (Joseph), médecin aide-major de 1re classe : médecin d'un moral très élevé ; s'est en toutes circonstances vaillamment comporté. A trouvé une mort glorieuse, le 9 novembre 1914. Croix de guerre avec palme. (*J. O.*, 23 juin 1920.)

M. Allanche (Pierre), médecin aide-major de 1re classe : a été mortellement frappé dans la voiture qui le transportait alors qu'il allait prodiguer ses soins à un blessé qui venait de lui être signalé. A été cité. (*J. O.*, 23 juin 1920.)

M. Barbry (Louis), médecin aide-major de 1re classe : médecin radiologue de l'ambulance, aussi modeste que brave. Evadé d'Allemagne, a voulu reprendre son service sur le front. Tué à son poste dans l'ambulance, le 23 mars 1918. A été cité. (*J. O.*, 23 juin 1920.)

M. d'Aiguillon (Jean), médecin aide-major de 1re classe : officier du Service de santé d'un dévouement admirable. A participé dans des conditions particulièrement pénibles à l'organisation du P. S. et du service de relève des blessés, lors des bombardements meurtriers des 25 et 27 juin 1916 et dans la période d'occupation qui les a suivis. Tué à son poste de secours, le 28 juin 1916. A été cité. (*J. O.*, 23 juin 1920.)

M. Chaillou (Auguste), médecin-major de 2e classe : a sollicité et obtenu la périlleuse mission d'assainir le champ de bataille de Vauquois près des tranchées ennemies. A été tué la nuit pendant qu'il accomplissait sa mission. A été cité. (*J. O.*, 23 juin 1920.)

M. Schmitt (Charles), médecin-major de 2e classe : médecin chef de l'ambulance 221, d'un dévouement absolu, d'une activité inlassable. A continué à diriger son service d'une façon remarquable sous un violent bombardement par obus de gros calibre. Tué à son poste, le 23 mars 1918, à Trosly-Loire. A été cité. (*J. O.*, 23 juin 1920.)

M. Guillaumont (Joseph), médecin aide-major de 1re classe : médecin d'un dévouement absolu ayant une haute conception de son devoir. Blessé, le 31 mai 1918, et cité à l'ordre, le 14 juin 1918. Est tombé glorieusement pour la France, le 25 octobre 1918, à Lor (Ardennes). Croix de guerre avec palme. (*J. O.*, 23 juin 1920.)

M. Barthes (Paul), médecin aide-major de 1re classe : médecin chef de service de grande valeur. Malgré un état de santé des plus médiocres, s'est prodigué pendant toute la période du 7 au 27 septembre 1916 (bataille de la Somme), pour assurer les soins à donner aux blessés et leur évacuation. A obtenu, grâce à son dévouement et à son activité, de très bons résultats dans des conditions particulièrement difficiles. Mortellement blessé, le 27 septembre 1916. A été cité. (*J. O.*, 23 juin 1920.)

M. Lecompte (Maurice), médecin aide-major : médecin d'une conscience et d'un dévouement sans bornes, au front depuis le début de la campagne, a fait preuve, notamment au cours des combats de mai et juillet 1917, du plus courageux sang-froid en dirigeant la relève des blessés sur le champ de bataille, n'hésitant jamais à se porter de sa personne sur la ligne de feu sans aucun souci du danger. A été frappé mortellement, le 26 juillet 1917, dans l'exercice de ses fonctions. A été cité. (*J. O.*, 23 juin 1920.)

M. Pages (Edouard), médecin aide-major de 1re classe : médecin aide-major de 1re classe ayant constamment fait preuve, depuis le début de la campagne et notamment le 30 août 1914, lorsque plusieurs officiers du groupe furent blessés, de sang-froid et d'une haute conscience de son devoir professionnel, n'hésitant jamais à se porter aux endroits les plus périlleux lorsqu'il jugeait sa présence nécessaire. A été mortellement blessé, le 3 juin, en accourant sous le feu de l'artillerie allemande pour relever les blessés à une pièce de son groupe établie en batterie à 1.500 m. des lignes allemandes. A été cité. (*J. O.*, 23 juin 1920.)

M. Maupin (Maurice), médecin de 1re classe : médecin d'une haute conscience et d'une bravoure admirable. Le 11 juin 1918, a marché à l'attaque avec son bataillon et a prodigué en plein champ ses soins aux blessés sous un violent feu d'artillerie et de mitrailleuses. Est tombé glorieusement dans l'accomplissement héroïque de ses fonctions. A été cité. (*J. O.*, 23 juin 1920.)

M. Caron (Eugène), médecin-major de 2e classe : au cours de l'attaque du 17 avril 1917, est tombé glorieusement à son poste pendant qu'il soignait les blessés. A été cité. (*J. O.*, 24 juin 1920.)

REMISE D'UNE AMBULANCE CHIRURGICALE AUTOMOBILE AU GOUVERNEMENT JAPONAIS. — Le ministre de la Guerre remettra le 1er octobre au représentant du gouvernement japonais une ambulance chirurgicale automobile.

Cette ambulance est exposée au Grand-Palais, du 1er au 6 octobre inclus, elle pourra être visitée de 10 à 17 heures. Entrée par la porte donnant sur le pont Alexandre III.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les Drs H. Charrier (du Pouliguen); Février, médecin principal de 1re classe; Auguste Guilhem, professeur de médecine légale à l'Université de Toulouse; Humbert (de Rambouillet), Pierchon (d'Halluin).

REVUE GÉNÉRALE

LES FORMES CLINIQUES DE LA TUBERCULOSE THORACIQUE CHEZ LES TROUPES EXOTIQUES IMPORTÉES EN FRANCE PENDANT LA GUERRE

Par Ch. ROUBIER,
Médecin des hôpitaux de Lyon.

Pour pallier à l'insuffisance numérique de nos effectifs et de la main-d'œuvre ouvrière, on fut obligé, pendant toute la durée d'une guerre aussi longue et aussi meurtrière, de mobiliser souvent à la hâte un grand nombre d'indigènes de nos colonies. Marocains, Sénégalais, Malgaches,... furent successivement dirigés sur le front, et plus tard Annamites et Tonkinois furent utilisés comme travailleurs dans les usines de guerre, puis dans la zone des armées. Chez tous les représentants de ces races colorées, qui furent importés en nombre assez considérable, les affections des voies respiratoires ont été particulièrement fréquentes; la pneumonie a décimé, à certaines époques, nos contingents sénégalais.

Tous ces individus, transplantés brusquement dans un climat bien différent du leur, exposés souvent à un surmenage intensif auquel ils n'étaient nullement accoutumés, vivant fréquemment dans des conditions hygiéniques assez déplorables, devaient fournir une proie facile à la tuberculose. Effectivement, toutes les races payèrent un assez lourd tribut à cette maladie. Comme le contingent le plus nombreux était constitué par les Sénégalais, on put tout d'abord penser que leur race était particulièrement réceptive pour le bacille de Koch. En réalité, les Indo-Chinois ont été également atteints dans d'assez grandes proportions, et, si les apparences tendent à faire croire que les individus de cette race furent plutôt favorisés, c'est d'abord parce que leurs effectifs était moins nombreux et ensuite parce que la bacillose fut chez eux souvent méconnue ou tardivement diagnostiquée. Quant aux Malgaches, ils payèrent également un assez lourd tribut à la tuberculose.

Cette maladie, évoluant sur un terrain un peu spécial, devait revêtir des formes cliniques un peu particulières. C'est bien ce qui fut constaté; les différentes races ont réagi différemment devant l'agression du bacille de Koch, et cela tient à de multiples conditions que nous essaierons de démêler dans ce travail (1) qui comprendra plusieurs chapitres :

I. Quelques considérations étiologiques sur la tuberculose des indigènes de nos colonies, dans leur pays.

II. La tuberculose chez les indigènes de nos colonies pendant leur séjour en France; variabilité de ses allures cliniques suivant les races (Algéro-Marocains, Sénégalais, Indo-Chinois, Malgaches).

III. Pathogénie : essai d'explication du polymorphisme anatomo-clinique de la tuberculose suivant les races (1).

I

Quelques considérations étiologiques sur la tuberculose des indigènes de nos colonies, dans leur pays. — La première question que l'on doit se poser est la suivante : ces indigènes sont-ils devenus tuberculeux en France, ou étaient-ils déjà atteints avant leur départ? Ou, autrement dit, la tuberculose est-elle fréquente, et existe-t-elle à l'état endémique dans nos diverses colonies? C'est là un problème plus malaisé à résoudre qu'il peut apparaître de prime abord, les opinions des auteurs étant en général assez divergentes sur ce point, et beaucoup n'étant basées que sur des examens assez superficiels.

1° Algérie et Maroc. — La réponse est toutefois facile en ce qui concerne l'Algérie et le Maroc : de l'avis de tous les auteurs, la tuberculose est actuellement très fréquente dans ces pays.

A l'époque de la conquête de l'Algérie (1830), on remarqua que les Arabes n'étaient pas tuberculeux, et on crut à une résistance spéciale que Boudin (1843) expliquait par un antagonisme entre le paludisme et la tuberculose. D'autres auteurs invoquèrent une bienfaisance particulière du climat. Mais, depuis que les races Européenne et indigène sont en contact, la bacillose s'est développée en Algérie : les Arabes sont devenus tuberculeux et sont une proie facile à la tuberculose (2).

2° Sénégal. — Au Sénégal, la phtisie serait peu commune. D'après Le Dantec (3), « tous les auteurs s'accordent à considérer la maladie comme assez rare dans le Centre-Afrique, sur la côte occidentale comme sur la côte orientale; elle serait, suivant les auteurs allemands, inconnue au Cameroun. »

Pour Lombard (4) la tuberculose existe sur toutes les côtes de l'Afrique, tandis que les régions centrales, qu'elles soient constituées par des sables, par des hauts plateaux ou par des pays fortement habités, ne la connaissent que fort peu. Marchoux (5) pense également que dans toute l'Afrique occiden-

---

(1) Les documents qui ont servi de base à ce travail ont été recueillis, les uns par nous-mêmes, dans un centre de triage de tuberculeux, les autres par notre élève, le Dr Luquet, à l'hôpital n° 67, à Fréjus. — Consulter pour plus de détails, la *Thèse de* Luquet : La tuberculose chez les troupes exotiques importées en France pendant la guerre, *Th. de Lyon*, 1919-1920.

(1) Cette Revue était déjà sous presse lorsque nous eûmes connaissance du remarquable travail du Dr Borrel sur la pneumonie et la tuberculose des troupes noires (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, mars 1920), dans lequel le lecteur pourra trouver de nombreux documents statistiques sur la tuberculose des Sénégalais pendant les diverses années de guerre, sur ses principales formes anatomo-cliniques, sur les moyens mis en œuvre pour la dépister, sur les mesures hygiéniques et prophylactiques à lui opposer.

Consulter également le travail récent de H. Gros : Contribution à l'étude des lésions anatomiques dans la tuberculose des Noirs, *Paris méd.*, 14 août 1920, p. 132.

(2) Gillot (d'Alger). La tuberculose en Algérie, *Revue de la tuberc.*, 1905, p. 384.

(3) Le Dantec. *Précis de pathologie exotique.*

(4) Lombard. *Traité de climatologie médicale*, t. IV, p. 403.

(5) Marchoux. In *Traité d'hygiène de Brouardel et Mosny*, t. XI, p. 290.

tale française, la phtisie est rare, et qu'elle atteint beaucoup plus les européens que les indigènes.

D'après V. de Rochas (1), « les nègres sont moins sujets que les blancs aux phlegmaties aiguës, mais le sont davantage aux accidents du lymphatisme; ils supportent difficilement les changements, nous ne disons pas de pays, mais de climat. Transportés dans les régions mêmes méridionales de l'Europe, à Malte, à Gibraltar, ils succombent généralement à la phtisie. »

C'est également l'avis de Bordier (2) : « Au Sénégal, il suffit qu'on déplace le nègre dans son propre pays pour que la fréquence de la tuberculose augmente. La chaleur est pour le Nègre un milieu absolument nécessaire; aussi supporte-t-il avec une grande difficulté le moindre abaissement de température; partout où le nègre se trouve avec d'autres races, il est plus disposé qu'elles à la phtisie. La mortalité des Nègres par phtisie à Gibraltar est de 43 p. 1000, et de 5,3 p. 1000 seulement chez les Anglais. »

Suivant Calmette (3), au Sénégal, le pourcentage des cuti-réactions positives à la tuberculine est très faible dans les villages de l'intérieur (4 à 5 p. 100), un peu plus élevé dans les villes côtières (20 à 30 p. 100), mais beaucoup moins fort que dans les villes européennes où le chiffre des réactions positives peut atteindre 80 et même 90 p. 100 chez l'adulte.

On peut conclure en somme à la rareté relative de la tuberculose au Sénégal, surtout quand on s'éloigne de la côte pour pénétrer dans l'intérieur du pays.

3° Indo-Chine. — En Indo-Chine la tuberculose a assez peu attiré l'attention, et la plupart des auteurs ne donnent que d'assez vagues renseignements.

Pour Lombard (4) la phtisie est très rare dans certaines régions de l'Indo-Chine, mais les Annamites n'en sont point à l'abri malgré la prédominance de la malaria. Suivant Simond (5), la maladie se rencontre parmi les indigènes des diverses races, elle est plus fréquente en Cochinchine qu'en Annam et au Cambodge, plus rare encore au Tonkin.

Jeanselme (6) admet que la tuberculose est disséminée un peu partout en Indo-Chine; elle est fréquente dans les grosses agglomérations de la Cochinchine et du Siam; elle est rare au contraire dans les solitudes du Laos et le massif montagneux de Yunnan. La tuberculose ganglionnaire est surtout répandue dans le milieu rural; dans les villes, la tuberculose viscérale et surtout la phtisie occupent la première place : c'est habituellement une forme sèche, il n'existe ni toux ni expectoration, l'évolution est lente avec formation de cavernes.

L'opinion de Grall (7) est complètement opposée : « En Indo-Chine, dit-il, la tuberculose est *très rare*, à ce point que je n'ai jamais trouvé de lésions à l'autopsie, ni dans le poumon, ni dans l'intestin, ni dans les méninges. Je n'accepte que sous les plus expresses réserves les données statistiques qui tendent à faire croire que cette maladie s'enregistre dans la proportion de 2 à 3 p. 1000 de l'effectif. J'ai déjà signalé les causes d'erreurs. » La principale cause d'erreur est constituée par les pneumopathies palustres : « Je tiens à signaler une complication du paludisme, c'est l'engouement pulmonaire que l'on constate chez les fébricitants palustres, plus spécialement à la saison froide, et qui souvent en impose pour une affection protopathique de l'appareil respiratoire. Il s'agit le plus souvent d'une détermination secondaire au cours d'accès malariens (périhépatite et périsplénite avec pleurite de voisinage et congestion de tout l'appareil respiratoire). La symptomatologie qui traduit cette association de la fièvre et de la localisation pulmonaire ressemble fort à celle des poussées aiguës de granulie, d'autant qu'elle peut s'accompagner de manifestations hémoptoïques. »

Ainsi, suivant Grall, la tuberculose serait très rare en Indo-Chine, et les sujets que l'on pourrait prendre pour des tuberculeux seraient en réalité atteints de déterminations pulmonaires du paludisme.

4° Madagascar. — Suivant Le Roy de Méricourt (1), les bronchites à marche subaiguë et chronique sont fréquentes, chez les Malgaches; la phtisie n'est pas rare non plus, et sa marche est généralement assez rapide. Pour Clarac (2), la tuberculose est moins fréquente à Madagascar qu'en Europe, et certaines races indigènes en sont à peu près indemnes; elle est moins répandue sur les hauts plateaux que sur le littoral. Les statistiques de l'hôpital indigène de Tananarive montrent que la tuberculose pulmonaire est la forme la plus commune; les tuberculoses chirurgicales (osseuses, articulaires) sont rares. La forme pulmonaire en vase clos serait la règle chez le Malgache; ce n'est que tardivement que la tuberculose devient ouverte, et dès que le foyer est ouvert, l'évolution jusque-là lente et torpide, devient rapide [Fontoymont (3)].

3° Autres colonies. — La phtisie est très répandue à la Réunion et augmente chaque année [Merveilleux (4)] ; suivant Clarac c'est la venue des recrues de cette île jusqu'à Madagascar qui élève le taux des tuberculeux militaires dans ce dernier endroit. Cette tuberculose évolue avec rapidité et devient vite ouverte.

A la Guyane [Burot et Legrand (5)], à la Martinique [Clarac (6)], la phtisie est également fréquente.

(1) V. de Rochas. *Dict. Dechambre*, art. Nègres.
(2) Bordier. *Traité de climatologie médicale.*
(3) Calmette, cité par Borrel, loc. cit., p. 112.
(4) Lombard. Loc. cit.
(5) Simond. In *Traité d'hygiène de Brouardel et Mosny*, t. XI, p. 464.
(6) Jeanselme. La tuberculose dans la presqu'île indo-chinoise et dans le Yunnan, *Revue de la tuberc.*, 1905. p. 384.
(7) Grall. *Pathologie exotique; études statistiques et cliniques en Indo-Chine*, 1900.

(1) Le Roy de Méricourt. *Dict. Dechambre*, art. Madagascar.
(2) Clarac. La tuberculose à Madagascar. *Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, 1905.
(3) Fontoymont. In *Traité d'hygiène de Brouardel et Mosny*, t. XI, p. 231.
(4) Merveilleux. *Ann. d'hyg. et de méd. col.*, 1903.
(5) Burot et Legrand. La tuberculose et les troupes coloniales, *Revue de la tuberc.*, 1897.
(6) Clarac. In *Traité d'hyg. de Brouardel et Mosny*, t. XI, p. 347.

En Nouvelle-Calédonie, ce serait surtout à elle qu'il faudrait attribuer la diminution rapide de la population indigène [Noc (1)].

En résumé, dans un grand nombre de nos colonies, la tuberculose est très répandue; dans d'autres, notamment au Sénégal, en Indo-Chine, à Madagascar, la maladie s'observe surtout dans les villes du littoral, où elle est peut-être d'importation européenne, et elle devient très rare dans le centre du pays. Or, beaucoup des indigènes, importés en France, venaient de régions lointaines, où ils vivaient en groupes peu denses; toutes les fois que dans un pays immense, réside une population de faible densité, la tuberculose y est exceptionnelle.

II

La tuberculose chez les indigènes de nos colonies pendant leur séjour en France; variabilité de ses allures cliniques suivant les races. — Après avoir donné quelques notions sommaires sur la fréquence de la tuberculose dans nos différentes colonies, nous devons étudier maintenant comment les indigènes se sont comportés devant l'agression du bacille de Koch pendant leur séjour en France.

Nous limiterons plus particulièrement notre sujet aux diverses formes de tuberculose thoracique.

A. Etude générale. — Tout le monde est bien d'accord pour admettre la grande fréquence de la tuberculose chez les représentants des races colorées importées en France. Mais il faut reconnaître que la maladie a été souvent très insidieuse dans ses débuts, et que ces races ont, d'une façon générale, offert avec moins d'évidence que la race blanche les stigmates de la phtisie. Aussi l'examen radioscopique, pratiqué systématiquement chez ces sujets, at-il révélé chez beaucoup d'entre eux, des lésions indiscutables de bacillose des organes thoraciques, alors que, cliniquement, ils ne paraissaient nullement malades. « La tuberculose est, chez de tels sujets, d'autant plus difficilement décelable par la seule investigation clinique que l'état général ne semble pas, pendant une longue période, sensiblement modifié. » [Moreau (2)].

Chez beaucoup, on constate à l'écran d'énormes hypertrophies, des ganglions du hile; ces adénopathies, plus fréquentes à droite, forment des opacités à contours souvent très nets et semblables à celles des kystes dermoïdes. Chez plusieurs de nos malades, la zone opaque avait sensiblement la forme d'un triangle, dont la base interne se confondait avec la partie supérieure du contour de l'oreillette à droite, de la paroi ventriculaire à gauche, et dont la pointe dirigée en dehors se trouvait en plein milieu du champ pulmonaire ou pouvait même atteindre la ligne axillaire. Lorsque les ganglions hypertrophiés siègent plus haut, on voit leur ombre à bords plus ou moins nets, dépasser à droite ou à gauche, l'ombre médiane; ils sont alors difficiles à distinguer de l'aorte dont ils subissent les battements.

Chez d'autres individus, il n'existe que de l'obscurité des sommets, avec absence totale d'illlumination à la toux, indiquant une infiltration parenchymateuse. Fréquentes sont les séquelles de pleurésies interlobaires anciennes, les symphyses pleurales des bases entraînant parfois des déviations importantes du cœur. Souvent, enfin, on a l'image classique de la tuberculose cavitaire, correspondant à des cavernes qui, souvent centrales, sont muettes à l'auscultation.

Il ressort de ces constatations radioscopiques faites par Moreau et beaucoup d'autres médecins que les races colorées sont très fortement entachées de tuberculose, et cela, malgré l'absence prolongée de signes cliniques et la conservation relative d'un bon état général. Ce sont là des constatations générales, visant tous les exotiques sans distinction de races.

B. Etude spéciale suivant les races. — Nous envisagerons plus particulièrement les Algéro-Marocains, les Sénégalais, les Indo-Chinois et les Malgaches; de leurs pays, en effet, nous sont venus les plus forts effectifs.

Nous négligerons les Réunionnais, les Martiniquais, les Néocalédoniens, groupes peu étudiés en raison de leur petit nombre importé en France.

1. **ALGÉRO-MAROCAINS.** — Chez les Algéro-Marocains, la tuberculose a revêtu des formes cliniques semblables à celles constatées chez les Européens. En compulsant les observations, on ne trouve rien qui puisse faire affirmer que la tuberculose, chez ces individus se soit montrée différente de notre bacillose autochtone. Les signes cliniques et radioscopiques sont les mêmes, l'évolution est semblable. La courbe thermique est parfois influencée par la coexistence fréquente du paludisme, mais dans le courant des périodes évolutives, elle offre un aspect hectique très reconnaissable. Les autopsies ont permis de vérifier l'existence de lésions ulcéro-caséeuses semblables à celles des Européens.

Nous avons pu toutefois observer, à titre de cas aberrants, des formes atypiques ressemblant à celles que présentent les Sénégalais, mais d'une façon assez exceptionnelle.

2. **SÉNÉGALAIS.** — C'est assurément chez les Nègres de la zone tropicale africaine, et en particulier, chez les Sénégalais, que l'on a vu évoluer des formes toutes spéciales et assez curieuses de bacillose. C'est que, disons-le tout de suite, chez ces sujets la tuberculose ganglionnaire médiastinale est la règle, la phtisie pulmonaire ulcéro-caséeuse étant au contraire l'exception.

Rareté de la constatation du bacille de Koch dans les crachats des Nègres. — Nous avons été frappés dans notre centre de triage de la rareté de la constatation d'une expectoration bacillifère chez un Nègre, alors même que l'examen clinique faisait soupçonner la tuberculose. D'après les opérations de notre centre de triage, la proportion générale des cracheurs de bacilles, calculée sur un total de 2.300 malades, est de 14 à 15 p. 100 du nombre

(1) Noc. In *Traité d'hygiène de Brouardel et Mosny*, t. XI, p. 498.

(2) Moreau. Fréquence de la tuberculose pulmonaire chez les représentants des races colorées importées en France, observations radiologiques, *Acad. de méd.*, 25 fév. 1919, p. 224.

total des entrants pour bronchite suspecte. Sur ces 2.300 sujets, nous trouvons 55 Sénégalais, et chez un seul de ces derniers, l'expectoration fut reconnue bacillifère. La proportion des Nègres, cracheurs de bacilles, n'a donc été que de 1,85 p. 100 dans notre statistique personnelle (1).

Formes anatomo-cliniques. — On peut observer, à vrai dire, chez ces individus, des phtisies pulmonaires ulcéro-caséeuses, semblables à celle des Européens (2), mais dont l'évolution est, en général, torpide, dont l'allure clinique rappelle celle de la phtisie cavitaire stationnaire de Bard, et dans lesquelles l'examen radioscopique montre à l'un des sommets, une image de caverne. Les tuberculoses osseuses ne sont pas très rares non plus.

Mais, le plus habituellement, les lésions bacillaires intéressent surtout le système ganglionnaire médiastinal et péribronchique, et y restent pendant longtemps cantonnées. Les ganglions, d'abord simplement hypertrophiés, puis caséeux, sont parfois d'assez petit volume (cerise), mais souvent deviennent beaucoup plus volumineux ; ils tendent alors à envahir secondairement le parenchyme pulmonaire qu'ils compriment d'abord sans le pénétrer. Les séreuses pleurale et péricardique sont atteintes par voisinage. Quant aux lésions pulmonaires, nulles au début, elles consistent plus tard en quelques tubercules discrets et plus souvent en granulations fines disséminées sur toute l'étendue des 2 poumons. Les tubercules des reins sont parfois notés. Les lésions de la rate (granulations, tubercules) s'observent fréquemment; ce serait au niveau de cet organe que se ferait, pour Dumas (3), le passage des lésions tuberculeuses du système lymphatique dans le système sanguin : suivant cet auteur, c'est seulement quand la rate est envahie qu'on trouve au niveau du poumon des granulations et des tubercules (4).

Cliniquement, ces adénopathies hilaires peuvent rester longtemps silencieuses et n'être décelables qu'à l'examen radioscopique. Le sujet accuse seulement un peu d'asthénie et d'amaigrissement, les signes d'auscultation sont nuls, et on est surpris de constater à l'écran, une zone d'opacité très nette, à contours réguliers, faisant corps avec l'ombre médiane et qui ne peut être constituée que par des amas ganglionnaires, ainsi que nous l'avons dit précédemment.

A ce moment, il est fréquent de constater la présence, dans un des creux sus-claviculaires, d'un ganglion dur, indolent, du volume d'une noisette à une noix. Ce ganglion sus-claviculaire, véritable *adénopathie hilaire montrant le nez sous la peau du sujet,* serait un des meilleurs symptômes précoces de tuberculose chez les Sénégalais : on le recherche couramment dans les hôpitaux de triage pour dépister la maladie à sa période initiale (1).

La tuberculose hilaire peut évoluer pendant longtemps sous des allures torpides; mais il arrive un moment où la scène clinique change, et où la maladie prend une marche rapide; elle amène alors la mort en quelques mois.

Parfois une adénopathie volumineuse entraîne la *mort subite* par compression des nerfs du cœur. Il en fut ainsi chez un jeune malade soigné dans notre hôpital pour une blessure, et chez lequel nous constations, un jour par hasard, des symptômes faisant penser à un volumineux épanchement pleural droit ; la ponction étant négative, nous fîmes le diagnostic de sclérose pulmonaire dense d'origine tuberculeuse probable. L'état général était conservé, la fièvre nulle, mais il existait une tachycardie permanente à 120. Ce sujet mourut brusquement, et à l'autopsie, nous trouvâmes une énorme masse médiastinale, ayant refoulé et envahi le poumon droit, qui apparut à l'examen histologique comme étant de nature tuberculeuse. L'adénopathie médiastinale était primitive, elle avait envahi secondairement le poumon (tuberculose ganglio-pulmonaire); bien tolérée pendant de nombreux mois, elle provoqua la mort subite d'une façon toute mécanique par compression des nerfs du cœur (2).

Il est toutefois exceptionnel que ces tuberculoses ganglionnaires, occasionnent des symptômes de compression des différents organes médiastinaux : elles n'en ont guère le temps, et la mort survient auparavant par toxémie ou granulie.

Bientôt, en effet, les signes généraux font leur apparition, et le malade présente un état fébrile prolongé, accompagné d'amaigrissement, de cachexie progressive, et souvent de symptômes de bronchite soit discrète, soit bruyante; les crachats ne contiennent pas de bacilles de Koch, malgré des examens répétés. Un médecin non prévenu peut, en présence d'un semblable tableau, penser à une fièvre typhoïde, au paludisme; tous les examens de laboratoire restent négatifs.

La courbe thermique décrit ensuite des oscillations, elle revêt parfois le type inverse ; tout d'abord cette fièvre peut n'incommoder nullement le sujet qui, malgré des températures de 39° ou 40°, continue à fumer, à manger, à jouer aux cartes, comme si de rien n'était, elle résiste absolument à tous les antipyrétiques. A cause de ces caractères de la fièvre, l'idée de tuberculose vient à l'esprit. Le diagnostic est quelquefois facilité par la constatation d'un ganglion sus-claviculaire ; d'autres fois, c'est une pleurésie sérofibrineuse qui fait son apparition ; parfois enfin une hémoptysie abondante peut faire croire à tort à l'existence d'une lésion pulmonaire ulcéreuse,

(1) Ch. Roubier. Quelques considérations cliniques sur la tuberculose chez les troupes noires, *Paris méd.*, 13 sept. 1919, p. 207.

(2) Pour Borrel (loc. cit., p. 122), la tuberculose commune des Européens ayant son siège initial au sommet ne se verrait que dans 5 p. 100 des cas chez le Sénégalais.

(3) Dumas. Adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse à marche rapide (cinq observations anatomo-cliniques chez des Sénégalais), *Lyon méd.*, avril 1919. — Voir aussi : Boinet. Formes cliniques de la tuberculose pulmonaire, *Marseille méd.*, 1er et 15 oct. 1919.

(4) Suivant H. Gros (loc. cit.), les tubercules de la rate s'observeraient chez 70 p. 100 des Sénégalais morts de tuberculose.

(1) A l'hôpital de Fréjus, on dépiste la tuberculose débutante chez les Nègres en recherchant : *a.* la présence d'un ou plusieurs ganglions dans le creux sus-claviculaire ; *b.* l'altération de la pigmentation de la peau, qui apparaît fréquemment au niveau des fosses sus et sous-claviculaires (in *Thèse de* Luquet).

(2) Obs. I, in *Thèse de* Luquet.

comme le fait s'est produit chez un de nos malades (1).

La fièvre à oscillations persistant, la cachexie et l'amaigrissement progressent, jusqu'à ce que se produise une explosion granulique qui emmène le malade.

Conclusions. — En terminant ce chapitre nous ne pouvons mieux faire que de résumer les conclusions du travail du Dr Borrel (2). « En dehors de tout symptôme de tuberculose, de tout signe clinique d'auscultation, de toute constatation d'amaigrissement, de toute modification du facies et de l'aspect de la peau caractéristique, la présence du ganglion sus-claviculaire est un signe de tuberculose sous toutes ses formes.

« Les autopsies appellent les conclusions suivantes :

1° La tuberculose du Sénégalais ressemble beaucoup à celle de l'enfant.

2° Les ganglions trachéo-bronchiques sont initialement pris dans 80 p. 100 des cas; le ganglion sus-claviculaire est présent dans plus de 60 p. 100 des cas.

3° La phtisie pulmonaire est rarement initiale et primitive.

4° Les formes de pneumonie et de broncho-pneumonies caséeuses sont rarement primitives; elles succèdent ordinairement à des lésions caséuses importantes des ganglions hilaires.

5° La granulie provoque la mort dans 70 p. 100 des cas, soit granulie primitive sur ganglion caséeux, soit granulie compliquant les lésions pulmonaires précédemment décrites.

On ne trouve presque jamais de formations fibreuses, d'enkystement des lésions, en un mot de réactions de guérison. La mort est rapide, en quelques mois. »

3. **INDO-CHINOIS.** — Bien peu d'études ont été consacrées à la pathologie du soldat Indo-Chinois importé en France et cela tient sans doute à ce fait que l'effectif du contingent asiatique fut toujours bien plus réduit que celui du contingent africain. Utilisés surtout comme travailleurs auxiliaires, ces individus se sont fait remarquer par leur apathie et leur nonchalance, se faisaient volontiers porter malades et traînaient souvent dans les hôpitaux pour des affections insignifiantes. La pneumonie n'a pas été signalée comme particulièrement fréquente chez eux; ce que l'on a observé communément, c'est la bronchite simple à résolution traînante, sans température, avec signes stéthoscopiques peu accusés mais longtemps persistants.

Fréquence de la tuberculose. — Les médecins qui ont été pendant la guerre chargés de services de tuberculeux ne signalent pas avoir observé un grand nombre d'Indo-Chinois porteurs de lésions bacillaires du poumon. Nous mêmes avons eu l'impression que la tuberculose pulmonaire était assez exceptionnelle chez eux : sur 25 Indo-Chinois dirigés sur notre centre de triage pour bronchite suspecte, aucun ne présentait de signes cliniques ou radioscopiques de lésions apicales, chez tous la recherche des bacilles de Koch dans les crachats fut négative. La plupart d'entre eux étaient simplement des déprimés, plusieurs avaient une bronchite traînante; trois présentaient des hémoptysies, mais il s'agissait chez eux de broncho-spirochétose de Castellani (1).

(1) Ch. Roubier. Loc. cit.
(2) Borrel. Loc. cit., p. 124.

Boinet (2) pense que les Asiatiques ont beaucoup mieux résisté que les Africains, et que chez eux la tuberculose s'est montrée beaucoup moins fréquente et moins grave.

D'autres cliniciens, en face du petit nombre d'Indo-Chinois qu'ils ont soigné pour tuberculose, expliquent le fait en admettant que l'évolution de la bacillose est plus rapide chez eux que dans les autres races, ce qui limite le temps de l'hospitalisation.

Mais il est juste de faire remarquer que la tuberculose pulmonaire primitive n'est pas la forme habituelle chez ces exotiques; chez eux, les tuberculoses chirurgicales, surtout osseuses sont particulièrement fréquentes, et les lésions pulmonaires n'apparaissent en général qu'à titre d'épiphénomène à la période terminale (3).

Formes cliniques. — Les tuberculoses osseuses sont d'observation commune, qu'il s'agisse de maux de Pott, d'ostéites costales avec abcès froids multiples, de tumeurs blanches, etc... Les foyers d'ostéite sont parfois extrêmement nombreux chez le même individu, qui peut être couvert d'abcès froids ou de fistules.

Les tuberculoses des séreuses sont également d'une grande fréquence (pleurésies, péritonites, péricardites), leur évolution est souvent traînante; elles aboutissent à des symphyses fréquemment constatées aux autopsies, notamment au niveau de la cavité péritonéale.

Les déterminations osseuses et séreuses coexistent très souvent chez le même sujet. La plupart des observations cliniques et des protocoles d'autopsies signalent leur fréquence. Quant aux lésions pulmonaires, elles existent cliniquement, mais sont au second plan dans le tableau clinique; la présence de bacilles de Koch dans les crachats est très rarement notée. Les adénopathies médiastinales sont peu fréquentes, contrairement à ce qui a lieu chez les Sénégalais. Les signes généraux assez accusés (amaigrissement, sueurs...) indiquent l'existence d'une toxémie profonde, laquelle s'accompagne souvent de dégénérescence amyloïde des viscères. Ce sont les phénomènes d'intoxication générale qui entraînent la cachexie et la mort; celle-ci peut être hâtée par une explosion granulique.

Conclusion. — La tuberculose de l'Indo-Chinois est, dans sa forme typique, assez différente de celle qu'on a coutume d'observer chez l'Européen du même âge et aussi chez le Sénégalais.

Elle atteint plus spécialement le système osseux et les séreuses.

(1) Martinet. La fuso-spirochétose trachéo-bronchique, *Th. de Lyon*, 1919-1920. — Chatrieux. Les Indo-Chinois qui crachent rouge, *Th. de Bordeaux*, 1919.
(2) Boinet. *Marseille méd.*, 15 juillet 1919.
(3) *Th.* Luquet, p. 60 et suiv.

Son évolution est lente en une région déterminée, mais elle présente une grande tendance à la généralisation.

Les lésions pulmonaires sont peu importantes et secondaires.

L'atteinte du système ganglionnaire est rare.

Les phénomènes d'intoxication générale ont d'autant plus vite raison de la résistance organique du sujet que les déterminations tuberculeuses sont plus nombreuses et plus variées. Une poussée granulique peut hâter le dénouement fatal.

4. **MALGACHES.** — Les Malgaches importés en France présentaient de grandes analogies, au point de vue extérieur, avec les Sénégalais. La plupart étaient de beaux hommes, trapus, solides, à la poitrine large, et d'une taille supérieure à la normale Européenne. Malgré ces apparences, ils furent la proie des affections pulmonaires, et en particulier de la tuberculose qui fit autant de ravages chez eux que dans les autres races.

On a pu observer chez eux des formes cliniques bien analogues à celles des Sénégalais et des Indo-Chinois; mais, dans le plus grand nombre de cas, ils ont présenté une tuberculose pulmonaire ulcéro-caséuse, avec lésions cavitaires, expectoration bacillifère, fièvre à grandes oscillations, c'est-à-dire, en somme, la forme commune de la phtisie de l'Européen adulte (1).

La tuberculose revêt souvent chez eux une allure longtemps torpide, puis à un moment donné prend une marche rapide avec tuberculisation massive du parenchyme pulmonaire. Une semblable constatation avait été faite chez ces individus dans leur propre pays, ainsi que nous l'avons signalé. Cela tiendrait à ce que ces sujets, en apparence solides, sont souvent tarés; ils ont un ventre volumineux (Moreau), une hypertrophie souvent notable du foie et de la rate d'origine paludéenne ou éthylique, et sont pour ces raisons, malgré leur aspect robuste, extrêmement sensibles à toutes les causes de débilitation.

III

Pathogénie; essai d'explication du polymorphisme anatomo-clinique de la tuberculose suivant les races. — Que la tuberculose ait été fréquente chez les représentants des races colorées importées en France, la chose n'a rien en soi de très surprenant; ce qui peut étonner, c'est la diversité d'allures qu'a revêtu la maladie suivant chacune d'elles, on peut, pour l'expliquer, faire intervenir différents facteurs.

1° *Influence du paludisme.* — Le paludisme existe à l'état endémique dans la plupart de nos colonies ; peut-il exercer une influence sur l'évolution de la tuberculose?

Depuis que Boudin eut admis, en 1843, l'existence d'un antagonisme entre le paludisme et la tuberculose, beaucoup d'auteurs signalèrent la rareté de la bacillose en pays palustre (2). Le paludisme, suivant Senoble (1) empêche l'évolution de la tuberculose, et sa disparition dans un pays, favorise l'action du bacille de Koch.

Mais cette opinion fut loin d'être confirmée ultérieurement.

Suivant Crespin (2) le paludisme agit comme une cause favorisante vis-à-vis de l'infection tuberculeuse ; la bacillose est fréquente chez les vieux paludéens, et, si elle galope quelquefois, elle subit souvent un temps d'arrêt remarquable, parfois même paraît régresser ; ce sont ces derniers faits qui ont conduit à l'idée d'un antagonisme entre la tuberculose et le paludisme, mais il ne s'agit que d'un antagonisme d'évolution, et qui ne s'applique qu'à des cas limités. C'est également l'avis de Hadje (3) : le paludisme, comme toute cachexie, prédispose à la tuberculose, mais lui imprime un cachet spécial, une marche lente et chronique.

Pour Boinet (4), le paludisme, par l'anémie qu'il entraîne et les lésions pulmonaires qu'il occasionne, prépare ou accentue la tuberculose et lui confère souvent une marche rapidement évolutive. D'ailleurs Marchiafava et Ferraresi (5) avaient constaté la fréquence de la granulie chez les paludéens.

En somme, le paludisme ne semble pas, dans la plupart des cas du moins, imprimer une allure bien particulière à une tuberculose survenue consécutivement.

2° *Influence de la syphilis.* — La syphilis est très répandue dans nos colonies, elle est très fréquente chez les Algéro-Marocains ; chez ces sujets, l'aorte apparaît souvent ectasiée à l'examen radioscopique (Moreau). A Madagascar, les deux grands fléaux sont le paludisme et la syphilis (Clarac). Or, on sait que la syphilis héréditaire et acquise crée un terrain d'élection pour la tuberculisation [Sergent (6)]; mais si, en règle générale, la tuberculose survenant chez les anciens syphilitiques tend vers la sclérose, il ne semble pas que les phtisies fibreuses aient été spécialement fréquentes chez les Algéro-Marocains; les formes ulcéro-caséeuses très évolutives y sont aussi communes que chez les Européens.

3° *Influence d'une atteinte tuberculeuse antérieure de l'organisme ; tuberculoses de 1re et 2e inoculation.* — Cette influence serait, au point de vue qui nous occupe, plus importante à envisager. D'après les notions actuellement admises, la tuberculose de l'adulte ne serait que le réveil d'une tuberculose endormie depuis l'enfance, ou la réinfection d'un organisme partiellement immunisé en même temps que sensibilisé à une nouvelle atteinte. Ou autrement dit, chez l'homme, l'infection tuberculeuse évoluerait en deux stades :

a. Le *stade de 1re inoculation*, qui s'observe chez

(1) Pour le détail des observations, consulter la *Thèse de* LUQUET.
(2) Consulter : LAVERAN, art. Paludisme, in *Traité de médecine Brouardel-Gilbert*, t. V, p. 62.

(1) SENOBLE. *Th. de Paris*, 1877.
(2) CRESPIN. Tuberculose et paludisme, *Revue de la tuberc.*, 1905, p. 376.
(3) HADJE. Rapports du paludisme avec les maladies internes, *Med. mod.*, 13 juin 1900.
(4) BOINET. Loc. cit.
(5) MARCHIAFAVA et FERRARESI. *Bull. Acad. de méd. de Rome*, 1881.
(6) SERGENT. *Etudes cliniques sur la tuberculose*, p. 162 et suiv.

l'enfant, dont la porte d'entrée serait surtout intestinale, et qui intéresse plus particulièrement le système lymphatique, et à un âge plus avancé, les séreuses.

b. Le *stade de 2e inoculation*, ou de réensemencement, toujours secondaire au premier et qui apparaît dans le cas où celui-ci a évolué vers la guérison. Ce stade est celui qu'on observe chez l'adulte, il correspond à la phtisie pulmonaire commune dont le caractère évolutif varie suivant le terrain.

En partant de ces données, on peut tenter une explication du polymorphisme de la tuberculose chez les troupes exotiques importées en France.

1° *Algéro-Marocains.* — Puisque, ainsi que nous l'avons vu, la tuberculose est actuellement très répandue en Algérie et au Maroc, la bacillose survenue chez les Algéro-Marocains venus en France, a bien des chances pour être de 2e inoculation ; elle doit donc ressembler beaucoup à celle de l'Européen adulte. C'est bien ce que l'on a pu constater et ce n'est qu'à titre exceptionnel que l'on a pu voir chez ces sujets, des cas aberrants rappelant ceux observés chez les Nègres.

2° *Sénégalais.* — Au Sénégal, la tuberculose, fréquente dans les villes côtières, devient rare à mesure qu'on s'éloigne du littoral ; aussi beaucoup de Nègres, venus de l'intérieur du pays, ont-ils été, à leur arrivée en France pour la première fois en contact avec le bacille de Koch. Ils ont présenté une tuberculose de *1re inoculation,* atteignant surtout le système ganglionnaire, rappelant celle que l'on observe chez l'enfant en Europe, mais qui, en raison de la faible résistance de ces sujets, au lieu d'aboutir à la guérison, a rapidement dégénéré en septicémie mortelle (1).

3° *Indo-Chinois.* — De même, la tuberculose étant peu commune en Indo-Chine (Grall), la bacillose des Indo-Chinois venus en France, doit être de 1re inoculation ; mais chez eux, les adénopathies sont peu fréquentes, la barrière ganglionnaire se laisse facilement franchir, et la défense lymphatique se trouve surtout au niveau des séreuses. Les tuberculoses osseuses sont fréquentes chez eux, comme chez le grand enfant en Europe, et, en raison de la faible résistance de ces sujets, les lésions se généralisent facilement et entraînent la cachexie.

4° *Malgaches.* — A Madagascar, la tuberculose serait loin d'être rare dans certaines parties de l'île. Parmi les Malgaches venus en France, les uns ont réagi à la tuberculose comme les Sénégalais ; chez les autres on a observé des phtisies pulmonaires ulcéro-caséeuses, donc 2e inoculation, comme chez les Européens.

En résumé, suivant que l'infection tuberculeuse atteint un organisme neuf ou non, elle revêtira une allure clinique différente, et c'est par ce mécanisme qu'il faudrait surtout expliquer, pensons-nous, le polymorphisme anatomo-clinique de la tuberculose chez les représentants des races colorées pendant leur séjour en France.

(1) Suivant KLOTZ (cité par BORREL), les Nègres d'Amérique se sont comportés, devant l'infection tuberculeuse, non pas comme des Sénégalais, mais comme des Blancs ; ils font les formes chroniques habituelles de la tuberculose. Cela tiendrait à ce que, vivant dans les villes au contact des Américains blancs, ils ont déjà été contagionnés dans leur enfance ; ce sont des *Noirs civilisés*.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 20 SEPTEMBRE 1920)

Sur l'obtention directe du spectre de différence des bouillons toxines. — M. FRED-VLÈS.

La prévention et le traitement de la fièvre aphteuse par le sérum ou le sang des animaux guéris. — M. Ch. LEBAILLY a traité plus de 500 animaux presque exclusivement des bovins par les injections de sérum ou de sang.

Au point de vue préventif, l'immunité obtenue dans la plupart des cas, s'est montrée de très brève durée. Dans le traitement de la maladie déclarée, la condition essentielle pour obtenir un bon résultat est d'intervenir aussitôt que possible avant ou au début de l'apparition des aphtes. On obtient, par ce procédé, une atténuation évidente des symptômes de la maladie.

C'est sur les vaches laitières que les résultats sont toujours les moins brillants. On n'empêche pas chez elles, à coup sûr, l'apparition des aphtes aux trayons. Notons qu'aucun des animaux traités n'est mort, tandis que la mortalité a existé sur les témoins.

COURS ET CONFÉRENCES

INSTITUT DE MÉDECINE COLONIALE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — L'Institut de médecine coloniale a été créé pour donner aux médecins français et étrangers un enseignement théorique et pratique des maladies tropicales. Les cours durent environ deux mois et demi. La session de 1920 commencera le 4 octobre et sera terminée vers la fin de décembre.

Diplôme. — A la fin des cours de la session, les étudiants subissent un examen en vue du diplôme de : « Médecin colonial de l'Université de Paris ».

Dispositions générales. — L'enseignement théorique et les démonstrations de laboratoire sont donnés à la Faculté de médecine (Ecole pratique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine).

L'enseignement porte sur les matières suivantes : Pathologie exotique ; — Parasitologie ; — Bactériologie ; — Hygiène et épidémiologie exotiques ; — Maladies cutanées ; — Chirurgie des pays chauds ; — Ophtalmologie ; — Règlements sanitaires.

L'enseignement est à la fois théorique, pratique et clinique. L'enseignement théorique consiste en leçons didactiques faites dans les amphithéâtres, les laboratoires de la Faculté ou les hôpitaux. L'enseignement pratique comporte des exercices et manipulations auxquels les élèves sont individuellement exercés. Ils ont lieu dans les laboratoires de la Faculté. L'enseignement clinique est donné à l'hôpital Claude-Bernard (siège de la clinique des maladies contagieuses, porte d'Aubervilliers), à l'hôpital Saint-Louis, à l'Hôtel-Dieu et à l'hôpital Pasteur (25, rue Dutot).

Sont admis à suivre les cours de l'Institut de médecine coloniale : 1° les docteurs en médecine français ; 2° les étrangers pourvus du diplôme de doctorat universitaire français, mention : médecine ; 3° les docteurs étrangers, pourvus d'un diplôme médical étranger admis par la Faculté de médecine de Paris ; 4° les étudiants en médecine des Facultés françaises, pourvus de seize inscriptions, sans distinction de nationalité ; 5° les internes en médecine des hôpitaux, à quelque degré qu'ils soient de leur scolarité. Les dames sont admises, si elles se trouvent dans l'une ou l'autre des conditions ci-dessus.

Droits à verser (1) : Un droit d'immatriculation, 20 fr. ; — Un droit de bibliothèque, 10 fr. ; — Droits de laboratoires (pathologie expérimentale, parasitologie, bactériologie), 350 fr. ; — Deux examens gratuits.

Conditions d'admission : les inscriptions sont reçues tous les jours au Secrétariat de la Faculté, de midi à 3 heures. Les titres et diplômes, et de plus, pour les étrangers, l'acte de naissance, devront être produits au moment de l'inscription.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX DE PARIS. — *Médecine générale.* — Dr A. Béclère (hôpital Saint-Antoine) : Tous les jours, de 8 à 9 h., enseignement clinique élémentaire, salles Grisolle et Magendie.

Dr G. Brouardel (hôpital Necker) : Tous les jours, à 10 h., visite dans les salles ; jeudi, à 10 h. 1/2, conférences sur les maladies des reins et les accidents du travail.

Dr A. Courcoux (hôpital Andral) : Tous les matins, à 9 h., examen clinique des malades ; jeudi, à 10 h., à partir du 4 novembre, conférences sur la séméiologie et les maladies de l'appareil respiratoire.

Dr A. Coyon (hôpital Saint-Antoine) : Mardi et samedi, à 9 h., cours de séméiologie.

Dr A. Florand (hôpital Lariboisière) : Tous les matins, à 10 h., visite dans les salles.

Dr Josué (hôpital de la Pitié) : Maladies du cœur et des vaisseaux ; lundi, à 10 h., techniques cardio-vasculaires spéciales ; mercredi, à 10 h., conférences cliniques ; vendredi, à 10 heures, consultations spéciales.

Dr Lian (hôpital Tenon, consultation de médecine) : Lundi, à 10 h., examen clinique des rénaux ; jeudi, à 10 h. 1/2, examen radioscopique des cardiaques ; vendredi, à 10 h., examen clinique des cardiaques ; samedi, à 10 h., examen graphique des cardiaques.

Dr Lortat-Jacob (hospice de Bicêtre, sanatorium Georges Clemenceau) : vendredi matin, à 10 h., examen clinique des malades ; tous les mercredis matin, traitement des dermatoses et des lupus en particulier, dans le service, par la cryothérapie.

Dr Louis Ramond (hôpital Beaujon) : Tous les jours, examen clinique des malades ; mardi et jeudi, présentation de malades ; vendredi, à 10 h., tous les 15 jours, à l'amphithéâtre de la clinique médicale du Dr Achard, leçons de séméiologie élémentaire pratique, particulièrement destinée aux étudiants de première année. *(A suivre.)*

(1) La dispense d'une partie des droits de laboratoire peut être accordée, à titre exceptionnel, par M. le Doyen, à des docteurs ou à des étudiants français qui devront adresser une demande justificative au secrétaire général de l'I. M. C.

CONGRÈS DE CHIRURGIE. — A l'occasion du Congrès de chirurgie, M. Calot (de Berck) fera dans sa clinique de Paris, 69, quai d'Orsay, le mercredi 6 octobre, de 9 h. 1/2 à midi, une série de démonstrations :

1° Du nouveau traitement de la luxation congénitale de la hanche.

2° De la scoliose et d'autres affections orthopédiques.

3° Du traitement des tuberculoses chirurgicales (adénites, coxalgies, maux de Pott, etc.), avec présentation de malades.

LIVRES NOUVEAUX

Les Emplois réservés aux victimes de la guerre (1).

L'auteur de cet opuscule a voulu donner une aide effective aux victimes de la guerre, en mettant à la portée de tous les moyens pratiques que la législation en cours leur offre de se créer une situation. La plupart des intéressés ignorent même l'effort que le législateur a fait en leur faveur, et ceux qui le connaissent sont toujours embarrassés sur les moyens à employer pour demander à la loi du 17 avril 1916 — véritable charte du pensionné da la guerre en instance d'emploi réservé — et obtenir d'elle les justes avantages qu'elle leur a réservés.

L. G.

(1) Prix : 1 fr. 50. — Paris et Limoges, Charles-Lavauzelle et Cie.

Traité d'anatomie clinique et de diagnostic médical topographique, par le Dr Busquet, médecin principal de l'armée. *Anatomie clinique, tête et cou.* In-8 de 328 pages avec 218 fig. — Paris 1920, J.-B. Baillière et fils.

Diagnostik und Thérapie der Kinderkrankheiten, par Lush. 2e édit., in-8 cartonné. — Prix : 70 marks. — Vienne (Autriche), Urban et Schwarsenberg.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le Traitement de la syphilis en clientèle. L'indispensable en syphiligraphie, par H. Gougerot, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 3e édit. revue et corrigée, 93 fig. en noir, 22 fig. en couleurs et 52 pl. hors texte (Bibliothèque des praticiens : *Comment guérir ?*). 1 vol. — Prix : 26 fr.; franco, 28 fr. 60. — Paris, A. Maloine et fils.

Les Origines de la médecine. Empirisme ou magie ? par P. Saintyves. In-8 (collection science et magie). — Librairie critique, Paris 1920, Émile Nourry.

Archives urologiques de la clinique de Necker, publiées par F. Legueu, professeur de clinique des maladies des voies urinaires, chirurgien de l'hôpital Necker. T. II, fasc. IV (juillet 1920). Prix : 12 fr. ; franco, 13 fr. 20. — Paris, A. Maloine et fils.

Domaine, traitement, prophylaxie de la syphilis, par E. Leredde. 2e édit., revue et augmentée. 1 fort vol. in-8 de 504 pages. — Prix : 32 fr. ; franco, 35 fr. 20. — Paris 1921, A. Maloine et fils.

L'Examen du malade en clientèle, par Dousset. 2e édit., 1 vol. — Prix : 6 fr. 50 ; franco, 7 fr. 15. — Paris 1920. A. Maloine et fils.

NOTES POUR L'INTERNAT

RAPPORTS DU PÉRICARDE [1]

V. SOMMET. — Irrégulier, le sommet du péricarde répond aux gros troncs artériels et plus spécialement à la portion ascendante de l'aorte et à la veine cave supérieure.

En arrière, c'est la bifurcation trachéale qui s'oppose à la bifurcation de l'artère pulmonaire délimitant avec elle un espace losangique qui contient le groupe ganglionnaire inter-trachéo-bronchique, tandis qu'à gauche plus éloigné se trouve le quadrilatère de Wrisberg pour le plexus cardiaque.

RAPPORTS INTRINSÈQUES. — Si on ouvre le péricarde, et si on luxe le cœur au dehors, on voit que le sac fibreux du péricarde est tapissé à sa face profonde par une membrane séreuse : feuillet pariétal, tandis que le cœur lui-même est recouvert d'un autre feuillet séreux, dit feuillet viscéral. Mais on ne peut bien comprendre la disposition exacte de cette séreuse, sans quelques notions embryologiques importantes à rappeler.

DÉVELOPPEMENT. — 1. Primitivement, le tube cardiaque rectiligne émet à son extrémité supérieure le bulbe artériel et à son extrémité postérieure, le sinus veineux. A ce moment, la réflexion de la séreuse au niveau des deux pédicules est des plus simples.

2. Secondairement, la torsion du tube cardiaque amène le pédicule artériel en avant des oreillettes et du pédicule veineux, amenant ainsi la formation d'un diverticule séreux entre le pédicule artériel en avant, l'oreillette gauche et la veine cave supérieure en arrière : c'est le sinus de Theile.

3. Du côté du pédicule veineux, l'apparition des deux veines caves, le développement des veines pulmonaires, vient compliquer la disposition de la séreuse faisant pour les vaisseaux des gaines plus ou moins complètes, et entre eux des culs-de-sac et des sinus plus ou moins profonds.

1° *Disposition générale de la séreuse. Coupe antéro-postérieure.* — Parti de la face antérieure de l'aorte, le péricarde revêt la face antérieure du cœur, coiffe la pointe, recouvre la base et la face postérieure, atteint le bord supérieur des oreillettes et formant une gaine incomplète aux veines pulmonaires, se réfléchit dans le feuillet pariétal. Il recouvre alors le sac fibreux, aboutissant au point de départ la face antérieure de l'aorte.

Entre les deux feuillets se trouve la cavité péricardique et le mode de réflexion de la séreuse permet la description d'un hile avec :

1. Un hile artériel;
2. Un hile veineux plus complexe;
3. Entre les deux, un diverticule : le sinus de Theile.

Toutes formations que nous allons étudier successivement.

2° *Pédicule artériel.* — Tout autour de l'aorte et de l'artère pulmonaire qui la contourne en spirale rattachée à elle par les vincula aortæ, le feuillet viscéral du péricarde forme une gaine séreuse taillée en bec de flûte aux dépens du flanc gauche et de la face postérieure.

Son bord droit remonte sur l'aorte jusqu'à l'origine du tronc artériel brachio-céphalique, mesurant 7 cm., son bord gauche atteint la bifurcation de l'artère pulmonaire, mesurant 4 cm. 1/2; sa face postérieure mesure 4 cm. de haut. Sa face antérieure, revêt donc en haut la forme d'un croissant à concavité supérieure avec deux cornes : l'une droite (corne supérieure de Haller), interposée entre la veine cave supérieure, en arrière, la crosse aortique en avant et la branche droite de l'artère pulmonaire en bas; l'autre gauche, s'insinue entre la concavité de l'aorte et la bifurcation de l'artère pulmonaire.

Sur la face antérieure de l'aorte à son origine se trouvent deux replis de la séreuse : plis semi-lunaires de Rindfleisch. L'un, le pli aortique de Concato repose sur l'aorte; l'autre, le pli infundibulaire, sur l'origine de l'artère pulmonaire, à eux deux, ils limitent le lit de l'auricule droite. Sur la face antérieure de l'artère pulmonaire, se trouve le pli de l'artère pulmonaire qui forme la limite supérieure du lit de l'auricule gauche.

3° *Sinus de Theile.* — Le péricarde ouvert, le doigt peut aisément faire le tour du bulbe artériel, car en arrière de lui existe un diverticule de la séreuse, le sinus de Theile, qui forme autour des vaisseaux un cul-de-sac circulaire : c'est un canal triangulaire à sommet inférieur, à direction transversale; il est limité en avant par l'artère pulmonaire et l'aorte, en arrière par les oreillettes et surtout l'oreillette gauche; le toit en est formé par un dédoublement du péricarde fermé qui englobe la bifurcation de l'artère pulmonaire et plus particulièrement la branche droite.

Deux orifices le font communiquer avec la grande cavité péricardique. L'orifice droit est compris entre l'aorte en avant et en dedans, la veine cave supérieure et l'auricule droite en dehors; l'orifice gauche est limité en dehors par l'auricule gauche et par la veine pulmonaire gauche supérieure, en dedans par le tronc de l'artère pulmonaire, et en haut par la branche gauche de cette artère.

Au niveau du toit du sinus, se trouve *le pli vestigial* de Marshall, reste de la veine cave supérieure gauche de l'embryon.

4° *Pédicule veineux.* — Pour le comprendre, il faut étudier *la ligne de réflexion*. Elle part de l'origine du tronc artériel brachio-céphalique, se porte sur la face antérieure de la veine cave supérieure qu'elle entoure sur les trois quarts de sa circonférence, puis elle longe la face externe de la V. P. D. S. et plus bas celle de la V. P. D. I. pour constituer à la veine cave inférieure une gaine presque complète. Elle remonte en côtoyant la face interne de la V. P. D. I. jusqu'au bord supérieur de l'oreillette gauche, d'où elle redescend vers la V. P. G. I. qu'elle contourne pour se diriger vers la V. P. G. S. dont elle enveloppe les trois quarts externes. Elle parvient ainsi au niveau de la branche gauche de l'artère pulmonaire, croise le tronc de cette artère pour passer sur la face antérieure de l'aorte notre point de départ.

Ainsi sont formés entre les divers vaisseaux des *diverticules* et autour d'eux des *gaines séreuses*.

DIVERTICULES. — Le plus important est compris entre le pédicule droit comprenant les deux veines caves et les veines pulmonaires droites, et le pédicule gauche constitué seulement par les deux veines pulmonaires gauches. C'est le *cul-de-sac de Haller* qui répond à l'oreillette gauche.

Les diverticules secondaires sont au nombre de trois à droite et de deux à gauche.

GAINES SÉREUSES. — Celle de la veine cave supérieure recouvre les trois quarts externes mesurant 3 cm. en avant et 2 cm. en arrière.

Celles des veines pulmonaires supérieures recouvrent les deux tiers ou les trois quarts de la circonférence; la face du vaisseau tournée vers le cul-de-sac de Haller est dépourvue de péricarde. La gaine mesure de 10 à 12 mm.

Celles des veines pulmonaires inférieures sont presque complètement circulaires. Un petit pédicule les rattache aux veines pulmonaires supérieures; elles ont la même longueur que les précédentes.

Celle de la veine cave inférieure recouvre les trois quarts de la circonférence du vaisseau rattachée par un court méso à celle de la V. P. D. I. Sa gaine mesure 20 mm. en avant et 24 mm. en arrière.

VAISSEAUX ET NERFS. — FEUILLET FIBRO-SÉREUX. — *Artères :* Thymiques, bronchiques œsophagiennes et diaphragmatiques supérieures.

Veines : Face postérieure : grande azygos. Face antérieure : veines diaphragmatiques supérieures, troncs innominés et veines caves supérieures. Base : mammaires internes.

Lymphatiques : Ganglions de veine cave inférieure et de groupe intertrachéo-bronchique.

Nerfs : Phréniques et récurrent droit, X et récurrent gauche et plexus cardiaque.

FEUILLET VISCÉRAL. — *Vaisseaux :* Ceux du cœur. Coronaires.

Nerfs : Plexus cardiaque.

BIBLIOGRAPHIE. — POIRIER, *Angéiologie*. — TESTUT. *Anatomie descriptive*. — TESTUT et JACOB. *Anatomie topographique*.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 79, p. 1263, et n° 81, p. 1295.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Le jury est provisoirement composé de MM. Lemierre, Ribadeau-Dumas, Babinski, Caussade, Œttinger, Lardennois, Rochard, Marcille, Moure, Le Lorier.

— Concours de l'externat. — *Pathologie.* — Séance du 29 septembre. — Question donnée : « Panaris. »

MM. Dulac, 12 ; Fremiot, 13 ; Duminil, 15 ; Desgrez, 17 ; Fulconis, 12 ; Mlle Gelé de Francony, 19 ; MM. Derome, 13 ; Gerson, 14 ; Duprez, 14 ; Foubert, 15 1/2 ; Ferrière, 18 ; Duruy, 19 ; Gauch, 10 ; Gillet, 14 ; Drouart, 12 ; Deslandres, 14 ; Ducrocquet, 15 1/2 ; Glover, 16 ; Fuchs, 9.

Séance du 30 septembre. — Question donnée : « Signes, complication de l'ulcère de l'estomac. »

MM. Frantz, 15 ; Goguel, 12 ; Grandperrin, 12 1/2 ; Garrigoux, 19 ; Gasser, 11 ; Mlle Eliche, 12 ; MM. Georges, 10 ; Géant, 14 ; Durand (André), 16 ; Brouineau, 17 ; Garand, 12 ; Mlle Gauthier-Villars, 17 ; MM. Dupoux, 9 ; Frossard, 10 1/2 ; Mlle Bastien, 12 ; M. André, 16 ; Mlle Bouisson, 19 ; MM. Aragon, 14 ; Andrillard, 5.

Séance du 2 octobre. — Question donnée : « Cancer du rein. Signes, diagnostic et traitement. »

MM. Baize, 14 ; Blondin, 18 1/2 ; Bidegaray, 16 ; Bonnerot, 14 ; de Blanchaud, 10 ; Mme Blagodatny, 10 ; MM. Andler, 10 ; Andrieu, 11 1/2 ; Ardoin, 15 ; Bourdin, 10 ; Bernard (René), 14 1/2 ; Mlle Astaix, 17 ; MM. Baillis, 13 1/2 ; Bagot, 15 1/2 ; Bernheim, 18 ; Baclesse, 13 ; Baconnet, 19 ; Bogdanovitch-Vladislav, 10.

Anatomie. — Séance du 29 septembre. — Question donnée : « Veine cave inférieure. »

MM. Poisson, 6 ; Pellerin, 13 ; Mary, 12 1/2 ; Pasquet, 12 ; Mercier, 9 ; Picard, 6 ; Pinault, 10 ; Mauvoisin, 17 ; Mayer (Maurice), 19 ; Pepin-Lehalleur, 10 ; Mazet, 8 ; Mlle Poulain, 7 ; MM. Poulet, 16 1/2 ; Queinnec (Jean), 14 ; Nativelle, 14 ; Perrin, 13 ; Milner, 15 ; Phelipeau, 18 1/2.

Séance du 30 septembre. — Question donnée : « Radial (sans ses racines d'origine). »

MM. Petithory, 5 ; Poulain, 17 ; Mlle Paturel, 10 ; MM. Martin (René), 17 1/2 ; Piedallu, 10 ; Mirault, 15 1/2 ; Pélissier, 18 1/2 ; Maritch, 3 ; Mitelette, 16 ; Paumelle, 12 ; Marx, 7 ; Pauchet, 9 ; Marot, 14 ; Peytavin, 4 ; Mlles Meurs, 18 ; Vacher, 5 ; MM. Rauglaret, 4 ; Touraine, 11 ; Serre, 10 ; Roussel (Pierre), 6 ;

Séance du 2 octobre. — Question donnée : « Artère sous-clavière droite. »

MM. Solanes, 15 1/2 ; Thoumas, 11 ; Senoze, 18 ; Thiolat, 13 1/2 ; Thionville, 7 ; Ragouneau, 16 ; Sebileau, 13 ; Rey (Louis), 8 ; Mlle Sturm, 13 1/2 ; MM. Romeyer, 18 ; Rossert, 12 ; Mlle Reynier, 13 ; MM. Saint-Pierre, 4 ; Rey (Maurice), 17 ; Mlle Téry, 11 ; M. Rudolf, 7.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Le service médical de l'Académie de France à Rome, qui avait été suspendu temporairement pendant les hostilités, est rétabli.

GUERRE. — Est nommé :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. Cadiot, médecin principal de deuxième classe, sous-directeur du Service de santé du gouvernement militaire de Paris.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Instruction publique. — *Au grade d'officier.* — MM. les Drs :

Carlier (Eugène-Victor-César), professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Lille. A dirigé au début de l'occupation allemande un service chirurgical des plus importants et s'est consacré à nos blessés avec un zèle et un dévouement à toute épreuve. Pris comme otage, a été déporté par l'ennemi au camp de Holzminden. Chevalier du 3 août 1909.

Bedard (Arnauld-Gabriel), professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Lille. Services éminents rendus pendant l'occupation. Délégué régional de la Société de secours aux blessés, a rempli sa mission avec une vigilance et une activité qui lui ont mérité tous les suffrages. Est intervenu fréquemment auprès des autorités allemandes pour la protection du corps médical français et les soins à donner à nos blessés. Chevalier du 31 décembre 1912.

Combemale (François-Auguste-Frédéric), professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Lille. Malgré le mauvais état de sa santé, aggravé par les deuils cruels qui l'ont frappé, est demeuré à son poste durant toute l'occupation et a secondé le recteur dans sa lourde tâche. A contribué par sa ferme attitude à la préservation des collections et des labora-

toires menacés par l'envahisseur. Chevalier du 13 janvier 1907. (*J. O.*, 2 oct. 1920.)

Au grade de chevalier. — MM. les Drs :

Charmeil (Paul-Jérôme-Joseph-Marie), doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Lille. Professeur d'une grande valeur, d'un patriotisme ardent et éclairé; n'a pas hésité à courir les dangers d'une tentative d'évasion pour offrir ses services à l'autorité française; 27 ans de services.

Doumer (Jean-Emile-Emmanuel), professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Lille. Par son grand courage civique, par son autorité morale, n'a cessé d'entretenir autour de lui la confiance de ses concitoyens en la victoire. A été exposé aux dangers d'une fusillade en se rendant la nuit à une ambulance extraurbaine, lors de l'affaire de Fives, en octobre 1914; 38 ans de services.

Breton (Maurice-Emile), professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Lille. A remplacé avec un zèle exceptionnel ses devoirs professionnels. En plus de l'enseignement dont il était chargé, a dirigé à l'hôpital de la Charité la clinique infantile, multipliant, avec un dévouement infatigable, ses soins aux petits malades, que les conditions économiques de l'occupation mettaient dans un état de santé défectueux; 19 ans de services.

Gérard (Ernest-Hippolyte), professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Lille. A rendu les plus grands services en organisant et en faisant fonctionner, tout en continuant son enseignement, le service des médicaments nécessaires aux malades des hôpitaux et à la population de Lille; 27 ans de services.

Fockeu (Henri-Louis-Jean-Baptiste), professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Lille. S'est acquitté, avec un désintéressement absolu, des plus utiles missions, en particulier de la direction de la pharmacie centrale des hôpitaux. Sa foi patriotique n'a jamais connu de défaillance, malgré les deuils cruels qui l'ont frappé. Lorsque les Allemands, en 1918, s'emparèrent des locaux de la Faculté, réussit-il par son sang-froid et sa fermeté à sauvegarder les collections et les instruments de laboratoire. A donné jusqu'au bout le plus bel exemple; 35 ans de services.

Vanverts (Julien-Louis), professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Lille. Chirurgien d'un hôpital auxiliaire, a fait preuve, dès le début de la guerre et notamment durant le bombardement d'octobre 1914, d'une activité et d'un dévouement exemplaires. N'a cessé, pendant toute l'occupation, de former et d'instruire des secouristes et des infirmiers. S'est prodigué avec le plus grand courage pour que les malades fussent soignés, les accouchées secourues et pour que tout enseignement à lui confié fût assuré avec fruit pour les élèves; 12 ans de services.

Guillet (Edouard-Joseph-Lucien), secrétaire des Facultés de médecine et des sciences de l'Université de Lille. Fonctionnaire des plus méritants que n'a rebuté aucun effort et qui, pendant les quatre années d'occupation, au milieu de difficultés sans nombre, a constamment payé de sa personne sans un moment de défaillance. S'est opposé à maintes reprises, avec sang-froid et fermeté aux exigences de l'ennemi qui voulait s'emparer du matériel des Facultés et occuper les locaux universitaires; 41 ans de services. (*J. O.*, 2 oct. 1920.)

Alezaïs, directeur de l'Ecole de médecine de Marseille.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — ECOLE D'INSTRUCTION ANNEXE DU SERVICE DE SANTÉ. — La prochaine réunion sera une séance de l'Ecole d'instruction annexe du Service de santé, aura lieu le lundi 18 octobre 1920, au Cercle militaire, à 20 h. 30.

La conférence sera faite sur le sujet suivant : « Conditions actuelles de traitement des blessures de guerre », par M. le prof. agrégé Lecène, chirurgien des hôpitaux. Comme d'habitude, cette conférence sera précédée d'un dîner amical à 19 heures précises (tenue civile).

Prière de renvoyer son adhésion au secrétaire général avant le 10 octobre, avec le nom et l'adresse très lisibles, si l'on veut être assuré d'un couvert.

LA SOCIÉTÉ AMICALE DES ÉLÈVES ET ANCIENS ÉLÈVES DU VAL-DE-GRACE a résolu de faire inscrire dans le cloître du Val-de-Grâce, les noms des anciens élèves, victimes de la dernière guerre.

Pour mener à bien cette œuvre onéreuse, elle ouvre une souscription faisant appel à tous ceux auxquels le culte des nobles victimes de la guerre apparaît comme un devoir de reconnaissance patriotique.

M. le ministre de la Guerre a bien voulu autoriser tous les militaires à prendre part à cette souscription.

Prière d'adresser les dons (et les plus modestes offrandes seront reçus avec reconnaissance) au trésorier de la Société, Dr Fasquelle, 8, rue Ballu, Paris, 9e.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX DE PARIS. — *Médecine générale* (suite). — Dr P. Ribierre (hôpital Tenon) : Mardi, à 9 h., consultation pour maladies du cœur et des vaisseaux; tous les autres jours, à 9 h. 1/2, enseignement au lit du malade; conférences sur les maladies du cœur et des vaisseaux (voir affiche de l'hôpital).

Dr Rist (hôpital Laënnec et dispensaire Léon-Bourgeois) : Tuberculose pulmonaire; lundi, à 9 h. 1/2, visite salle Legroux; à 11 h., leçon de séméiologie; à 14 h., pneumothorax artificiel; mardi, à 9 h. 1/2, visite salle Claude-Bernard; à 10 h. 1/2, consultation du dispensaire; mercredi, à 9 h. 1/2, visite salle Broca; à 10 h. 1/2, consultation du dispensaire; jeudi, à 9 h. 1/2, visite salle Monneret; à 11 h., leçon clinique; vendredi, à 9 h. 1/2, visite aux baraquements; à 10 h. 1/2, leçon clinique; à 14 h., consultation du dispensaire; samedi, à 9 h. 1/2, examen radioscopique (avec le Dr Maingot).

Dr Emile Sergent (hôpital de la Charité) : Lundi et vendredi matin, à 10 h. 1/2, démonstrations radiologiques sur les malades du service et sur ceux de la policlinique externe; mercredi matin, à 11 h., à partir d'une date qui sera annoncée par affiches spéciales, conférences cliniques sur la tuberculose et les maladies des voies respiratoires; samedi matin, à 10 h., consultation spéciale (policlinique) pour les malades atteints d'affections des voies respiratoires (interrogatoire et examen des malades, discussion du diagnostic, du pronostic et des indications thérapeutiques, manière de formuler et de rédiger une ordonnance; mardi et jeudi matin, à 10 h., exercices de médecine pratique et causeries cliniques au lit du malade.

Dr Souques (hospice de la Salpêtrière) : Maladies du système nerveux; mercredi, à 10 h. 1/2, à la consultation externe, présentation de malades avec discussion du diagnostic et du traitement.

Dr Emile-Weil (hôpital Tenon) : Tous les matins, de 9 h. à 11 h. 1/2, examen des malades; jeudi et dimanche, examen des entrants; samedi, à 10 h., examen radioscopique des malades.

Maladies de l'estomac et de l'intestin. — Dr Bensaude (hôpital Saint-Antoine) : Mardi, à 9 h. 1/2, examens rectoscopiques et œsophagoscopiques; vendredi, à 10 h., présentation de malades, discussion sur le diagnostic et le traitement.

Dr Enriquez (hôpital de la Pitié) : Lundi, mercredi, vendredi, à 9 h., démonstrations radioscopiques; jeudi, mardi, samedi, leçons pratiques sur les maladies du tube digestif (voir programme sur affiche spéciale).

Dr Lenoir (hôpital Saint-Antoine) : Maladies du tube digestif; tous les mercredis, à 9 h. 1/2, salle Aran, examen des malades de la consultation pour les maladies du tube digestif et de la nutrition, discussion du diagnostic et du traitement; un cours de dix leçons aura lieu pendant le mois de novembre.

Dr F. Ramond (hôpital Saint-Antoine) : Jeudi, à 10 h., présentation de malades, discussion du diagnostic et du traitement.

Dermatologie et syphiligraphie. — Dr Hudelo (hôpital Saint-Louis) : Lundi, mardi, mercredi, vendredi, samedi, à 9 h., policlinique, examen des malades et traitement.

Dr Queyrat (hôpital Cochin) : Le mercredi, à 10 h. 1/2, conférences sur les maladies vénériennes et les maladies de la peau.

A PROPOS D'UN CAS

D'OSTÉOME TRAUMATIQUE DU MUSCLE ILIAQUE

Par M. AUVRAY,
Chirurgien de l'hôpital Laënnec.

Les ostéomes du muscle iliaque, d'après les recherches que j'ai poursuivies dans la littérature médicale, doivent être considérés comme très rares. C'est ce qui m'a engagé à rapporter l'histoire d'un malade chez lequel, à la suite d'un traumatisme, j'ai assisté à la transformation progressive en tissu osseux du muscle iliaque gauche dans presque toute son étendue. Les troubles fonctionnels provoqués par la présence de l'ostéome m'ont conduit à pratiquer une intervention chirurgicale grave, l'extirpation du muscle iliaque dans sa presque totalité, opération dont j'ai pu apprécier les résultats éloignés au bout de 7 ans.

Voici d'abord l'observation du malade, je la ferai suivre de quelques commentaires sur les cas de même nature qui ont été publiés dans la Science :

Première partie de l'observation. — B... (Emmanuel), 29 ans, est entré dans mon service de Broussais, le 25 juin 1913. Il m'était adressé par le Dr Hugon pour des troubles de la station debout et de la marche, dues à un défaut d'extension du membre inférieur gauche. Le blessé racontait que le 29 juillet 1911, alors qu'il portait un assez lourd fardeau, sa jambe gauche glissa sur le bord d'un trottoir; tandis que la jambe droite restait calée, la gauche était portée en abduction forcée, mouvement qui s'accompagna d'une violente douleur.

Après l'accident, le malade put continuer son travail; mais les jours suivants, il souffrait en marchant au niveau du pli de l'aine; au bout de quelques semaines, les douleurs au lieu de diminuer augmentèrent, elles se produisaient à n'importe quel moment de la journée, lorsque le malade marchait, et peu à peu, il en vint à ne plus pouvoir étendre la jambe sur le bassin à cause d'une douleur vive qui siégeait dans la région du pli de l'aine. Un jour, en palpant la région douloureuse, il constata l'existence d'une tuméfaction qui s'était développée à la racine de la cuisse, aux confins de l'abdomen.

Au bout de plusieurs mois, comme les accidents douloureux et la tuméfaction persistaient, le malade vint à Paris et consulta à l'hôpital Cochin, en mai 1912. Il fut hospitalisé, et y resta près d'un mois. Il n'a pu me fournir aucun renseignement sur ce qui a été dit à Cochin; ce qu'il y a de certain, c'est qu'il n'y a subi aucune intervention, celle-ci, au dire du chirurgien, ne devant être suivie d'aucune amélioration.

A l'entrée du malade dans notre service, on constate des troubles fonctionnels très marqués dans le membre inférieur gauche. Quand le malade se tient dans la station debout, il a la jambe fléchie sur la cuisse, la cuisse fléchie sur le bassin et n'appuie sur le sol que par l'extrémité du pied. Quand il marche, il conserve la jambe fléchie, et se plie en avant; il ne peut se redresser sans douleurs violentes dans la région lombaire. Le malade étant couché bien à plat sur le dos, il lui est impossible d'étendre complètement la jambe, qu'il maintient toujours en flexion; s'il l'allonge et la met à plat, on constate une ensellure lombaire assez prononcée; à ce moment il souffre dans les reins, dans la fesse, et jusque dans le genou.

Tout autour de la hanche, en avant et en arrière, se voient des traces de pointes de feu et de vésicatoires.

A la palpation, on perçoit en dehors de l'éminence ilio-pectinée, une saillie dure, fixée par sa base sur le bord antérieur de l'os iliaque. Le muscle paraît déjeté en dedans par cette saillie dont la grosseur équivaut à celle d'une petite pomme; cette saillie a la consistance dure de l'os et n'est pas douloureuse aux pressions. Entre elle et le psoas qui est situé à sa partie antéro-interne, il semble qu'il existe une bourse séreuse dans laquelle on perçoit de petits froissements.

Quand on déprime la paroi abdominale antérieure, dans la fosse iliaque gauche, il semble qu'on sent profondément une traînée osseuse, qui, naissant au-dessus de la saillie osseuse que nous venons de décrire, remonte dans le muscle iliaque vers ses insertions supérieures, mais paraît cependant séparée de la première saillie par une dépression.

L'articulation de la hanche est normale, ses mouvements sont libres et se font sans craquements. Seule l'extension de la cuisse est gênée; elle est impossible aussi bien dans les mouvements provoqués que dans les mouvements spontanés. Il semble bien que l'obstacle à l'extension réside dans la tuméfaction anormale que nous avons décrite au niveau de l'arcade crurale et dans la fosse iliaque.

Le diagnostic le plus vraisemblable me paraissait être celui d'ostéome développé dans le muscle iliaque et adhérent au bord antérieur de l'os iliaque.

Première opération. — Je proposai au blessé d'intervenir pour enlever la tumeur osseuse qui me paraissait être la seule cause de tous les troubles fonctionnels observés. L'*opération* fut acceptée et pratiquée le 27 juin 1912. Une longue incision fut menée parallèlement à l'arcade crurale, qui naissait en dedans du trajet des vaisseaux fémoraux et remontait au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure pour suivre la crête iliaque environ jusqu'à sa partie moyenne. L'incision intéressait la peau et les plans sous-cutanés, l'aponévrose du grand oblique très près de l'arcade crurale et les muscles de la paroi qui furent sectionnés environ à un travers de doigt au-dessus de la crête iliaque. Cette incision demeurait, bien entendu, en dehors du péritoine et devait dans notre esprit, grâce au décollement progressif du péritoine intact, nous donner accès jusque sur la partie la plus reculée de la fosse iliaque. C'est ce qui put être fait sans grandes difficultés; la main recouverte d'une compresse put refouler progressivement le péritoine sans l'ouvrir, jusqu'au niveau des vaisseaux iliaques et jusqu'à la partie profonde de la fosse iliaque! La tumeur osseuse put être ainsi mise à découvert sur toute son étendue. Je m'attaquai d'abord à la saillie osseuse qui était située au-dessous de l'arcade crurale; cette saillie de forme arrondie était entourée par des fibres du muscle iliaque, qui s'étalaient à sa surface. Je la libérai de toutes les parties molles qui l'entouraient; je reconnus qu'elle était implantée sur le bord antérieur de l'os iliaque par un large pédicule. Après avoir récliné en dedans et bien protégé le nerf crural et les vaisseaux fémoraux, je fis la section de ce pédicule au ciseau et au maillet.

Au-dessus et en arrière de cette première saillie osseuse et séparée d'elle par une dépression très nette, existait une seconde production osseuse, dont je pus explorer avec l'œil et surtout avec le doigt le contour, en faisant récliner le péritoine et la masse intestinale à l'aide d'un large écarteur. Cette néoformation osseuse était dirigée dans le sens des fibres du muscle iliaque auxquelles elle s'était substituée, elle s'insérait par un pédicule assez étroit en haut et en arrière sur la crête iliaque non loin de l'épine iliaque postéro-supérieure. Elle s'élargissait en s'éloignant de son point d'implantation et s'étalait; sa face profonde était nettement séparée de la face interne de l'os iliaque par un espace libre. Cette seconde portion de l'ostéome fut séparée par dissection des parties molles voisines; cette dissection n'alla pas sans certaines difficultés au niveau de la face inférieure et du bord interne de l'ostéome qui était assez voisin des vaisseaux iliaques et surtout du nerf crural; une fois cette dissection terminée, le pédicule fut sectionné à l'aide du ciseau et du maillet, ce qui se fit facilement. La tumeur osseuse occupait nettement le muscle iliaque, auquel elle s'était substituée dans la plus grande partie de son étendue; ce qui restait du muscle iliaque, après enlèvement de l'ostéome, était peu de chose au niveau de la fosse iliaque; *mais la portion de ce muscle, située au-dessous de l'arcade crurale et adjacente au psoas était restée indemne.* Deux drains furent laissés dans la plaie qui sortaient par chacune de ses extrémités, puis la paroi fut reconstituée plan par plan, de même l'arcade crurale. Enfin la peau fut suturée au crin de Florence.

Suites opératoires : Dans la nuit qui suivit l'opération, le malade fut très agité; mais dès le lendemain cette agitation avait disparu. On pratiqua, à travers les drains, l'aspiration d'une certaine quantité de sang et de sérosité qui s'était épanchée dans la profondeur. Mais au bout de quelques jours, la

plaie présenta des signes d'infection, ce qui n'avait rien d'étonnant, car l'extirpation de l'ostéome avait nécessité des manipulations assez prolongées et il s'était fait un hématome profond ; on dut débrider les plans superficiels et profonds. La cicatrisation se fit par seconde intention et n'en fut retardée que de quelques jours. A la date du 3 août, le malade sortait de l'hôpital, ne présentant plus qu'une plaie superficielle large d'environ 1 cm., sur tout le trajet de l'incision. Il pouvait marcher et, de jour en jour, il constatait une amélioration.

Notre opéré est suivi pendant quelque temps, après la sortie de l'hôpital, avant de retourner dans son pays. A ce moment, la marche est possible, même quand le malade se tient absolument droit, il étend parfaitement la jambe et ne boite pour ainsi dire plus. Lorsqu'il est couché sur une table, il étend parfaitement le membre inférieur, sans qu'il se produise une ensellure lombaire. La flexion et l'abduction sont comparables à celles du membre sain. L'état général est parfait.

Examen histologique. — L'examen histologique de la tumeur osseuse a été pratiqué par notre collègue Roussy. au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté :

« On a prélevé pour l'examen histologique différents fragments qui ont été inclus en celloïdine après décalcification.

Sur les préparations histologiques on se trouve en présence d'un ostéome musculaire. Le muscle présente un degré de sclérose extrêmement marquée avec réactions inflammatoires et même dégénératives des fibres musculaires. En de nombreux points existent des lames de tissu osseux formées, soit de tissu osseux adulte, soit de tissu ostéoïde. Entre les travées osseuses existe un tissu fibrillaire correspondant à la moelle osseuse. Enfin en deux ou trois points, on voit du tissu cartilagineux qui, progressivement se transforme en tissu osseux. On saisit ainsi sur le vif le processus de la métaplasie osseuse au sein d'un muscle chroniquement enflammé et passant par les stades de tissu cartilagineux, de tissu ostéoïde pour arriver en fin de compte au tissu osseux adulte. La présence de cartilage semble autoriser, dans ce cas tout au moins, à éliminer le rôle joué par le périoste dans la transformation de l'ostéome puisque le périoste, on le sait, édifie de l'os directement sans passage par le stade cartilagineux. »

Deuxième partie de l'observation. — Le malade avait rejoint son pays dans des conditions qui permettaient d'espérer une guérison définitive.

Au mois de mars 1913, c'est-à-dire neuf mois après l'opération, je recevais les nouvelles suivantes que le Dr Hugon avait bien voulu m'envoyer :

« Le malade se tient droit et marche bien quoique en boîtant légèrement, surtout si la marche est un peu prolongée. Il ne peut pas courir, à cause des douleurs qu'il éprouverait et parce que sa jambe manque de force. La station debout prolongée est douloureuse et fatigante. Les douleurs dont se plaint le malade sont spontanées ou provoquées. Elles siègent à la racine de la cuisse, au pli de l'aine; elles ne sont jamais très violentes et consistent en élancements qui se propagent dans la cuisse. Elles apparaissent assez rarement de façon spontanée, mais elles sont toujours provoquées par les mouvements de la cuisse, surtout par l'extension. A l'examen, la cicatrice apparaît en bon état; dans la fosse iliaque on ne sent absolument rien et on ne provoque aucune douleur par la pression. Par contre, dans le pli de l'aine, là où était la première tumeur, on sent une toute petite masse arrondie, très dure, qui semble tenir à l'os sous-jacent. Cette tumeur, légèrement douloureuse à la pression, est toujours le point de départ des douleurs quand on étend la cuisse sur le bassin. »

Ce n'était pas la guérison complète que j'avais escomptée ; il semblait bien qu'il se passait quelque chose de nouveau du côté de la racine de la cuisse.

Le 14 mai 1913, le malade rentre dans mon service de Broussais. Il nous raconte ce qui s'est passé depuis qu'il a quitté au mois d'août précédent le service. Lorsqu'il sortit de l'hôpital il n'éprouvait plus aucune gêne fonctionnelle. Mais, trois semaines environ après sa sortie, les mouvements de la hanche redevenaient progressivement difficiles; cet état n'avait fait que s'accentuer en même temps que des douleurs étaient réapparues. Le malade se plaint d'une douleur assez vive au pli de l'aine, lorsqu'il essaie de se baisser ou de se relever. Il peut faire néanmoins des marches de 2 ou 3 heures, mais à la suite il éprouve une sensation de courbature assez vive dans la région lombaire des deux côtés. Nous sommes d'abord frappés par l'attitude de la cuisse qui demeure légèrement fléchie sur le bassin comme l'année précédente. L'extension complète de la cuisse est impossible. De même lorsqu'on cherche à fléchir la cuisse sur le bassin, au delà d'une certaine limite, on ne peut plus fléchir ; c'est le bassin lui-même qui se déplace et suit le mouvement. On sent qu'il existe en avant de la hanche un obstacle qui s'oppose à l'accomplissement du mouvement. La hanche, cependant, par elle-même n'est pas ankylosée, elle est gênée par quelque chose qui est en avant d'elle. L'abduction est possible, mais son amplitude est moitié moindre que du côté opposé. Dans les mouvements forcés, il existe une douleur vive au niveau de la partie externe du triangle de Scarpa.

La marche est possible, grâce à une ensellure lombaire marquée ; on remarque que la hanche du côté malade s'abaisse de 1 ou 2 cm. au moment de l'appui. A la vue, on constate une tuméfaction arrondie, située immédiatement au-dessous de l'arcade de Fallope, dans la partie externe du triangle de Scarpa. Au palper cette tuméfaction est très dure, de consistance osseuse, elle est indépendante des téguments, verticalement allongée; sa surface antérieure est convexe, ses bords latéraux et son pôle inférieur se perdent dans les masses musculaires, son extrémité supérieure paraît se continuer avec le bord antérieur de l'os iliaque, en tout cas la tumeur ne peut être mobilisée sur les plans profonds. On a l'impression qu'il s'agit là d'un gros ostéome, dont le volume paraît être celui d'un œuf de poule. La tumeur ne provoque aucun trouble de circulation, aucun trouble nerveux. Elle gêne seulement par sa présence les mouvements de la hanche, en avant de laquelle elle forme attelle. Mon impression est qu'il y a eu continuation dn processus d'ossification et que la transformation osseuse du muscle iliaque s'est poursuivie vers son insertion inférieure dans la portion de muscle qui a été laissée au moment de l'opération, c'est-à-dire dans la portion qui s'étend de l'arcade crurale à l'insertion au petit trochanter.

Mais la palpation de la fosse iliaque ne décèle aucune tuméfaction, il ne s'est pas produit de récidive de ce côté.

Les muscles de la cuisse ont conservé leur motilité, mais ils sont un peu atrophiés, il existe aux mensurations 1 cm. 1/2 de différence avec le côté sain.

Deuxième opération. — Je proposai au malade une nouvelle intervention qui fut acceptée.

Cette seconde opération fut faite le *16 mai 1913*. Je fis une incision parallèle aux vaisseaux fémoraux, mais située très en dehors d'eux, dans la partie externe du triangle de Scarpa; l'incision commençait en haut au-dessus de l'arcade crurale et descendait en bas au moins à 10 cm. au-dessous de l'arcade. Cette incision mit à nu le bord interne du couturier qui fut libéré à la sonde cannelée et récliné en dehors. En dedans je me portai immédiatement à la recherche du nerf crural que je trouvai accolé à la portion inférieure du psoas dans sa position normale. Je le libérai à l'aide d'une sonde cannelée et je le donnai à tenir à un écarteur qui demeura en place jusqu'à la fin de l'opération, protégeant le nerf. Entre le couturier et le nerf crural réclinés, on voyait en dedans un faisceau de fibres charnues rouges qui était l'extrémité inférieure du psoas.

Immédiatement, en dehors du faisceau charnu, on sentait sous le doigt la masse osseuse perçue cliniquement, qui était allongée, ayant dans son ensemble un aspect fusiforme, accollée au bord externe du faisceau psoas, et recouverte par quelques fibres musculaires pâles, dégénérées, reliquat du muscle iliaque. Le fuseau osseux se prolongeait vers l'insertion inférieure du muscle iliaque au petit trochanter. Il me semble qu'il n'y avait pas de doute, l'os s'était formé aux dépens de la portion du muscle iliaque située au-dessous de l'arcade de Fallope, celle que j'avais laissée au moment de la première opération, laquelle avait porté exclusivement au-dessus de l'arcade dans la fosse iliaque. Par sa partie supérieure l'ostéome était adhérent au bord antérieur de l'os iliaque dans sa partie externe, en dehors de l'éminence ilio-pectinée qu'on sentait très nettement et qui était distante de la

masse osseuse. Au-dessous de ce point d'insertion, l'ostéome passait en avant de l'articulation de la hanche, devant laquelle il formait attelle, mais à ce niveau, comme du reste sur tout le reste de son étendue, il était libre, entouré de fibres musculaires pâles et il ne contractait plus d'adhérences avec le squelette; il se prolongeait très bas et en dedans vers le petit trochanter. En dehors de l'ostéome se voyaient les fibres du muscle droit antérieur de la cuisse. La dissection de l'ostéome fut faite avec le bistouri et dans la profondeur, au voisinage des vaisseaux, à l'aide d'instruments mousses et de la rugine qui décortiquaient prudemment la masse osseuse. D'un coup de ciseau frappé sur le pédicule d'insertion au bassin, on sectionna ce pédicule et on dégagea complètement la masse osseuse des parties voisines en lui imprimant un léger mouvement de torsion. L'ostéome était formé d'un tissu osseux très dur. Dès qu'il eut été enlevé la flexion complète de la cuisse sur le bassin devint possible, ce qui prouve bien que la gêne des mouvements de la hanche était due à la présence du volumineux ostéome en avant de la jointure. L'impossibilité de redresser complètement la cuisse était due à l'inextensibilité de l'ostéome fixé en haut au bassin et incorporé, d'autre part, au tendon psoas iliaque. La plaie fut fermée par plusieurs plans successifs et un drain placé à l'angle inférieur.

Suites opératoires. — Le malade fut couché à plat sur un matelas au-dessous duquel avait été placée une planche, et pour assurer le maintien de l'extension du membre inférieur sur le bassin il fut maintenu à plat à l'aide de deux sangles dont l'une assurait la fixité du bassin et l'autre la fixité de la cuisse. Ce dispositif fut laissé à demeure pendant les cinq premiers jours. Le 2e jour, le drain fut enlevé. La cicatrisation fut obtenue par première intention.

Le malade fut soumis avant sa sortie du service au massage des muscles de la cuisse et aux mouvements progressivement croissants de la hanche. Lorsqu'il sortit le 10 juin du service, les mouvements de la hanche étaient presque complètement libres. Le mouvement de flexion de la cuisse sur le bassin ne s'exécutait pas cependant d'une façon aussi complète que du côté sain; le mouvement d'extension du genou se faisait avec moins de force qu'à droite; sans doute le membre n'avait pas récupéré toute sa force, mais il y avait indiscutablement une amélioration notable sur l'état antérieur. Il existait aussi une bande verticale d'anesthésie de 10 à 12 cm. de largeur sur la face antérieure de la cuisse, dans ses deux tiers inférieurs, et qui descendait jusqu'à la base de la rotule. Elle était due certainement à la section de quelques filets nerveux qu'il avait été impossible de ménager au cours d'une extirpation laborieuse.

Résultat éloigné observé sept ans après la dernière opération. — Le hasard nous a permis d'examiner notre ancien opéré le 24 janvier 1920. Nous avons constaté, en explorant la racine de la cuisse gauche, qu'il existait à nouveau, dans le triangle de Scarpa, une masse osseuse qui part du bord antérieur de l'os iliaque et descend jusqu'à l'insertion du psoas, remplissant le triangle. L'ostéome s'est reproduit là où était la tumeur enlevée dans la seconde opération.

A la palpation de la fosse iliaque, on sent une induration au-dessus de l'arcade crurale, mais la partie supérieure de la fosse iliaque paraît absolument libre.

L'état actuel des mouvements de la hanche est le suivant : l'extension complète du membre inférieur gauche est possible, c'est à peine s'il persiste pendant l'extension une légère ensellure. Le mouvement de flexion spontané de la cuisse sur le bassin est très limité, à un moment donné c'est le bassin qui est entraîné. Le mouvement d'abduction de la cuisse existe, mais il n'a pas toute son étendue. Lorsque le malade étant couché sur le dos, on immobilise, en appuyant sur leur face antérieure, les deux membres inférieurs, et que l'on invite le malade à se redresser, le mouvement de redressement du tronc se fait très facilement. Il existe un peu d'atrophie du membre à la cuisse et au mollet. La *marche est normale* et se fait sans inclinaison du tronc en avant. Lorsque le blessé se tient debout dans la position verticale, il peut projeter son pied gauche à 86 cm. en avant du pied droit et à 67 cm. en arrière du pied droit. Le *blessé insiste sur le fait qu'il a gagné à l'opération la possibilité d'avoir le tronc et le membre inférieur dans la rectitude*, ce qui rend la marche possible dans des conditions normales.

A l'heure actuelle, il est livreur et traîne une petite voiture chargée parfois de 200 à 300 kg. dans tous les coins de Paris.

En somme, l'amélioration obtenue est appréciable; quant à la tumeur osseuse qui est apparue dans le triangle de Scarpa, il est à présumer qu'elle s'est reproduite aux dépens de quelques faisceaux musculaires de l'extrémité inférieure du muscle iliaque qui n'ont pas été enlevés au moment de ma dernière opération; peut-être aussi faut-il incriminer une tendance personnelle du sujet à faire du tissu osseux. Mais le résultat fonctionnel obtenu est assez satisfaisant pour que je ne me crois pas autorisé à proposer une nouvelle opération.

Je n'ai pu réunir dans la littérature médicale qu'un petit nombre d'ostéomes développés dans le muscle iliaque. Je ne saurais affirmer, bien entendu, étant donné la difficulté et l'étendue des recherches bibliographiques actuelles, que quelques cas ne m'ont pas échappé. Quoi qu'il en soit, il s'agit là certainement d'une affection très rare et dont l'étude n'a pas été faite. Voici les faits que j'ai réunis :

En 1850, à la Société anatomique, P. Broca a présenté, au nom de Demarquay, une pièce anatomique prélevée chez un homme de 40 ans qui montrait une ossification du muscle psoas iliaque avec stalactites osseuses volumineuses remontant dans l'épaisseur du muscle dont elles reproduisaient exactement la forme et s'étendant jusque dans la fosse iliaque interne; les parties molles environnantes étaient épaissies, lardacées, et il existait une inflammation surtout au voisinage du petit trochanter; des productions osseuses nouvelles s'étaient formées autour de cette apophyse; les unes constituaient des stalactites volumineuses; les autres remontaient dans l'épaisseur du psoas iliaque.

A propos de ce cas anatomo-pathologique, Deville déclara que c'était la troisième fois qu'il avait l'occasion de constater une ossification du muscle psoas iliaque. L'articulation de la hanche est ordinairement, en pareil cas, le siège d'une arthrite chronique.

Ces observations ne sont accompagnées d'aucun détail clinique et d'aucune donnée étiologique.

Il est vraiment bien difficile de faire état de faits qui ont été présentés aussi sommairement.

Quelques années plus tard, en 1862, à la Société anatomique, Legros présentait un cas d'ossification du muscle psoas iliaque. Il s'agissait d'un homme de 35 ans qui fut autopsié à Bicêtre où il avait été traité pour une paralysie générale progressive. Chez cet homme, qui avait présenté une tuméfaction, non diagnostiquée de son vivant, au niveau de chaque hanche, on découvrit : du côté droit, une transformation partielle du muscle psoas iliaque en tissu osseux; les fibres musculaires étaient remplacées par des lamelles de tissu osseux, et entre ces lamelles osseuses existaient quelques fibres musculaires non transformées. La tumeur (ostéome musculaire) était indépendante du fémur ou des os du bassin, dont le périoste déterminait la séparation. Du côté gauche, il y avait aussi une transformation osseuse partielle, moins étendue, du psoas iliaque; elle se traduisait par quelques noyaux osseux disséminés dans l'épaisseur du muscle. Mais ici encore l'observation est muette sur les conditions dans lesquelles s'étaient développés les ostéomes et sur leur évolution clinique; l'auteur ne parle pas de lésions articulaires, et cependant il constate que, à droite, la plupart des muscles qui s'insèrent autour de l'articulation coxo-fémorale sont dégénérés dans la portion seule qui avoisine l'articulation.

Dans un article de Rothschild, paru en 1900 (Ueber Myositis Ossif. Traumat. *Brun's Beitrage für Klin. Chirurg.*, t. XVIII, p. 1), j'ai trouvé le résumé d'un cas publié par Busch, qui est une trouvaille d'autopsie de Langenbeck. Le cas est donné sans détails, et la notion d'un traumatisme antérieur n'est pas signalée. Il s'agissait d'une ossification du muscle psoas dans sa plus grande étendue; la tumeur osseuse intra-musculaire avait pris une large base d'insertion dans la fosse iliaque droite, elle sortait du bassin, passait à la façon d'un pont au-dessus de l'articulation de la hanche et venait s'implanter sur une large surface au niveau du petit trochanter.

Rothschild a encore signalé deux autres faits d'ostéome iliaque :

L'un appartient à Salmann qui dans sa thèse (Berlin 1893) a rapporté l'histoire d'un garçon de 13 ans, ayant eu antérieurement un traumatisme au niveau de la région inguinale droite. Une tuméfaction apparaissait 17 jours après l'accident et pouvait être reconnue à la palpation à deux travers de doigt au-dessous du milieu de l'arcade crurale; elle était mobile et se propageait en haut dans la fosse iliaque; l'articulation coxo-fémorale était fixée en rotation externe, flexion et abduction combinées. L'opération faite par Bergmann montra une tumeur intra-musculaire du psoas iliaque, caractérisée par des noyaux d'ossification, de grosseur variable, depuis un pois jusqu'à une noix, inclus en plein muscle. Mais nous restons sans détails sur la nature de l'opération, sur l'évolution clinique et sur la constitution histologique de la tumeur observée.

L'autre appartient à Ekstein (*Virchow Archiv.* Bd. 51) et est encore une trouvaille d'autopsie bien succinctement rapportée. « Le muscle iliaque n'était envahi par l'ossification qu'incomplètement; dans une certaine partie de son étendue il avait conservé son aspect rougeâtre; par ailleurs il avait pris par suite de la dégénérescence graisseuse des faisceaux musculaires, une teinte jaunâtre (myosite interfasciculaire conjonctive ossifiante à l'origine). »

Le prof. Lejars a publié à la Société de chirurgie en 1901, deux cas d'ostéomes précoxaux qu'il avait opérés. Chez les deux malades, la tumeur située en avant de l'articulation, apparut à la suite d'un traumatisme de la hanche; elle s'était développée progressivement pour atteindre un gros volume et elle entravait singulièrement les mouvements et les fonctions du membre. Dans les deux cas l'opération faite avec succès a montré que la tumeur n'affectait d'autres rapports que ceux d'une contiguïté plus ou moins prononcée avec le squelette de l'articulation et l'os iliaque, qu'enfin elle suivait exactement le trajet et comprenait toute l'épaisseur du psoas. Lejars fait remarquer qu'il s'agit là d'ostéomes traumatiques périarticulaires qui à la hanche paraissent exceptionnels.

Dans le travail très complet qu'il a présenté dans la *Revue de chirurgie* en 1904 sur les myostéomes traumatiques, Cahier cite un cas, non détaillé, d'ostéome du muscle iliaque, publié par Sangalli et rapporté par Schmid dans la *Revue de chirurgie* en 1890. Aucune indication bibliographique n'est donnée pour le cas de Sangalli, et il m'a été impossible de le retrouver dans la littérature médicale.

A la Société de chirurgie, en 1904, Lucien Picqué montrait un ostéome du muscle iliaque qu'il avait traité également avec succès par l'opération. Les conditions dans lesquelles s'était développé l'ostéome, recueilli chez un aliéné, ne purent être précisées. Le porteur était âgé de 30 ans et la tumeur osseuse allongée verticalement, s'étendait depuis le col fémoral jusque dans la fosse iliaque gauche; elle était adhérente au fémur. L'articulation était libre, mais la flexion de la cuisse sur le bassin était très limitée. Au cours de l'opération le pédicule d'implantation sur le fémur dut être sectionné au moyen du ciseau de Mac Ewen. Pour atteindre le sommet de la tumeur qui remontait dans la fosse iliaque jusque vers le promontoire sacré, l'arcade crurale fut relevée, le péritoine décollé, alors on put dégager la tumeur osseuse et l'enlever dans sa totalité.

Borchard (Beitrage zür Myositis ossificans, in *Deutsche Zeitschrift für Chirurg.*, vol. 68), dans une statistique de 61 cas d'ostéomes musculaires, cite trois cas d'ostéomes du psoas iliaque d'origine traumatique à la page 36, mais ces cas sont rapportés sans aucun détail et sans nom d'auteur, en sorte qu'ils sont inutilisables et qu'il pourrait parfaitement s'agir de cas déjà publiés par Rothschild.

Ewald dans un travail intitulé : Ueber Myositis ossificant nach traumat. (in *Deutsche Zeitschrift für Chirurg.*, 1910, t. CVII, p. 310-342), donne l'observation personnelle d'un homme de 44 ans, qui fit une chute en portant une charge de 62 kilogr. et eut une luxation de l'articulation coxo-fémorale droite. La radiographie pratiquée quatre mois après l'accident révéla un arrachement d'une portion osseuse du grand trochanter et une nouvelle radiographie montra quelques mois plus tard des noyaux d'ossification dans plusieurs muscles du bassin (piriforme, obturateur externe, carré crural, *muscle iliaque*), noyaux de petit volume, mais en très grand nombre.

Rocher a publié dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, en 1911, le cas d'un homme de 29 ans qui était porteur d'une tumeur blanche du genou et d'un mal de Pott dorsal inférieur; au cours de l'évolution de ces accidents tuberculeux, on constata, sans qu'il y ait eu aucun traumatisme antérieur, l'existence d'une tuméfaction de consistance osseuse, située à la partie externe du triangle de Scarpa, au-devant de l'articulation. Dix-huit mois après la constatation de cette tumeur, on se décide à l'enlever et on trouve une tumeur osseuse adhérente aux fibres du muscle iliaque au milieu duquel elle s'est développée et qui ne présente aucune continuité avec le bassin ou le fémur. L'épine iliaque antéro-supérieure était saillante, exostosique. L'ostéome pesait 35 grammes, il avait une forme presque cylindrique, il était un peu aplati et contourné en pas de vis, aspect qui s'explique parce qu'il suivait le trajet du muscle iliaque et descendait vers le petit trochanter, en contournant le col du fémur.

Telles sont les observations peu nombreuses que nous avons pu réunir et cependant nos recherches ont porté sur près d'une centaine de travaux traitant de la myosite ossifiante. Dans les ouvrages classiques allemands, anglais, américains, on ne trouve signalé aucun cas de myostéomes du psoas iliaque. Il nous a été donné de consulter des statistiques importantes : celles de Walter, Schmit, Cahier, Werner, que Tillmans a publiées dans son *Allgemeine Chirurgie*, 1907; celle de Strauss (1) (1906) concernant 127 cas de myostéomes; celle de Schulz (2) (1910) où sont consignés 413 cas publiés dans la

(1) STRAUSS. *Arch. f. klin. Chir.*, 1906, p. 78.
(2) SCHULZ. Ueber myositis ossificans, *Deut. milit. Zeit.*, 1910, hf. 4.

littérature de 1897 à 1907. Ces statistiques ne mentionnent aucune observation de myostéome du psoas iliaque. Il n'en est pas fait mention non plus dans d'importants articles publiés récemment en France par Gillet (1), Mouchet (2), Mauclaire (3), Lapointe (4). Chabrol (5) seul a signalé l'existence d'un des cas d'ostéome du psoas rapporté par le prof. Lejars. Dans la thèse toute récente de Villetard de Laguérie (6) aucun fait nouveau n'est signalé.

Il est difficile de donner une description bien complète des ostéomes du muscle iliaque d'après le petit nombre des observations publiées, et dont quelques-unes sont tout à fait insuffisantes, soit au point de vue étiologique, soit au point de vue clinique.

Les ostéomes traumatiques de la hanche me semblent devoir être rapprochés des ostéomes du coude, beaucoup plus fréquents, mais avec lesquels ils ont une grande analogie de situation et de troubles fonctionnels.

Il n'est pas douteux que dans un certain nombre de cas, ils ont certainement *une origine traumatique;* chez l'un des malades du prof. Lejars, l'ostéome était consécutif à une contusion de la hanche qui avait tenu le blessé au lit pendant un mois; chez le second malade de M. Lejars, l'ostéome s'était développé à la suite du passage d'une roue de voiture sur l'aine gauche, mais dans ce cas le blessé n'avait pas tardé à se relever et à reprendre ses occupations. Dans mon cas personnel, l'origine traumatique ne paraît pas douteuse, le malade a glissé et a fait un écart violent de la cuisse gauche; comme le blessé dont parle M. Lejars, il n'a pas été obligé d'interrompre son travail.

Ce n'est qu'au bout d'un certain temps qu'il a vu apparaître la tumeur qui s'est développée progressivement, en déterminant des troubles fonctionnels croissants. L'hypothèse d'un ostéome, consécutif à la rupture des fibres du muscle iliaque provoquée par un brusque mouvement d'écartement de la cuisse, lequel a fatalement déterminé un mouvement de défense de la part du sujet pour éviter la chute, paraît seule admissible ici. L'adhérence de l'ostéome au squelette et particulièrement au bord antérieur de l'os iliaque dans sa partie externe, là où le muscle iliaque sort du bassin, n'est pas en opposition avec cette manière de voir. Nous savons parfaitement que les ostéomes musculaires sont souvent rattachés à l'os voisin par un pédicule qui répond aux insertions du muscle au squelette; or les anatomistes décrivent un faisceau de fibres du muscle iliaque qui s'insère sur le bord antérieur de l'os iliaque dans sa partie externe, aux environs de l'épine iliaque antéro-inférieure. Le processus d'ossification s'est propagé jusqu'aux insertions de ce faisceau musculaire sur le bord antérieur de l'os, d'où l'adhérence de l'ostéome à ce niveau. On ne peut du reste expliquer la transformation du muscle dans toute son étendue en tissu osseux que par un processus de myosite ossifiante, qui s'est poursuivi, après la première opération, dans la portion du muscle qui avait été laissée en place au-dessous de l'arcade crurale. Quel est l'ostéome ou l'exostose, qui né primitivement du bassin, aurait pu se substituer au muscle iliaque dans la presque totalité de son étendue et quelle aurait été l'origne de cet ostéome ou de cette exostose puisque le traumatisme n'avait exercé aucune action directe sur le bassin? Il ne nous semble pas douteux que chez notre malade nous étions en présence d'un ostéome musculaire adhérent au squelette et d'origine traumatique. La nature infectieuse ou syphilitique de la lésion nous paraît impossible à admettre en l'absence de tout antécédent pathologique soit local, soit général; notre sujet est un travailleur très solide, exerçant le dur métier de terrassier et ne présentant aucune tare dans ses antécédents.

Quoique le nombre des observations qui est à notre disposition soit très restreint et que plusieurs d'entre elles soient fort incomplètes au point de vue étiologique, il semble bien qu'il faille admettre l'existence, à côté des cas dont nous venons de parler, *d'une catégorie de faits dans lesquels le traumatisme ne saurait être invoqué.* C'est ainsi que l'observation de Rocher paraît difficile à admettre au point de vue traumatique. Ici, la pathogénie de l'ostéome est fort difficile à établir. On ne trouve pas de traumatisme antérieur, mais l'ostéome s'est développé chez un pottique atteint de paraplégie spasmodique des membres inférieurs qui s'accompagnait de secousses cloniques d'une violence extrême, se produisant surtout à droite, c'est-à-dire du côté atteint. Il était fréquent, dit Rocher, de voir survenir involontairement des mouvements brusques de flexion de la cuisse sur le bassin; il est possible que certaines de ces très violentes contractions musculaires se soient parfois accompagnées de ruptures des fibres du muscle iliaque. C'est alors la myosite ossifiante qu'il faudrait incriminer dans la pathogénie des accidents. Mais Rocher se demande si le facteur *tuberculose* n'est pas intervenu dans la pathogénie de l'ostéome. On sait que Poncet, Gougerot (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, 1908) ont décrit les réactions néoplasiques du tissu conjonctif au bacille de Koch et décrit des *ostéomes d'origine tuberculeuse.*

Quant aux faits rapportés par Broca, par Deville, par Legros à la Société anatomique, il me semble qu'ils méritent d'être classés dans un groupe à part, distinct des cas d'ostéomes traumatiques dont il vient d'être question. Ces ossifications du muscle psoas-iliaque, suivant l'expression même des auteurs qui les ont décrites, ressemblent singulièrement aux ossifications partielles, véritables éparvins, qu'on rencontre dans les muscles autour des jointures malades (arthrites sèches, arthrites tuberculeuses); les tendons sont alors les premiers à s'ossifier et le processus se poursuit jusque dans les muscles. Chez le malade de P. Broca, l'ossification du psoas iliaque a été la conséquence d'une ostéite purulente dans laquelle l'inflammation existait surtout au voisinage du petit trochanter; des productions osseuses nouvelles se sont formées autour de cette apophyse, véritables stalactites osseuses dont quelques-unes sont remontées dans l'épaisseur du muscle iliaque, s'étendant jusque dans la fosse iliaque interne et reproduisant exactement la forme du muscle.

De même, Deville signale dans le cas qu'il a eu l'occasion d'observer, l'existence d'une arthrite chronique de la hanche.

Enfin dans le fait d'os fication du psosas iliaque

(1) GILLET. *Th. de Paris*, 1910.
(2) MOUCHET. Ostéomes musculaires, *Presse méd.*, 1910.
(3) MAUCLAIRE. *Progrès méd.*, 1911, p. 484.
(4) LAPOINTE. *Revue de chir.*, Paris, nov. 1912, n° 5.
(5) CHABROL. Contribution à l'étude des ostéomes musculaires traumatiques, *Th. de Paris*, 1912.
(6) VILLETARD DE LAGUÉRIE. Contribution à l'étude des ostéomes traumatiques adhérents du fémur, *Th. de Paris*, 13 mars 1920.

rapporté par Legros, la bilatéralité des lésions, et la constatation faite par l'auteur que, du côté le plus malade, la plupart des muscles qui s'insèrent autour de l'articulation coxo-fémorale, y compris le psoas iliaque, étaient dégénérés dans la portion seule qui avoisine l'articulation, m'incitent à penser que dans ce cas encore, nous sommes en présence *de lésions musculaires d'origine ostéo-articulaire*, bien que l'auteur ne parle pas de lésions de l'articulation.

La forme sous laquelle se présente l'ostéome est variable, suivant les cas, comme le volume de l'ostéome, qui peut rester localisé à une petite portion du muscle ou s'étendre comme dans mon observation personnelle à toute son étendue. La tumeur osseuse de forme variable, suit exactement le trajet du muscle, dont elle comprend parfois toute l'épaisseur.

Les connexions avec les parties voisines du squelette sont variables suivant les cas ; tantôt l'ostéome est nettement indépendant du squelette quoique assez intimement appliqué à sa surface (cas de Lejars) tantôt il lui est rattaché par un pédicule d'insertion plus ou moins large. L'adhérence se faisait au bord interne de la crête iliaque dans sa partie la plus reculée chez mon opéré, en même temps que par un très fort pédicule au bord antérieur de l'os iliaque. Chez le malade de Picqué, l'implantation se faisait par un large et solide pédicule au petit trochanter. Dans le cas signalé par Busch, la tumeur osseuse qui infiltrait le muscle psoas dans sa plus grande étendue, avait pris une large base d'insertion dans la fosse iliaque droite et s'implantait d'autre part sur une large surface au niveau du petit trochanter. Le plus souvent le développement de l'ostéome s'est fait dans la portion du muscle iliaque qui est en avant de l'articulation (développement précoxal) [deux cas de Lejars, cas de Rocher, cas de Picqué]; dans mon cas personnel, l'ostéome s'est développé primitivement dans la fosse iliaque; l'envahissement de la partie inférieure du muscle iliaque a été secondaire à une première opération.

On peut déduire les *caractères cliniques* de l'ostéome des caractères anatomiques que nous venons de décrire. Le plus souvent la tumeur osseuse occupe la partie la plus externe du triangle de Scarpa, elle est située en dehors des vaisseaux fémoraux et du nerf crural, et se prolonge plus ou moins vers l'épine iliaque antérosupérieure, vers la fosse iliaque interne et d'autre part, vers le petit trochanter. Fixe lorsqu'elle adhère au squelette, elle peut être mobile dans le cas contraire; Rocher pouvait, chez son malade, la mobiliser, après avoir favorisé le relâchement du muscle psoas iliaque en fléchissant la cuisse. Les mouvements imprimés à l'ostéome sur les parties profondes provoquaient des frottements osseux que Rocher a attribués aux frottements de l'ostéome contre l'articulation coxo-fémorale; c'est le seul cas où ce symptôme ait été signalé.

Mais lorsque l'ostéome occupe la fosse iliaque interne, ce qui était le cas chez mon malade, il est fort difficile d'en apprécier les contours et les caractères, étant donné la profondeur des lésions et si je n'avais pas constaté l'existence d'une première tumeur osseuse implantée sur le bord antérieur de l'os iliaque, les sensations vagues que me donnait la tuméfaction perçue au niveau de la fosse iliaque interne ne m'auraient jamais permis d'arriver au diagnostic, d'autant que la radiographie ne fournissait aucun renseignement précis sur l'existence même de l'ostéome.

Je n'ai pas trouvé d'observation dans laquelle ces ostéomes du muscle iliaque aient provoqué des troubles vasculaires. Mais, par contre, les observations signalent l'existence de douleurs souvent très vives; l'un des malades de Lejars avait conservé une douleur à l'aine gauche, simple gêne dans les premiers temps, qui s'était accusée peu à peu et était devenue extrêmement pénible depuis quelques mois. Les souffrances, atténuées au repos, devenaient très aiguës dès que le malade était debout; elles siégeaient principalement à l'aine et s'accompagnaient de crampes répétées et très pénibles tout le long de la cuisse et de la jambe ; la marche était devenue singulièrement gênée et le travail était impossible depuis près d'une année.

Les mêmes phénomènes douloureux existaient chez mon opéré, et avaient leur maximum d'acuité au niveau de l'arcade crurale ; mais lorsqu'on cherchait à mobiliser le membre la douleur irradiait dans les reins, dans la fesse et jusque dans le genou. L'ostéome imprime souvent au membre une attitude vicieuse. Chez le malade de Salmann, l'articulation coxo-fémorale était fixée en rotation externe, flexion et adduction combinées.

L'attitude du membre chez notre malade est à signaler; il demeurait, dans la position debout comme dans la position horizontale, la cuisse fléchie sur le bassin, le redressement complet du membre était impossible; le muscle, du fait de sa transformation osseuse, s'était rétracté et était devenu inextensible; dans la station debout, le malade n'appuyait sur le sol que par l'extrémité du pied. Lorsqu'il marchait, il conservait la jambe fléchie et se pliait en avant.

Les mouvements de l'articulation de la hanche sont limités, surtout lorsque l'ostéome est précoxal; chez notre blessé, l'extension complète de la cuisse était impossible. de même lorsqu'on cherchait à fléchir la cuisse sur le bassin, on ne pouvait plus fléchir au delà d'une certaine limite ; c'est le bassin lui-même qui se déplaçait et suivait le mouvement. L'ostéome jouant le rôle d'une attelle placée en avant de l'articulation, s'opposait à la flexion. Plusieurs auteurs ont insisté sur ce bloquage de la jointure, qui, cependant par elle-même n'est pas ankylosée.

Le *diagnostic* de pareilles lésions est assez difficile, d'autant plus qu'elles sont très rares, très difficilement accessibles au palper, lorsqu'elles occupent exclusivement la fosse iliaque interne et que la radiographie ne fournit (surtout dans ce dernier cas) que des renseignements très incertains. Chez mon malade, rien ne révélait sur la plaque radiographique, au moment de notre première opération, l'existence de l'ostéome implanté sur la fosse iliaque interne et sur le bord antérieur de l'os iliaque, seule la palpation profonde nous avait fourni quelques vagues sensations sur l'existence d'une tumeur osseuse, et c'est la notion d'un traumatisme antérieur qui nous avait fait songer à la possibilité d'un ostéome traumatique du muscle iliaque. Cependant lorsque l'ostéome est situé plus superficiellement, la radiographie peut en révéler l'existence; en effet, lorsque le malade revint plus tard nous trouver et dut subir une nouvelle opération, la radiographie

de la hanche prise sous un certain angle nous permit de constater l'existence d'une néoformation osseuse dans la partie toute inférieure du muscle iliaque au voisinage de ses insertions sur le petit trochanter. Dans le cas de Rocher, la radiographie avait permis également de révéler un ostéome, qui occupait le triangle de Scarpa.

Il est évident que dans les cas auxquels nous faisons allusion, le diagnostic est surtout hésitant avec le sarcome ossifiant; le prof. Lejars dans sa communication à la Société de chirurgie insistait sur ce diagnostic.

Les ostéomes du muscle iliaque sont de ceux qui, par la gravité des troubles fonctionnels qu'ils déterminent, conduisent à une *intervention chirurgicale*. En effet, les douleurs souvent très vives éprouvées par les malades, la gêne mécanique croissante apportée aux mouvements de la hanche, font de ces malades de véritables infirmes. Bien entendu ici, comme pour les autres ostéomes, il ne faut opérer que lorsque l'ostéome est arrivé à maturité, lorsqu'on a acquis la certitude qu'il s'est arrêté dans son évolution et qu'il ne subira aucune régression spontanée. Je n'avais, malheureusement, dans le cas qui m'est personnel, aucun renseignement sur l'évolution antérieure de l'ostéome, le malade venait de province sans diagnostic et les renseignements que peut, en pareil cas, fournir la radiographie, faisaient défaut, puisque ici l'image radiographique ne décelait même pas l'existence de l'ostéome. Or, la suite a prouvé, bien que j'aie opéré un an après le traumatisme, que j'étais intervenu trop tôt, puisque la portion du muscle iliaque située au-dessous de l'arcade crurale que j'avais laissée en place s'est transformée, elle aussi, en tissu osseux, et que j'ai dû pratiquer secondairement son extirpation.

La gravité de l'opération est bien différente suivant que l'ostéome occupe la partie inférieure du muscle iliaque, qu'il forme une tumeur localisée à la partie externe du triangle de Scarpa, au-dessous de l'arcade de Fallope, ou qu'il siège profondément dans la fosse iliaque interne. Dans le premier cas son accès est facile, et par une incision faite dans le triangle de Scarpa, parallèlement à la direction des vaisseaux mais un peu en dehors d'eux, il est relativement aisé d'extirper l'ostéome. L'opération devient plus pénible lorsque l'ostéome occupe la fosse iliaque et surtout, ce qui était le cas chez mon opéré, lorsqu'il s'insère par un pédicule profond à la crête iliaque interne dans sa partie la plus reculée. Je recommande, pour avoir du jour, de poursuivre très loin en arrière l'incision faite parallèlement à la crête iliaque; cette longue incision, après décollement du péritoine bien entendu, permet sans trop de difficultés de contourner l'ostéome avec le bistouri, de sectionner le pédicule d'insertion s'il résiste, en voyant ce que l'on fait car il serait dangereux d'agir à l'aveugle dans la profondeur. Rien ne serait plus difficile et plus dangereux que de tenter l'extirpation d'un ostéome se présentant dans les conditions que nous avons observées à travers une incision étroite.

Le décollement du péritoine de la fosse iliaque est facilement réalisé, la main recouverte d'une compresse décolle et refoule progressivement en dedans la séreuse; en s'aidant d'une large valve pour écarter péritoine et intestin et d'une inclinaison latérale de la table d'opération, qui éloigne la masse intestinale du champ opératoire, on obtient un jour suffisant pour mener à bien l'opération, quelque délicate qu'elle soit.

Si l'ostéome ne pouvait être contourné par le bistouri dans toute son étendue et enlevé en bloc, on pourrait procéder, comme l'a fait M. Lejars, à son ablation par morcellement. Rocher, chez son malade, a fait l'extirpation intracapsulaire de l'ostéome; je crois pour ma part, étant donné la facilité avec laquelle se font les récidives, qu'il est préférable d'enlever non seulement la tumeur osseuse elle-même, mais aussi tous les tissus fibreux qui l'entourentet qui ressemblent plus ou moins à une capsule.

Il était intéressant de savoir ce que devenaient les fonctions du membre inférieur à la suite de ces extirpations plus ou moins étendues du muscle iliaque. Nous avons revu notre malade 7 ans après sa seconde opération. Nous lui avions enlevé, en somme, la presque totalité du muscle iliaque, et cependant notre opération n'a peut-être pas encore été assez complète puisque dans la portion inférieure du muscle, là où nous avions respecté quelques faisceaux musculaires, l'ostéome s'est reproduit. A l'heure actuelle, il persiste une limitation de tous les mouvements de la hanche, surtout du mouvement de flexion. Mais le sujet ne souffre plus alors qu'autrefois les douleurs étaient assez aiguës. La marche est normale et se fait sans inclinaison du tronc en avant. Le blessé insiste sur le fait qu'il a gagné à l'opération la possibilité d'avoir le tronc et le membre inférieur dans la rectitude, ce qui rend la marche possible dans des conditions normales. Or, n'oublions pas que, auparavant, le malade demeurait dans la position debout, comme dans la position couchée, la cuisse fléchie sur le bassin; le redressement complet du membre était impossible; dans la station debout le malade n'appuyait sur le sol que par l'extrémité du pied; quand il marchait, il conservait la jambe fléchie et se pliait en avant. Le fonctionnement du membre est suffisamment bon pour que notre opéré exerce le métier de livreur et traîne à travers les rues de Paris une petite voiture chargée parfois de plusieurs centaines de kilos. J'ai donc le droit de conclure que l'opération qui lui avait été refusée, et que j'ai consenti à exécuter, a eu un résultat très appréciable.

ACTUALITÉS

LE DEUXIÈME CONGRÈS DE LA NATALITÉ

Le deuxième Congrès de la natalité s'est tenu à Rouen, du 23 au 26 septembre dernier, sous la présidence, en l'absence de M. ISAAC, de M. PASCALIS, président de la Fédération des Chambres de commerce. J'ai déjà dit, en parlant du premier Congrès (*Gaz. des hôpit.*, 1919, n° 67, p. 1057), de quelle importance est le fait que les Chambres de commerce et avec elles les groupements sociaux et économiques les plus divers aient pris la tête du mouvement en faveur de la repopulation et tentent de l'organiser d'une manière pratique et efficace. C'est là le signe évident que ce mouvement gagne en profondeur, encore qu'un certain parti semble s'en désintéresser ou même lui être défavorable; mais les expériences tragiques du communisme à la LÉNINE, dont on connaîtra que plus tard tous les résultats, arriveront, il faut le souhaiter, à modifier, sous ce rapport comme sous plusieurs autres, les opinions actuelles du prolétariat avancé.

Quoiqu'il en soit le Congrès de Rouen a suivi les voies que celui de Nancy lui avait tracées et le travail s'est trouvé, ici aussi, facilité par sa répartition entre les commissions, éducation et enseignement, action religieuse, hygiène et puériculture, action des pouvoirs publics, action professionnelle, propagande, etc. Il est difficile d'apprécier dès maintenant la valeur pratique des idées qui ont été émises et dont la discussion nous entraînerait trop loin. Signalons cependant le rapport de M. Lafosse sur les logements ouvriers, et celui de M. Deschamps, président de la Société industrielle de Rouen, sur le sursalaire familial, rapports documentés, intéressants, qui indiquent dans quelle direction économique et hygiénique évolue la majorité des congressistes. Cette double tendance s'est particulièrement affirmée à la 3e commission (puériculture), où notre ami Granjux (1) a insisté sur l'extension de l'*œuvre* de Grancher et sur l'organisation urgente des cantines scolaires rurales, et où MM. Boucher, Trépeau, Vermont, etc., ont demandé l'institution de primes et d'avantages sérieux pour la natalité, l'allaitement maternel et les familles nombreuses. Une visite à la *Maison familiale départementale* du Mont-Saint-Aignan comprenant maternité, pouponnière, garderie et école maternelle, école élémentaire, hôpital d'enfants, a montré ce que la collectivité régionale peut déjà faire pour l'enfant des classes laborieuses, et nous espérons que cet exemple sera bientôt suivi. Enfin, le dimanche 26, jour de la clôture, les ministres des différents cultes, catholique, protestant, israélite, ont simultanément célébré des offices et prononcé des allocutions sur la signification et les devoirs du mariage religieux. C'est là une manifestation d'une très haute portée, attendu que le problème de la natalité est essentiellement et fondamentalement d'ordre moral, et que, par conséquent, les mesures hygiéniques, économiques et législatives, si complètes qu'elles semblent, ne sauraient à elles seules en fournir une solution satisfaisante.

De tels efforts témoignent d'une ferme volonté d'aboutir à des résultats. Ceux-ci sont déjà perceptibles. Bien que l'accroissement constaté du nombre des naissances dans toute la France puisse être en partie imputé à l'effet de la loi de récupération, il y faut néanmoins reconnaître aussi l'influence de la volonté des parents. D'ailleurs la famille française n'est sans doute pas aussi tarée qu'on le croit, surtout à l'étranger, dont les informations sont superficielles ou déformées à plaisir. C'est ainsi que la loi du 7 avril 1917 relative à la légitimation des enfants dont les parents se sont trouvés, par la mobilisation du père et le décès de celui-ci, dans l'impossibilité de contracter mariage, a été parfois, faute de renseignements, mal comprise ; on y a vu, en Amérique notamment, une sorte de prime à la mauvaise conduite, alors que, au contraire, elle ne peut qu'élever le niveau moral de l'enfant et de la mère. D'autre part, on trouve aujourd'hui, dans certains journaux, des enquêtes sur la crise du mariage, en apparence bien décourageantes, mais à voir les choses de près, on s'aperçoit que les éléments de ces enquêtes sont empruntés principalement à des élucubrations de bas-bleus en mal de psychologie ou d'esprits faux et aigris dont les dires, par conséquent, ne doivent être ni généralisés ni pris au pied de la lettre. Pour corriger cette impres-

(1) Nous tenons à remercier le Dr Granjux d'avoir bien voulu nous communiquer ses documents.

Manuel médical. Formulaire thérapeutique, par le docteur Ernest LIOTARD (de Nice). — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

sion fâcheuse et inexacte, il suffit d'ouvrir l'*Officiel* du 29 septembre dernier, qui donne, en 57 pages de 3 colonnes, les noms des familles de 6 à 14 enfants et davantage, auxquelles est décerné la « médaille de la famille française ». Bien que rare encore, la grande fécondité des ménages n'est donc pas, chez nous, exceptionnelle et c'est à la rendre de plus en plus fréquente que contribueront les Congrès de la natalité et la mise en œuvre des mesures multiples dont ils prennent l'initiative. Le temps presse cependant et tous, élites, bourgeois, ouvriers de France, doivent comprendre qu'ils ont un intérêt commun : il ne faut pas que continue de s'amoindrir la race qui a sauvé la civilisation et la liberté du monde.

J. LAUMONIER.

NOTES POUR L'INTERNAT

EMPHYSÈME PULMONAIRE

L'emphysème pulmonaire est un état pathologique, caractérisé par la dilatation permanente du tissu pulmonaire par l'air, avec perte de l'élasticité et atrophie des parois des alvéoles pulmonaires. On entend sous ce nom l'*emphysème alvéolaire* ou intralobulaire, différent de l'*emphysème interstitiel* ou interlobulaire. Ce dernier est plutôt une complication du précédent et il est dû à la rupture d'une vésicule et au passage d'air dans le tissu interstitiel du poumon.

D'autre part, les classiques ont coutume d'opposer l'*emphysème-lésion*, qui n'est qu'une lésion partielle discrète autour d'autres affections pleuro-pulmonaires, à l'*emphysème-maladie* qui est une lésion diffuse généralisée associée toujours à de la bronchite chronique. C'est cet emphysème-maladie que l'on doit étudier ici.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — 1° **Macroscopiquement.** — A l'autopsie, après avoir enlevé le plastron sterno-costal, les poumons font saillie; ils sont distendus et augmentés de volume, surtout au niveau du sommet et du bord antérieur.

L'aspect extérieur du poumon montre une surface gris blanchâtre, décolorée, avec, par places, des vésicules et des petites bulles qui ne sont que des alvéoles distendues à l'excès. Le pourtour des lobules est marqué par des traînées noirâtres d'anthracose. Le poumon est de consistance moelleuse; sensation de duvet (Laënnec) ne crépitant pas sous le doigt et donnant un bruissement caractéristique. Jeté dans l'eau, un morceau de poumon surnage sans presque s'enfoncer.

Le plus souvent, l'emphysème pulmonaire prédomine d'un côté, et surtout au niveau du sommet et du bord antérieur.

A la coupe, le tissu pulmonaire fuit sous le couteau; il se coupe mal. Le parenchyme est exsangue et les bulles gazeuses s'échappent lentement. A ces lésions se surajoutent de la congestion, de l'œdème des bases, de la bronchite chronique, des adhérences pleurales et de la tuberculose pulmonaire. Le cœur peut présenter aussi une distension des cavités droites.

2° **Microscopiquement.** — Dans un premier degré, les alvéoles pulmonaires sont seulement agrandies, distendues.

Dans un deuxième degré, les cloisons interalvéolaires, amincies, se perforent, se ratatinent sur elles-mêmes. Elles se présentent comme des moignons rétractés, renflés en massue, ou terminés par un pinceau de fibrilles.

L'endothélium présente des lésions de dégénérescence granulo-graisseuse et parfois il est desquamé.

Les capillaires sont souvent oblitérés, disparus et dessinent des mailles exagérément larges.

Les fibres élastiques sont altérées, grêles, amincies, rompues. Il y a de la sclérose atrophique. Pour Marfan et Lion, ces fibres sont grêles et déchirées et leur rupture est la lésion primitive. Pour Tripier, les fibres élastiques seraient augmentées de calibre. Ameuille n'a pas observé des lésions prédominantes des fibres élastiques et considère qu'elles disparaissent en même temps que les autres éléments des cloisons interalvéolaires, et consécutivement à la surdistension de ces alvéoles.

Variétés anatomiques. — A côté de l'emphysème vésiculaire chronique, que nous avons pris comme type de description, il faut signaler d'autres variétés :

1. L'EMPHYSÈME ATROPHIQUE DES VIEILLARDS; il prédomine au sommet. Le poumon est gris, ardoisé, diminué de volume, s'affaissant à l'ouverture du thorax. Il a l'aspect d'une éponge avec des bronches dilatées.

2. L'EMPHYSÈME RÉTICULÉ DES TUBERCULEUX ou emphysème cicatriciel (Grancher) est constitué surtout par la distension des parties perméables, compensant les parties annihilées par la phtisie fibreuse ou par la sclérose pulmonaire.

3. L'EMPHYSÈME VÉSICULAIRE AIGU; c'est une distension simple des alvéoles, sans atrophie des cloisons ni oblitération des capillaires. Il survient dans les maladies à dyspnée intense (asthme, croup, œdème aigu, broncho-pneumonie, tuberculose aiguë, etc.)

4. L'EMPHYSÈME PULMONAIRE INTERSTITIEL; consécutif à une lésion préalable du parenchyme, il consiste en infiltration de l'air dans les mailles du tissu conjonctif interalvéolaire et interlobulaire. Il peut d'ailleurs fuser de là dans le tissu cellulaire du médiastin, du cou, et s'étendre sous la peau.

ÉTIOLOGIE. — 1° **Hérédité.** — Peut être directe ou indirecte; l'emphysémateux est en général de souche arthritique. Emphysème essentiel de Virchow.

2° **Age.** — Très rare chez l'enfant, l'emphysème peut survenir à la suite d'une broncho-pneumonie, de coqueluche.

De même, chez les vieillards, nous avons vu qu'il s'agissait bien souvent d'un emphysème spécial, atrophique. Le plus souvent, l'emphysème typique se développe chez un homme et à l'âge adulte. Il est à remarquer que cette affection, débutant chez l'adulte, ne se prononce qu'avec des années.

Saisons. — Les climats et saisons humides et pluvieux paraissent avoir une certaine influence.

Causes déterminantes. — Mais toutes ces causes prédisposantes ne suffisent pas; il faut qu'il s'y ajoute un facteur mécanique; ce sont d'ailleurs toutes les causes qui peuvent augmenter la pression centrifuge sur les parois alvéolaires et amener la distension au maximum des fibres élastiques du poumon.

1° EMPHYSÈME D'ORIGINE INSPIRATOIRE; il se produit par inspiration forcée, comme au cours des crises d'*asthme*. Il s'agit là d'un véritable tétanos des muscles inspiratoires qui dilate la poitrine au maximum. Si les crises se répètent, la distension prolongée amène la rupture des fibres élastiques. A côté de l'asthme, il faut placer toutes les autres affections qui s'accompagnent d'une dyspnée intense : croup, sténose du larynx, de la trachée, des bronches, bronchite capillaire, broncho-pneumonie, embolie pulmonaire. De même l'obstruction des fosses nasales, du naso-pharynx par des polypes, des exostoses, la rhinite hypertrophique, les végétations ont été incriminées.

2° L'EMPHYSÈME EXPIRATOIRE est lié à la toux et aux efforts. La toux intense, répétée, quinteuse, qui se voit au cours de la coqueluche, de la bronchite chronique. La bronchite chronique, à ce point de vue, vient se placer à côté de l'asthme comme importante cause et se surajoutent presque constamment. De même les efforts violents et répétés qui sont nécessités par certaines professions : portefaix, débardeurs, boulangers, souffleurs de verre.

Enfin, à ces diverses causes, on peut ajouter certaines malformations thoraciques, les déviations rachidiennes que l'on voit chez les bossus, les pottiques, les scoliotiques.

En résumé, aux causes prédisposantes, à la qualité du parenchyme pulmonaire, il faut qu'il s'ajoute des lésions produites par l'inspiration ou l'expiration forcées pour amener la production de l'emphysème.

Antagonisme. — On a admis jadis un antagonisme entre l'emphysème et la tuberculose pulmonaire. Mais, pour certains auteurs, la tuberculose se trouve bien souvent à la base même de la production de l'emphysème. D'ailleurs il s'agit alors d'une tuberculose lente, torpide, qui évolue vers la forme fibreuse. L'emphysème ne serait alors qu'une forme larvée de tuberculose.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury est provisoirement composé de MM. Lemierre, Ribadeau-Dumas, Merklen, Œttinger, Lardennois, Michon, P. Duval, Moure, Le Lorier.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 4 octobre. — Question donnée : « Signes et diagnostic des pleurésies séro-fibrineuses de la grande cavité. »

M. Alibert, 14; Mlle Bonan, 6; MM. Berson, 15; Bogdanovitch (Douchon), 13; Besançon, 19; Baron (Paul), 12; Asselin de Williencourt, 15; Blanc-Champagnac, 17 1/2; Artigues, 14; Mlle Bardy, 16; MM. Barbé (Pierre), 14; Bohn, 18; Mlle Besson, 13; MM. Bourgeois (J.-B.), 15; Arnaud, 14; Benad, 7; Benoist (Fernand), 16 1/2; Mlle Bocquet, 16; M. Bouron, 10.

Anatomie. — Séance du 5 octobre. — Question donnée: « Muscles long et court péronier latéraux. »

MM. Vergez-Honta, 14; Vassitch, 19; Solanes, 5; Thiébaut, 16; Sobelman, 14; Mlle Stœber, 9; M. van Neuville, 13 1/2; Mlle Reitlinger, 11; MM. Risos, 16; Richard (Jacques), 17; Roland, 15; Rochette, 13 1/2; Touchard, 12; Rochard, 15; Renard, 12; Rouvière, 10; Stieffel, 18.

Erratum. — Séance du 2 octobre, au lieu de M. Solanes, lire M. Salmon (Robert).

HOPITAUX DE PROVINCE. — REIMS. — Un concours pour 8 places d'externes des hôpitaux, s'ouvrira à l'hôpital civil de Reims, le 29 novembre à 9 h. du matin.

Indemnité annuelle de 500 fr.

Peuvent concourir, les étudiants ou étudiantes français pourvus d'au moins une inscription de médecine.

Epreuves : Les épreuves portent sur un programme élémentaire de pathologie interne, externe, petite chirurgie. Le programme est fourni sur demande au secrétariat des hospices, 1, place Museux.

Pièces à fournir : Certificat d'inscription, certificat de vaccination récente.

Les inscriptions sont reçues jusqu'au 10 novembre inclus au Secrétariat des hospices, 1, place Museux, à Reims.

ÉCOLES ANNEXES DE MÉDECINE NAVALE. — Ont été nommés, après concours, à l'emploi de professeur dans les écoles annexes de médecine navale, pour une période de cinq ans, à compter du 1er novembre 1920 :

Professeur de séméiologie et de petite chirurgie : A l'école annexe de Toulon, M. le médecin de 1re classe Fournier (L.-E.).

Professeur d'anatomie : A l'école annexe de Rochefort, M. le médecin de 1re classe Baril (G.-D.-A.); à l'école annexe de Brest, M. le médecin de 1re classe Le Jeune (O.-A.-J.).

Professeur de physique-biologie : A l'école annexe de Rochefort, M. le pharmacien chimiste de 1re classe Bouffard (H.-R.).

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

GUERRE. — (Active.) *Au grade de commandeur.* — MM. les médecins inspecteurs Bilouet, Lasnet, Gary, Coste; M. le médecin principal de 1re classe Pichon.

(Réserve.) MM. les médecins inspecteurs Baratte, Prost-Maréchal, Brisse-Saint-Macary, Berthier et Vignol.

(Officiers rayés des cadres.) M. le médecin principal de 2e classe Kaufmann.

(Active.) *Au grade d'officier.* — MM. les médecins principaux Parant, Mainguy et Ramally.

(Réserve.) MM. les médecins-majors Proust (Robert), Morigny et Grinda.

(Active.) *Au grade de chevalier.* — MM. les médecins-majors Izard, Thurel, Delorme, Russo, Collignon, Sarrazin, Jeandin, Charpentier, Maillard, Pelissier, Pradourat, Guibert, Lannes, Dehorg, Robert, Marchal, Bressot, Rouquier, Bahier, Perret et Aycard.

(Réserve.) MM. les médecins-majors ou aides-majors Léon, Dumas, Helman, Durouaux, Mallie, Duchamp, Le Petit, Petetin, Huber, Bonnet (Pierre), Renaud, Ichott, Kahn, Laliève, Kappler, Rouget, Bonnet (Marie), Martin, Hélie, Hantziger.

Borel (Prosper-Joseph-Emile), médecin-major de 2e classe

au régiment colonial de marche du Levant : médecin des plus remarquables par son énergie, son allant et son dévouement absolus. A participé à de nombreuses colonnes et s'y est fait remarquer par son zèle, son activité et la manière parfaite dont il a réussi à organiser les soins aux blessés et les évacuations. Une blessure. Trois citations. (*J. O.*, 1er octobre 1920.)

Reilhan de Carnas (Marie-Joseph-Raoul-Georges), médecin-major de 2e classe au régiment colonial de marche du Levant : médecin très dévoué et très compétent. Au cours des diverses colonnes et pendant les courtes périodes de repos, a fait preuve d'un zèle admirable dans les soins à donner aux malades et aux blessés et a réussi à maintenir un état sanitaire aussi satisfaisant que possible malgré la rigueur du climat et le manque de confort. Deux citations. (*J. O.*, 1er octobre 1920.)

M. Louarn (Laurent), médecin aide-major de 1re classe : officier plein d'entrain et de bravoure souriante. Blessé grièvement d'une balle au ventre, comme il venait de panser un blessé. A été cité. (*J. O.*, 24 juin 1920.)

M. Chantemesse (Robert), médecin aide-major (réserve), aviateur à l'escadrille A. R. 464 (aéronautique de C. R. P.) du 2e groupe d'aviation : officier de haute valeur. Médecin, a quitté volontairement le Service de santé pour entrer dans le personnel navigant de l'aéronautique. Comme observateur, a participé à de nombreuses expériences de nuit particulièrement périlleuses au cours desquelles il a fait preuve d'énergie et de bravoure. Le 29 janvier 1918, effectuant une ronde de nuit, son appareil ayant pris feu, a été très grièvement blessé à l'atterrissage. (*J. O.*, 8 juillet 1920.)

MINISTÈRE DES COLONIES. — *Au grade de chevalier.* — M. le Dr Binet, à la Martinique.

MINISTÈRE DU RAVITAILLEMENT. — *Au grade de chevalier.* — M. le Dr Bayou (de Questembert).

SOUS-SECRÉTARIAT DE LA MARINE MARCHANDE. — *Au grade de chevalier.* — MM. les Drs Raymond Dumond, médecin sanitaire maritime, au Havre; Philibert Legout, médecin sous-inspecteur de la marine marchande, à Paris.

— Le *Journal officiel* publie un décret portant promotions et nominations de militaires de la réserve et de l'armée territoriale inscrits au tableau de concours de la Légion d'honneur et de la médaille militaire (1re partie, *J. O.*, 14 août 1920).

MÉDAILLE MILITAIRE. — A titre posthume :

M. Pouchin (Valentin), médecin auxiliaire : ayant appris qu'un homme venait d'être blessé dans la tranchée, n'a pas hésité à s'y porter en plein jour, malgré le danger et a été frappé mortellement d'une balle, au moment où, à la tête de ses brancardiers, il sortait du boyau pour traverser un espace découvert, continuellement battu par le feu de l'ennemi, le 12 janvier 1915, à Mont-Saint-Eloi. A été cité. (*J. O.*, 18 juillet 1920.)

M. Bachelet (Louis), médecin auxiliaire : le 23 octobre 1917, à Vaudesson, détaché dans une batterie, s'est spontanément porté sur des positions avancées que devait occuper son groupe et a trouvé une mort glorieuse. Déjà blessé en marchant à l'assaut avec l'infanterie pendant la bataille de la Somme. A été cité. (*J. O.*, 18 juillet 1920.)

MÉDAILLES DE LA RECONNAISSANCE FRANÇAISE. — *Médailles d'argent.* — MM. les Drs Critzmann et Lyonnel Dreyfus (de Paris), Marty (de Cahuzac).

Médailles de bronze. — MM. les Drs Cazeneuve (de Saint-Girons), Dupont (de Nantes), Husson (de Dieuze), Legaicher-Baron (de Saint-Pierre-l'Eglise), Pescher (de Paris), Rocher (du Mans).

XXe CONGRÈS D'UROLOGIE. — Le XXe Congrès d'urologie s'est ouvert mercredi à 2 heures, à la Faculté de médecine. Le président, le Dr Desnos, a prononcé l'éloge de son prédécesseur, le prof. Guyon et le Dr O. Pasteau, secrétaire général, a rendu compte des travaux de la Société d'urologie.

Le prof. Pousson (de Bordeaux) a exposé ensuite son rapport sur les résultats éloignés des différentes méthodes d'opérations pratiquées contre l'hypertrophie de la prostate.

COURS DE PERFECTIONNEMENT SUR LES MALADIES DE LA NUTRITION, sous la direction de M. le prof. CHAUFFARD et M. N. FIESSINGER, professeur agrégé, avec le concours de MM. Laroche et Flandin, anciens chefs de clinique; Brodin et Huber, chefs de clinique; Troisier et Grigaut, chefs de laboratoire.

Ce cours, composé de 21 leçons, commencera le lundi 11 octobre et aura lieu tous les jours, sauf le dimanche, à la clinique de l'hôpital Saint-Antoine, à 3 heures de l'après-midi.

Il sera complété par des démonstrations pratiques faites au laboratoire sur tous les dosages actuellement utilisés en clinique.

Un résumé de chaque leçon sera remis aux auditeurs.

Le droit d'inscription est de 150 francs.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté, guichet n° 3, les jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA QUESTION DE LA THÈSE

La réforme de la thèse est une question qui préoccupe plus que jamais, à l'heure actuelle, et les maîtres et les étudiants. Au moment où se réunit l'Association des membres du corps enseignant des facultés de médecine, il n'est pas inutile d'y revenir.

L'augmentation des frais d'impression qui était déjà effrayante l'an dernier a pris de telles proportions, et ce n'est, hélas! pas fini, qu'on ne peut plus raisonnablement demander à des étudiants et à leurs familles d'assumer une pareille charge.

Nous devons, certes, rendre hommage au souci qu'ont pris nos maîtres d'étudier la question dans le sens le plus conciliant, mais, tout bien examiné, les moyens proposés jusqu'ici, diminution du nombre des pages, diminution du nombre d'exemplaires, ont, si on veut bien nous passer cette expression familière, la valeur d'un cautère sur une jambe de bois.

Il faut trouver mieux.

Le gros argument sans cesse invoqué, et mis en avant, est la crainte de voir une réforme jeter le trouble dans la vie scientifique de la Faculté et son rayonnement intellectuel. Le plus simple raisonnement montre que la réforme que nous proposons tient compte de ce désir légitime.

Après beaucoup d'autres, nous osons affirmer qu'en supprimant l'obligation d'imprimer la thèse on ne nuirait à personne et qu'en imposant seulement au candidat le dépôt de trois à cinq exemplaires manuscrits ou polycopiés, d'un côté on diminuerait considérablement les charges pécuniaires imposées, et de l'autre on augmenterait la valeur d'un travail qui, n'étant plus limité par les frais de l'impression, pourrait alors, dans sa conception comme dans son exécution, laisser à son auteur libre cours d'expansion. Adieu alors les petites thèses de 30 à 36 pages et moins qui, à l'heure actuelle, sont la règle nécessaire; les frais diminuant, on reviendrait aux grosses thèses d'avant-guerre, à de véritables travaux.

Cet effort ne serait pas perdu. Il resterait tout d'abord les exemplaires conservés à la bibliothèque, ensuite, et comme il a été proposé, ne pourrait-on publier chaque année un volume intitulé, par exemple, *Travaux de la Faculté de médecine de X...*, où l'on imprimerait les conclusions de toutes les thèses et, si besoin était, tout ou partie des manuscrits déposés?

Elevez légèrement les droits si vous voulez, mais supprimez les dépenses inutiles; en augmentant ainsi vos revenus, et en diminuant les dépenses des étudiants, vous serez mieux à même d'établir une collaboration intime des maîtres et des élèves.

Avec l'accroissement des frais d'édition nous allons tout droit aux thèses d'une page. Avec une collaboration et une participation effective de la Faculté et des jeunes chercheurs, on va au contraire à une intensification des recherches et à l'amélioration des travaux, c'est-à-dire à l'amélioration de ces échanges auxquels tiennent très justement les facultés.

Et si l'on ne peut faire ce recueil des travaux des facultés, que l'on supprime tout simplement la thèse, comme on a supprimé celle dite de l'agrégation qui pouvait cependant, à juste titre, être considérée comme une œuvre vraiment scientifique.

REVUE GÉNÉRALE

LES MALADIES DES GLANDES ENDOCRINES

(HISTORIQUE ET ÉTUDE D'ENSEMBLE)

Par P. LEREBOULLET (1),
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin de l'hôpital Laënnec.

L'importance des glandes endocrines tant en physiologie qu'en pathologie apparaît chaque jour davantage. A la lumière des recherches anatomiques et expérimentales d'une part, des constatations cliniques et thérapeutiques d'autre part, on se rend compte du rôle primordial que jouent ces glandes et, si complexe qu'il apparaisse, on en sait assez pour tirer des notions actuellement acquises des conclusions médicales d'ordre pratique.

Que sont les glandes endocrines? — Ce sont des glandes qui déversent le produit de leur activité non dans un milieu étranger à l'organisme même, tel que la surface cutanée ou la surface gastro-intestinale, mais dans le milieu intérieur, le sang.

La notion de telles glandes, la connaissance des sécrétions internes, opposées aux sécrétions externes (se déversant à la surface de la peau ou dans le tube digestif) n'ont pu être obtenues que peu à peu et ce sont presqu'exclusivement les travaux des savants français qui ont marqué les étapes de nos connaissances.

Comme l'a fait remarquer M. Gley dans un fort intéressant ouvrage, si les initiateurs de la doctrine des sécrétions internes sont Claude Bernard et Brown-Séquard on peut leur trouver des précurseurs. C'est Legallois qui en 1801 estimait que « le triomphe de la chimie animale serait de trouver des rapports entre le sang artériel, la matière de telle sécrétion et le sang veineux correspondant, tant dans l'état sain que dans l'état pathologique des divers animaux; de trouver des différences entre les divers sangs veineux, de trouver enfin ces différences proportionnelles à celles des sécrétions correspondantes... Qu'arrivé à ce degré de perfection, il serait souvent possible qu'elle dégageât l'inconnue dans cette équation : *sang artériel = telle sécrétion + sang veineux correspondant.* » Mais ces réflexions restent générales, s'appliquant à toutes les glandes, sans conclusion précise. C'est encore le célèbre médecin béarnais Bordeu qui paraît avoir aperçu la possibilité de sécrétions versées dans le sang et notamment avoir assez finement analysé « le commerce établi entre le foie et toute la masse des humeurs et des solides », qui a vu chaque organe « servant de foyer et de laboratoire à une humeur particulière qu'il renvoie dans le sang après l'avoir préparée et fécondée dans son sein ». Mais de ce que Bordeu a eu ainsi quelques phrases heureuses sur les émanations que chaque organe envoie dans le sang et sur le reflux des humeurs qui vont dans tout l'organisme, on ne peut conclure qu'en 1775 il ait eu la notion nette des glandes endocrines et de leurs sécrétions propres.

Qu'il y ait eu ainsi quelques précurseurs, le fait est certain, mais aucun d'eux n'a apporté à la doctrine des sécrétions internes la base précise nécessaire pour qu'elle se constituât nettement. Il faut arriver aux travaux de Claude Bernard pour voir apparaître les premières notions vraiment solides. Lorsqu'il eût découvert en 1855 la fonction glycogénique du foie et montré par l'histoire du foie « qu'il y a des sécrétions internes, c'est-à-dire des sécrétions dont le produit, au lieu d'être déversé à l'extérieur, est transmis directement dans le sang », le chapitre des sécrétions internes en physiologie était ouvert. Il établissait de manière définitive « qu'il y a dans le foie deux fonctions de la nature des sécrétions : l'une, sécrétion externe, produit la bile qui s'écoule au dehors, l'autre, sécrétion interne, forme le sucre qui entre immédiatement dans le sang de la circulation générale ».

De 1855 à 1867, il précisa à maintes reprises sa pensée et admit « que la cellule sécrétoire, attire, crée, élabore en elle-même le produit de sécrétion qu'elle verse soit au dehors sur les surfaces muqueuses, soit directement dans la masse du sang. J'ai appelé, dit-il, *sécrétions externes* celles qui s'écoulent au dehors, et *sécrétions internes* celles qui sont versées dans le milieu organique intérieur. Les sécrétions internes sont beaucoup moins connues que les sécrétions externes,... cependant, selon moi, elles ne sauraient être douteuses et je pense que le sang, ou autrement dit le milieu intérieur organique, doit être regardé comme un produit de sécrétion des glandes vasculaires sanguines... Le foie glycogénique forme une grosse glande sanguine, c'est-à-dire une glande qui n'a pas de conduit excréteur extérieur. Il donne naissance aux produits sucrés du sang, peut-être aussi à d'autres produits albuminoïdes. Mais il existe beaucoup d'autres glandes sanguines, telles que la rate, le corps thyroïde, les capsules surrénales, les glandes lymphatiques dont les fonctions sont encore aujourd'hui indéterminées. Cependant on regarde généralement ces organes comme concourant à la régénération du plasma du sang, ainsi qu'à la formation des globules blancs et des globules rouges qui nagent dans ce liquide ». La notion de sécrétion interne était ainsi affirmée et précisée, mais Claude Bernard voyait seulement ces sécrétions comme destinées à maintenir la composition du sang. Il n'envisageait nullement les fonctions multiples que la physiologie moderne, aidée de la clinique, allait leur attribuer. Au surplus il ne tirait de ses recherches aucune conséquence pathologique. Longtemps critiquées, puis admises par les physiologistes, les constatations de Claude Bernard auraient pu être rapprochées de celles de Brown-Séquard sur la physiologie des capsules surrénales et la mort des animaux après capsulectomie (1856), de celles de Vulpian sur la matière colorante de la substance médullaire des capsules surrénales (1856) et le passage de celle-ci dans le sang veineux capsulaire, des recherches de Schiff sur les rapports de la rate avec la fonction digestive (protéolytique) du pancréas (1862). Mais, comme le remarque M. Gley,

(1) Leçon faite à la Faculté de médecine de Paris. (Conférences de pathologie interne, semestre d'été 1919.)

la doctrine de Claude Bernard, peut-être à cause de son caractère limitatif, ne se prêta pas à ce rapprochement général et seul Ch. Robin, dans une de ses leçons, paraît avoir saisi alors l'intérêt qui s'attacherait à l'étude d'ensemble des glandes sans conduit excréteur et de leurs sécrétions.

Quelques années après la mort de Claude Bernard, Schiff publie en 1884 ses recherches fondamentales *sur les effets de l'ablation des corps thyroïdes* nées des constatations des chirurgiens Reverdin et Kocher sur le myxœdème post-opératoire, mais, en les interprétant, il n'invoque pas la notion de sécrétion interne établie par Claude Bernard.

C'est Brown-Séquard qui, dans ses travaux sur l'action thérapeutique du liquide orchitique en 1889, aperçoit toute la portée de la notion de sécrétion interne et fonde l'*endocrinologie*. Ses recherches initiales ont pu être critiquables; elles n'en contiennent pas moins en germe toutes les idées qui ont servi de base aux études sur les glandes à sécrétion interne depuis un quart de siècle. Tout en reprenant la thèse de Claude Bernard sur l'action des glandes sans sécrétion extérieure sur la composition du sang, il montre que beaucoup d'organes sécrètent dans le sang des principes qui ont la propriété d'agir d'une façon élective sur des organes voisins ou éloignés,... que « chaque tissu et plus généralement chaque cellule de l'organisme sécrète pour son propre compte des produits ou des ferments spéciaux qui sont versés dans le sang et qui viennent influencer, par l'intermédiaire de ce liquide, toutes les autres cellules, rendues ainsi solidaires les unes des autres, par un mécanisme autre que le système nerveux. » Ainsi naît cette notion de l'action sur différents organes de substances spéciales sécrétées dans le milieu sanguin et par suite cette notion, si féconde, des corrélations fonctionnelles humorales.

Les recherches ultérieures de Brown-Séquard, celles de toute une légion de physiologistes et de médecins devaient montrer combien, malgré l'imperfection des premières constatations sur le liquide orchitique et son influence dynamogénique, étaient fécondes les idées alors émises; non seulement elles ouvraient une nouvelle voie à la physiologie expérimentale, elles permettaient de nouvelles interprétations cliniques, mais elles apportaient une nouvelle méthode thérapeutique, l'*opothérapie* (selon le mot heureux de Landouzy) qui a depuis fait fortune et dont le rôle ne saurait être exagéré.

La pathologie est d'ailleurs venue prêter son appui à la physiologie et contribuer à nous éclairer sur le rôle des glandes endocrines. La *glande thyroïde* a été la première et la mieux connue. L'histoire du myxœdème née des constatations de Gull, Ord et Charcot sur le myxœdème sénile, des Reverdin et de Kocher sur le myxœdème opératoire, de Bourneville sur l'idiotie myxœdémateuse et le myxœdème infantile, s'est précisée par les recherches de Vassale et de Gley sur l'amélioration des graves accidents de la thyroïdectomie totale, chez le chien, à la suite des injections d'extrait thyroïdien, bientôt suivies de celles de Murray appliquant cette méthode au traitement du myxœdème. La notion de l'insuffisance thyroïdienne à l'origine de cette affection, de l'action certaine de l'opothérapie pour remédier à celle-ci était une première et importante conséquence de la découverte de Brown-Séquard. Peu après, les recherches de Moussu et celles de Gley sur les *glandules parathyroïdes* et leur rôle dans la production de la tétanie ouvrait un autre chapitre riche en constatations intéressantes et qu'il y a quelques années, Morel, au point de vue physiologique, Harvier au point de vue anatomo-clinique, ont remarquablement mis au point.

La *glande surrénale*, dont, dès 1856, Brown-Séquard avait entrevu le rôle, a donné un autre exemple précis de ce qu'est une glande endocrine. L'histoire anatomo-clinique de la maladie d'Addison avait fait prévoir les conséquences de son insuffisance. Oliver et Schäffer, Cybulsky, Langlois révélèrent l'action cardio-vasculaire de l'extrait surrénal et du sang veineux surrénal. Leurs recherches devaient recevoir une éclatante confirmation par la découverte de l'adrénaline, produit de sécrétion de la glande. La notion de son rôle hypertensif a mené à une série de conclusions fécondes. Vous savez le rôle, qu'avec Josué, on a été amené à faire jouer à l'hyperadrénalinémie dans la production de l'athérome surrénal et l'influence qu'avec Sergent et nombre d'autres cliniciens, on tend à faire jouer actuellement à l'insuffisance surrénale dans une série d'affections aiguës et chroniques.

L'histoire du *pancréas*, l'une des premières glandes, dont la fonction endocrinienne ait été aperçue, est également riche en constatations précises. C'est dès 1889-1890 que J. von Mering et Minkowski découvraient le rôle du pancréas dans la production du diabète maigre et c'est peu après que R. Lépine, Thiroloix, Hédon, etc., vérifiaient cette découverte et montraient qu'il s'agissait bien là de sécrétion interne du pancréas.

Plus tard, la pathologie de l'*hypophyse* est venue apporter un nouvel exemple du rôle des sécrétions internes en physiologie et en pathologie. La découverte de l'acromégalie par Pierre Marie a été le premier chapitre de cette pathologie que l'étude du gigantisme, de l'infantilisme, de certains syndromes adiposo-génitaux, du diabète insipide est venue enrichir de données nombreuses; les remarquables travaux de Harvey Cushing ont contribué à les préciser cliniquement et expérimentalement et l'hypophyse est devenue l'un des organes les plus importants et les plus curieux parmi ceux qui commandent la pathologie endocrinienne.

Ces quelques considérations suffisent à montrer toute la signification des constatations de Brown-Séquard et cet aperçu historique n'était pas inutile pour vous faire saisir comment s'était peu à peu constituée la notion des glandes endocrines et celle de leurs sécrétions. Il me reste à vous exposer comment elle s'est précisée, mais comment, toutefois, elle comporte encore de nombreuses inconnues, comment surtout il faut éviter dans l'interprétation des faits, dans celle des résultats thérapeutiques notamment, une série de causes d'erreur.

*
* *

Ce n'était pas tout d'affirmer que les glandes vasculaires sanguines avaient une sécrétion interne jouant un rôle non seulement dans la composition du sang, mais dans le fonctionnement d'autres organes et appareils. Il fallait pouvoir isoler leur produit de sécrétion, fixer son mode d'action. A cet égard, bien des constatations sont encore à faire. Assez vite, avec Gley, on admit que ces glandes devaient produire des substances douées d'une action excitante spécifique sur un autre organe, que l'iodothyrine par exemple, sécrétion supposée de la glande thyroïde, devait avoir une influence directe sur le métabolisme, sa disparition commandant l'apparition de troubles nutritifs. Ces substances d'origine glandulaire, douées d'une action excitante spécifique, rentrent dans la catégorie des excitants fonctionnels auxquels, en 1905, Starling appliqua le nom d'*hormones* (de ὁρμάω, j'excite). C'est par l'intermédiaire de ces hormones que s'établiraient les *corrélations fonctionnelles d'origine chimique* que faisait prévoir Claude Bernard et qui se distinguent des *corrélations d'origine nerveuse* reconnues de longue date. Mais de ce que l'on concevait l'existence d'hormones, il ne résultait pas qu'on les connaissait. Sans doute la *sécrétine* duodénale excitant la sécrétion pancréatique réalise un type d'hormone suffisamment net. Sans doute aussi l'*adrénaline*, produit, nettement défini, des cellules chromaffines de la surrénale et des glandes hypertensives, douée d'une action excitante cardio-vasculaire bien démontrée est un autre exemple d'hormone. Il est possible aussi que l'iodothyrine existe réellement, bien que non isolée actuellement d'une manière précise, et ait une action excitante sur le métabolisme du tissu conjonctif. Mais le chapitre des hormones reste encore peu rempli.

En dehors des hormones, les glandes à sécrétion interne sécrètent des substances qui sont non des excitants cellulaires mais des matériaux nutritifs. Le glycose d'origine hépatique, les graisses sont des exemples de ces *substances nutritives* servant à la consommation énergétique. D'autres substances doivent servir à la réparation sanguine (protéines spécifiques du sang). Mais à côté de ces substances, il en est certaines, qui nous intéressent plus directement; ce sont celles qui servent à l'édification des tissus au cours du développement de l'organisme; ce sont les *substances morphogénétiques*. La physiologie, l'étude anatomo-clinique ont montré l'existence de glandes à action morphogène, telle la glande interstitielle du testicule, tels le corps jaune, la thyroïde, l'hypophyse. Les produits de sécrétion de ces glandes ont une action chimique morphogène, l'étude de nombreux cas d'infantilisme le montre surabondamment, mais quels sont-ils, quel est leur mode d'action? Nous l'ignorons. Ce sont les *harmozones* de Gley (de ἁρμόζω, je règle, je dirige). L'étude de la croissance et de ses troubles a été rénovée par ces nouvelles notions et il est à souhaiter que nos connaissances se précisent à ce sujet. Ces produits qui régissent le développement sont parmi ceux dont il faudrait le mieux déterminer l'action chimique.

Les glandes endocrines paraissent donc sécréter soit des *substances nutritives* comme le sucre, soit des *hormones* ou excitants cellulaires spécifiques comme l'adrénaline ou la sécrétine, soit encore des *harmozones* ou agents régulateurs de la croissance qu'il est bon, avec Gley, de séparer des hormones proprement dits, soit encore, mais je n'y insiste pas des produits de déchet ou *parhormones*, tels par exemple, que l'urée, produit de transformation, par le foie, de substances toxiques comme l'ammoniaque et les acides aminés. Une place enfin doit être réservée aux substances qui, loin d'exciter, ont une action déprimante et inhibitrice que Schäfer désigne sous le nom de *chalone* (de χαλάω, je ralentis). Cette notion des diverses sécrétions des glandes endocrines doit être présente à l'esprit avant d'aborder l'étude de la pathologie de ces glandes.

*
* *

La démonstration de la réalité de ces sécrétions internes peut être donnée de diverses façons.

L'*histologie*, grâce aux méthodes modernes, peut pour ainsi dire, saisir sur le vif, le travail glandulaire. Non seulement, on peut étudier les vésicules thyroïdiennes et voir la constitution de la glande sécrétant une substance colloïde et la résorbant par les vaisseaux sanguins qui entourent l'épithélium, on peut saisir les intimes relations de la cellule hépatique et des vaisseaux sanguins ; mais, en outre, on peut, grâce aux méthodes modernes, colorer finement le protoplasma cellulaire et voir la cellule glandulaire à l'état d'activité, gonflée de glycogène, s'il s'agit de la cellule hépatique, chargée de cholestérine ou d'adrénaline, s'il s'agit de cellules de la médullaire surrénale. Très suggestives à cet égard sont toutes les recherches nées de celles de Henle sur les cellules chromaffines ou à adrénaline s'opposant aux cellules à cholestérine aux cellules nerveuses. Très significatifs, également, sont les travaux histologiques poursuivies sur les cellules de l'hypophyse et notamment sur le travail qui se fait dans le *pars intermedia* à la jonction des lobes antérieur et postérieur où la sécrétion glandulaire s'accumule dans de véritables lacs, ce qui permet de comprendre le fonctionnement de cette glande cérébro-sanguine. L'étude histologique apporte chaque jour des notions nouvelles précisant le fonctionnement des glandes endocrines et la nature de leurs sécrétions cellulaires.

La *chimie* en précisant l'existence, dans ces sécrétions, d'un principe défini comme l'adrénaline, le glycogène, la cholestérine permet d'aller plus loin, de donner aux sécrétions cellulaires une seconde caractéristique et on ne saurait nier les progrès réalisés ces dernières années. Que d'incertitudes encore dans ce chapitre ! La complexité même de l'étude de ces sécrétions qu'on ne peut saisir que dans la cellule même et dans le sang et non, comme les sécrétions externes, dans le conduit excréteur, laisse penser que d'ici longtemps encore on n'aura à cet égard que des données fort incomplètes.

L'*étude physiologique* enfin doit compléter la

recherche scientifique en permettant d'étudier chez l'animal l'action spécifique des substances extraites d'une glande ou du sang efférent de celle-ci. C'est par cette méthode que l'on a pu analyser les caractères du sang veineux surrénal, de l'extrait surrénal, de l'adrénaline elle-même et saisir cette action tonique cardio-vasculaire si caractéristique. Il semble au premier abord que, la ressource d'un produit recueilli dans un canal excréteur faisant défaut, celle de l'étude du sang veineux se heurtant à une impossibilité absolue dans certains cas, à des difficultés très grandes d'interprétation dans d'autres, la recherche de l'*action des extraits d'organe* doive fournir des résultats souvent probants. C'est à elle en effet qu'on est souvent amené à recourir, c'est d'elle que l'on a déduit la plupart des indications opothérapiques actuelles. Il faut toutefois se garder de conclusions trop formelles à ce sujet et Gley a justement montré quelles réserves il fallait faire. L'isolement des extraits d'organe est toujours complexe : que représentent les substances que leur étude physiologique met en évidence? Préexistent-elles dans l'organe vivant? Sont-elles excrétées dans le sang veineux? Le sont-elles en bloc ou à dose infinitésimale? L'action de l'extrait ne saurait être assimilé à celle du sang veineux issu de l'organe. Il faut d'ailleurs tenir compte de la *toxicité* des extraits d'organe; cette toxicité brute, certaine, variable selon le mode de préparation, peut masquer l'action des produits spécifiques. Il se peut aussi que l'administration d'extraits d'organe soit suivie de réactions d'*anaphylaxie*, puisque ces extraits contiennent des albumines étrangères, ou inversement de *tachyphylaxie*, c'est-à-dire d'immunisation rapide contre l'action toxique d'un extrait d'organe.

Cette dernière notion, bien mise en lumière par M. Champy et M. Gley, est extrêmement intéressante et montre la complexité que peut présenter la recherche de l'action des extraits d'organe. Il est d'ailleurs des extraits, tel l'extrait hypophysaire, dont on n'obtient d'effets qu'à des doses extraphysiologiques, les doses employées représentant en poids la masse totale des organes d'où proviennent ces extraits. Toutes ces remarques sont justes et montrent la prudence avec laquelle il faut interpréter les résultats thérapeutiques obtenus. Comme le dit Gley « le véritable critérium de la fonction de sécrétion interne, c'est la présence d'un produit spécifique dans le sang veineux d'une glande ». Ce critérium n'a été jusqu'à présent que trop rarement fourni. Est-ce à dire qu'il faille faire fi des constatations faites en thérapeutique et de toutes les données fournies par l'étude expérimentale des extraits d'organe? Nullement et les faits sont là qui montrent combien fécondes ont été les recherches poursuivies dans ce sens. Mais elles exigent un sens critique particulier et il faut savoir se garder des affirmations hâtives.

*
* *

Grâce à tout l'ensemble des constatations dont je viens de rappeler les lignes générales, l'étude des glandes endocrines s'est élargie progressivement et, loin de se borner aux organes d'abord groupés comme glandes closes : thyroïde, hypophyse, surrénale, etc., cette étude s'est étendue à la moelle des os, à la rate, au thymus qui ne sont pas des organes glandulaires mais des organes hémolymphoïdes. Au surplus, chaque cellule n'est-elle pas douée pour une part d'une sécrétion interne, et la cellule adipeuse du tissu conjonctif n'a-t-elle pas, à bien des points de vue, les caractères d'une cellule glandulaire à sécrétion interne. L'usage néanmoins, à bien des égards justifié, limite à quelques glandes la physiologie et la pathologie endocriniennes et leur synergie morbide ou leur antagonisme justifie largement un tel groupement. Mon but, dans cette leçon, n'est pas d'ailleurs de faire l'histoire physiologique de toutes ces glandes, mais seulement de rappeler les lois générales de leur fonctionnement normal et pathologique.

Il en est à sécrétion double, externe et interne, tels le pancréas et le foie, tels l'ovaire et le testicule. Il en est à sécrétion simple, uniquement interne, comme le corps thyroïde et la surrénale, il en est, enfin, dont la sécrétion reste mal précisée quoique certaine, telle l'hypophyse, les parathyroïdes, l'épiphyse. Peu à peu, sur toutes ces glandes, nos connaissances se sont enrichies, et actuellement on peut entreprendre une description de leur pathologie et fixer les bases d'un traitement actif.

Les lésions destructives étant les plus faciles à interpréter, leurs conséquences les plus aisées à apprécier, c'est l'*insuffisance fonctionnelle* qui a d'abord été aperçue; on a parlé d'insuffisance thyroïdienne lorsqu'on a vu le myxœdème conséquence de la destruction ou de l'ablation du corps thyroïde, d'insuffisance surrénale quand on a constaté la destruction des surrénales lors de maladie d'Addison. Mais, inversement, on s'est aperçu que dans certains cas il y avait ou il semblait y avoir exagération des fonctions, que les symptômes observés étaient l'inverse de ceux notés au cas d'insuffisance, on a alors parlé d'*hyperfonctionnement*; l'hyperthyroïdie du goitre exophtalmique a été opposée à l'hypothyroïdie du myxœdème, l'hypertension de l'hyperfonctionnement surrénal à l'hypotension de l'insuffisance surrénale. Bientôt, d'ailleurs, on s'est aperçu, en se basant sur l'expérimentation physiologique, que les troubles fonctionnels n'étaient pas aussi simples, et la notion de *viciation fonctionnelle* est venue s'ajouter aux deux précédentes.

Dès qu'une glande endocrine est altérée, son fonctionnement est troublé; ce peut être un trouble par défaut, un trouble par excès, enfin un trouble par déviation fonctionnelle. Pour prendre un exemple il peut y avoir *hypothyroïdie*, *hyperthyroïdie* ou *dysthyroïdie*. L'analyse de ces troubles est nécessaire, car on conçoit que l'opothérapie thyroïdienne, utile en cas d'hypothyroïdie, soit nuisible au cas d'hyperthyroïdie et que lors de dysthyroïdie une autre thérapeutique puisse intervenir. Mais il faut éviter des classifications trop rigides et le champ de la dysthyroïdie semble s'étendre à mesure qu'on connaît mieux les faits. M. Gley, dans ces dernières années, a montré combien la doctrine de l'insuffisance fonctionnelle pure et simple était difficile à concevoir physiologiquement, combien surtout on

concevait mal un hyperfonctionnement amenant par exemple une sécrétion exagérée d'adrénaline dans le sang. L'étude du goitre exophtalmique, telle qu'elle a été notamment poursuivie par M. Roussy, a établi combien il fallait se garder d'assimiler l'hyperthyroïdie thérapeutique à la maladie de Basedow vraie, et comment pour celle-ci la notion de dyshyperthyroïdie était la mieux adaptée à nos connaissances actuelles. Pareille discussion pourrait être faite pour l'acromégalie liée à une dyshyperplasie hypophysaire et non à l'hyperfonctionnement de l'hypophyse. Plus nous pénétrons dans la connaissance des syndromes liés aux altérations des glandes endocrines, plus nous nous apercevons de la complexité de leurs troubles fonctionnels. Il n'en est pas moins nécessaire, quand ce ne serait qu'au point de vue didactique, de les envisager sous ce triple aspect d'insuffisance, d'hyperfonctionnement et de viciation.

Ce n'est pas tout, et la notion des *corrélations glandulaires*, dont je vous ai déjà parlé, a ajouté à la complexité des faits. Je vous ai parlé de l'existence d'harmozones ou substances morphogénétiques réglant la croissance. L'étude des cas d'infantilisme, après avoir montré le rôle de la glande thyroïde, a permis de préciser qu'elle n'était souvent pas seule en cause, que l'hypophyse intervenait également dans de nombreux cas et que hypophyse et thyroïde n'agissaient pour provoquer l'infantilisme que par l'intermédiaire des glandes sexuelles. Hypophyse et thyroïde modifient donc le développement d'autres glandes, et c'est de ces troubles fonctionnels multiglandulaires que résulte l'infantilisme. Le fait apparaît nettement aussi pour ce que Gandy a décrit sous le nom d'infantilisme réversif ou tardif de l'adulte, dont les observations se multiplient, ici d'origine thyroïdienne, là d'origine hypophysaire. L'étude des cas voisins de ceux-ci, décrits sous le nom de sénilisme, de gérodermie génito-dystrophique, a montré que, vraisemblablement, dans de tels cas, plusieurs glandes étaient en cause. Voici plusieurs années que Claude, Gougerot, Sourdel ont insisté sur les conséquences cliniques de l'altération simultanée de plusieurs glandes endocrines et décrit les *syndromes pluriglandulaires*. En réalité, beaucoup de ces faits correspondent à des types cliniques classés auxquels il faut garder la dénomination adoptée classiquement; mais il faut chercher ce qui, dans leur symptomatologie complexe, répond à l'altération de telle ou telle glande, afin de pouvoir lutter contre la maladie par une *opothérapie complexe* qui aura plus de chances d'agir efficacement que l'opothérapie isolée. Cette notion des lésions pluriglandulaires doit être substituée à celle des syndromes pluriglandulaires. C'est elle qui permet de mieux interpréter certaines maladies de nature souvent mal définie. Voici l'obésité de la ménopause, combien souvent l'a-t-on considérée comme liée simplement à la suppression de la fonction ovarienne? En réalité, elle dépend de l'altération simultanée de la thyroïde et de l'hypophyse. L'adipose douloureuse de Dercum a été reconnue d'origine thyro-hypophysaire, et, en outre, l'élément surrénal ne semble pas étranger à l'asthénie si caractéristique de cet état. La sclérodermie n'est pas un simple syndrome thyroïdien comme on l'a cru à un moment; la surrénale, l'hypophyse semblent de même intervenir dans certains des symptômes qui le traduisent. Le diabète lui-même relève souvent de divers éléments glandulaires associés. Donc s'il peut être difficile de décrire en tant que syndrome classé des syndromes polyglandulaires, il est possible dans des maladies définies, obésité, sclérodermie, diabète, de mettre en relief des altérations fonctionnelles multiples et d'en tirer les bases d'une médication rationnelle.

A ce premier élément de complexité, multiplicité des organes glandulaires atteints, s'en ajoute un second, le rôle certain, mais complexe du *sympathique endocrinien* dans leur altération fonctionnelle. Je montrais plus haut qu'il y avait des *corrélations chimiques* entre chaque glande, mais peut-être aussi des *corrélations neuro-chimiques*. Plus on va, plus on s'aperçoit de l'importance du grand sympathique. Il comporte des nerfs vaso-moteurs et sécréteurs. S'il est commandé par les glandes endocrines, il peut les commander. De récentes recherches du professeur Roger sur les glandes surrénales dans leurs relations avec le système nerveux ont bien montré leur influence sur le sympathique et l'influence qu'exerce celui-ci sur leur fonctionnement. Rien de complexe comme cette action réciproque des glandes endocrines et du sympathique. En voici deux exemples : dans ces dernières années, de nombreuses recherches ont été faites sur les paraganglions ou glandes hypertensives. Ils sont échelonnés sur tout le sympathique abdominal. Ils ont un rôle considérable et complexe. Leurs cellules à réaction chromaffine sécrètent l'adrénaline. Elles ont une nature épithélio-glandulaire certaine, elles sont, toutefois, intimement mêlées au système nerveux sympathique et leur origine embryologique est commune; il n'y a pas de doute ici sur l'existence de corrélations neuro-chimiques. Or, la notion de ces glandes hypertensives se lie étroitement à celle de l'activité surrénale.

Un second exemple de corrélation neuro-glandulaire est fourni par la physiologie de l'hypophyse. Le lobe postérieur en est uniquement nerveux, le lobe antérieur glandulaire ; c'est une glande cérébro-sanguine et si l'on saisit nettement dans certains cas le retentissement des altérations de l'infundibulum sur le fonctionnement de l'hypophyse, il est inversement au moins vraisemblable que les altérations hypophysaires retentissent sur le fonctionnement du troisième ventricule (1).

Si toutes les glandes subissent l'action du système nerveux, les glandes endocrines sont donc parmi celles qui sont le plus intimement associées au fonctionnement du sympathique et on ne peut guère étudier leur pathologie sans étudier aussi celle du sympathique. Les constatations anciennes de Briquet sur le rôle du sympathique dans nombre de manifestations d'origine thyroïdienne sont, à cet

(1) Les récents travaux de M. A. C. GUILLAUME et son excellent petit livre sur *Le Sympathique et les systèmes associés* (Masson, 1920), montrent bien le rôle considérable joué par le sympathique et le parasympathique dans la physiologie et la pathologie du sympathique.

égard, confirmées, de même que celles de Brissaud, faisant de la sclérodermie une maladie du sympathique, qu'elle soit ou non conditionnée par des lésions endocriniennes. Mais ce rôle du sympathique est particulièrement complexe et bien des recherches sont encore nécessaires pour le préciser. D'ores et déjà, certaines *épreuves expérimentales*, injection d'adrénaline, injection d'extrait hypophysaire, épreuve de la pilocarpine ou de l'atropine, étude du réflexe oculo-cardiaque, permettent de rechercher en clinique l'existence de certains troubles endocriniens et de préciser l'intervention du sympathique ou du vague (sympathicotonie ou vagotonie). Je ne puis, dans une leçon d'ensemble, que faire allusion à ces recherches fort intéressantes, mais qui ont encore grand besoin d'être vérifiés avant qu'on en tire des conclusions formelles.

*
* *

Pour rester sur le terrain des faits et ne pas aller trop loin dans le champ des hypothèses, les considérations ci-dessus exposées permettent de conclure.

1° Que les glandes endocrines jouent un rôle considérable en pathologie et que leurs maladies sont relativement fréquentes, dues à un trouble dans leur fonctionnement qu'il y ait exagération, diminution ou surtout viciation fonctionnelle.

2° Que souvent il faut tenir compte de l'altération simultanée de plusieurs glandes, soit que l'altération initiale de l'une d'elles entraîne les modifications fonctionnelles de plusieurs autres, soit qu'elles soient simultanément lésées par une cause commune.

3° Que dans l'interprétation des symptômes observés, il ne faut pas s'en tenir seulement au trouble chimique de la sécrétion, mais admettre l'intervention d'autres facteurs et notamment du système nerveux sympathique ou autonome.

4° Que les extraits d'organe ont une action thérapeutique certaine et que, sans tirer de cette action des conclusions pathogéniques, on peut en faire la base d'un traitement efficace, d'autant plus efficace que l'on s'adresse à une opothérapie associée, employant les extraits des divers organes dont la clinique permet de suspecter l'altération.

Le traitement opothérapique n'est d'ailleurs pas le seul et toutes les recherches poursuivies ces dernières années ont mis en lumière le rôle capital de la syphilis héréditaire ou acquise dans nombre d'altérations endocriniennes. Les récentes leçons du professeur Hutinel sont à cet égard convaincantes. Lutter contre la syphilis causale est un devoir qui s'impose souvent, le traitement antisyphilitique associé au traitement glandulaire donnant souvent les plus heureux résultats.

L'étude de la pathologie endocrinienne doit tenir compte de la physiologie, de l'histologie, aussi bien que des notions apportées par la thérapeutique et jamais n'a été plus vraie, qu'en pareille matière, la phrase de Claude Bernard : « Pour le savant, il n'y a ni médecine, ni physiologie distinctes, il n'y a qu'une science de la vie, il n'y a que des phénomènes de la vie qu'il s'agit d'expliquer aussi bien à l'état pathologique qu'à l'état physiologique. » Mais il faut évidemment se garder de conclusions trop hâtives et avec Vulpian, se rappeler qu' « à émettre des assertions sans esprit critique on ne fait que des conceptions de cabinet comme on peut en imaginer à plaisir ». Il y a tout avantage à ne pas trop vite appliquer à la pathologie les données encore incertaines de la physiologie expérimentale. Mais il serait inversement excessif de se refuser à tenir compte du mutuel appui que se prêtent ici la médecine clinique et les recherches histophysiologiques.

La moisson recueillie depuis trente ans est assez riche pour que l'on regarde avec satisfaction le chemin parcouru dans cette pathologie nouvelle où la clinique et la thérapeutique ont largement bénéficié des efforts des chercheurs.

MANIFESTATIONS OCULAIRES
DANS UN CAS DE TÉTANOS

PAR

M. ROQUES — Chef de clinique médicale à la Faculté de Toulouse.

et

Mlle CONDAT — Ancienne interne des hôpitaux de Paris.

Les phénomènes oculaires n'ont guère été signalés que dans la forme céphalique du tétanos où ils réalisent une variété bulbo-paralytique (Worms) qui survient généralement après une blessure de la région orbito-sourcillière; ils consistent en ophtalmoplégie externe le plus souvent incomplète, atteignant de préférence les muscles innervés par la IIIe paire, associée parfois à des troubles pupillaires : myosis par contraction du sphincter irien. La pupille punctiforme est insensible à la lumière. Ces signes pupillaires, isolés, seraient plus rares.

Les conditions dans lesquelles nous avons observé des manifestations oculaires chez une de nos malades sont bien différentes. Il s'agissait d'un tétanos généralisé et les réactions pupillaires très spéciales coïncidaient avec l'intégrité parfaite de la musculature extrinsèque. La pupille en dilatation moyenne présentait l'exagération du phénomène de Schiff et une sorte d'hippus permanent à oscillations de grande amplitude.

Nous relatons cette observation par ailleurs banale.

P... (Marie), 20 ans, a joui jusqu'ici d'une excellente santé, et à part un phlegmon du bras survenu 6 ans auparavant n'a jamais présenté le moindre incident pathologique.

Le 4 août, P... (M.), éprouvant de la courbature cervico-dorsale, se présente à la consultation d'un médecin qui ne constate à ce moment rien de précis. Le lendemain, la malade ressent de la « gêne dans les mâchoires » et de la difficulté pour ouvrir la bouche; la sensation de courbature est plus douloureuse et la nuque commence à devenir raide. Dans la nuit du 5 au 6, le trismus et la raideur de la nuque se complètent, la tête se rejette en arrière, des crises de contracture généralisée surviennent à plusieurs reprises.

Le 6, dans l'après-midi, la malade entre d'urgence à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le prof. Mossé et reçoit immédiatement 40 cmc. de sérum antitétanique et des lavements de chloral.

La porte d'entrée n'a pu être décelée.

Le 7 août. La malade, jeune fille bien constituée et vigoureuse, présente les signes suivants : le facies, légèrement

crispé, prend par instant l'aspect sardonique; le trismus est intense; la tête est en hyperextension et la nuque d'une rigidité absolue : le moindre mouvement de flexion est impossible et si l'on essaye de soulever la tête de la malade, le tronc suit tout d'une pièce. La raideur est permanente tant à la nuque qu'aux membres inférieurs et aux bras. L'abdomen est contracturé, dur comme une planche. Les paroxysmes sont rares. La déglutition est aisée et ne provoque que rarement des spasmes pharyngés. La malade très altérée demande incessamment à boire. La lucidité est parfaite, mais la parole est gênée par le trismus intense.

Emission involontaire d'urine. Température : 37°5; pouls : 120.

Ponction lombaire. — Pratiquée le soir avec beaucoup de difficulté en raison de l'opisthotonos et des crises de contracture qu'elle réveille, au niveau de la XIIe vertèbre dorsale. Elle donne issue à un liquide qui coule goutte à goutte et ne montre à l'examen aucune réaction cytologique. Injection de 20 cmc. de sérum antitétanique intrarachidien et de 20 cmc. sous-cutané.

Dans la journée, 8 g. de chloral en 4 lavements ont été administrés.

8 août. Nuit précédente bonne, la malade a reposé. Le matin les contractures sont généralisées et intenses. Il survient des redoublements paroxystiques; au moindre mouvement, la malade se plaint de la nuque.

Injection de 40 cmc. de sérum.

Injection de 0gr20 matin et soir d'acide phénique en solution aqueuse à 2 p. 100.

Chloral : 8 g. dans la journée.

L'après-midi, vers 17 heures, sommeil profond. Résolution musculaire aux membres et à l'abdomen. Le maxillaire est facilement mobilisé, mais la nuque demeure toujours aussi raide.

9 août. A deux reprises dans la nuit, la malade, sortie de sa torpeur, a pu s'alimenter mais avec plus de difficulté. Le matin, le sommeil est toujours aussi profond que la veille. Le trismus est moindre ainsi que la raideur de la nuque. Néanmoins l'état général est mauvais.

Température : 37°5; pouls : 130.

Injection de 40 cmc. de sérum antitétanique.

Injection de 20 cg. d'acide phénique.

Le soir sommeil profond presque comateux : les contractures sont moins intenses sauf à la nuque.

Température : 38°8; pouls : 140.

10 août : La nuit précédente passée sans chloral a été plus agitée : à plusieurs reprises paroxysmes et plaintes; spasmes pharyngés entraînant le rejet des liquides.

Au matin état grave. Température : 38°; pouls : 134. Obnubilation : cependant il est possible d'obtenir quelques réponses. Au cours de l'examen une seule crise paroxystique. L'ingestion d'une seule gorgée d'eau provoque une toux pénible et un accès de suffocation.

Nouvelle ponction lombaire, moins malaisée. Issue de 20 cmc. de liquide limpide sous tension normale.

Injection de 20 cmc. de sérum intra-rachidien et de 50 cmc. sous-cutané.

Acide phénique 40 cgr. dans la journée.

Le soir : état de demi-somnolence et de demi-inconscience. Plaintes, quelques crises d'intensité moindre.

Température : 39°; pouls : 144.

Dans la nuit la torpeur augmente. La malade meurt le 11 à 8 heures du matin.

L'autopsie n'a pu être faite.

En résumé tétanos sans porte d'entrée apparente, de forme commune, traité par la médication classique habituelle : injections de sérum antitétanique, d'acide phénique et lavements de chloral; mais les signes pupillaires que nous avons constatés bien que d'une interprétation difficile, nous ont paru intéressants à signaler.

1° Il existait, d'une façon constante, des mouvements alternatifs de contraction et de dilatation pupillaire de grande amplitude sans rythme particulier et sans relations avec les battements cardiaques : véritable *nystagmus pupillaire*. La pupille n'a jamais été vue au repos au cours des nombreux examens pratiqués. Dans les variations de diamètre de la pupille sous l'action de la lumière ou de l'accommodation, ces mouvements avaient une amplitude plus grande : la dilatation ou le rétrécissement pupillaire ne s'effectuaient jamais en un temps, mais par une série d'ondes de striction et de relâchement du diaphragme irien. Ce tremblement pupillaire nous a paru plus marqué lorsque la malade était sous l'action du chloral;

2° La dilatation pupillaire à la douleur provoquée était extrêmement nette et une excitation cutanée un peu forte, piqûre ou pincement, amenait aussitôt une dilatation qui allait parfois jusqu'à la mydriase. En état de veille, elle se produisait aussi bien si l'excitation restait sans effet, que si elle déterminait un redoublement convulsif; dans le sommeil chloralique, quand la malade n'avait pas conscience de l'excitation cutanée, ce signe apparaissait avec la même intensité et la même régularité.

La dilatation pupillaire à la douleur est un phénomène sur lequel Schiff a attiré l'attention, mais dans les conditions où nous l'avons noté, son importance et sa netteté dépassaient de beaucoup ce que l'on observe habituellement.

3° Au moment des exacerbations spasmodiques, la dilatation pupillaire s'est montrée si régulièrement que le seul examen de la pupille nous avertissait de l'approche des paroxysmes aussi bien que les plaintes ou que la recherche de la tonicité musculaire. Elle nous paraît être ici un phénomène de même ordre que le précédent : c'est la réaction de la pupille à la douleur intense due aux redoublements paroxystiques spontanés.

L'hippus est signalé après les crises épileptiques; nous ignorons s'il est fréquent dans le tétanos ainsi que les autres phénomènes constatés, et s'il faut rattacher ces signes pupillaires au tétanos lui-même ou à l'action du chloral; mais ils se présentaient chez notre malade avec une telle netteté et une telle constance, que sans préjuger de leur pathogénie, nous avons cru devoir les rapporter.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, publié sous la direction de Emile SERGENT, membre de l'Académie de médecine, médecin de la Charité, L. RIBADEAU-DUMAS et L. BABONNEIX, médecins des hôpitaux. *T. VI :* **Psychiatrie.** T. I, par les Drs RITTI, JUQUELIER, J. DURAND, MIGNARD, SÉRIEUX, CAPGRAS, LOGRE, BRISSOT, MALLET. In-8. — Prix : 25 fr.; franco, 27 fr. 50. — Paris 1921, A. Maloine et fils.

L'Ecole de plein air et l'école au soleil, par P. ARMAND-DELILLE, médecin des hôpitaux de Paris et Ph. WAPLER, médecin du dispensaire antituberculeux de Versailles. — Prix : 4 fr. 50 ; franco, 4 fr. 95. — Paris, A. Maloine et fils.

XXIXe CONGRÈS

DE

L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Tenu à Paris du 4 au 9 octobre 1920

La séance d'ouverture du XXIXe Congrès de chirurgie fut l'occasion d'une belle manifestation de fraternité franco-belge.

M. Millerand, qui avait accepté la présidence d'honneur du Congrès, s'était fait représenter par M. André Honnorat, ministre de l'Instruction publique, qui, au milieu des acclamations, donna la parole au professeur Depage (de Bruxelles), président du XXIXe Congrès.

Celui-ci rappela d'abord le souvenir des grands morts de l'Association. Le professeur Demons (de Bordeaux), fondateur de l'Association; le professeur Guyon, ancien président; Pamard (d'Avignon); Louis de Boucaud (de Bordeaux); Cassin (d'Avignon); Gangolphe (de Lyon); Dauriac et Isch-Wall (de Paris); Vignard (de Nantes); Léonte (de Bucarest).

Il salua avec émotion, au milieu des acclamations de l'assistance, les défenseurs français des Flandres, l'amiral Ronarch et le général Rouquerol, qui avaient pris place au bureau à côté de l'ambassadeur de Belgique.

M. Depage exposa ensuite avec trop de modestie l'œuvre merveilleuse réalisée par lui à la Panne, dans ce petit coin de terre belge demeurée vierge de toute souillure, puis il montra l'effort considérable réalisé en France par ses confrères pendant la guerre, effort qui montra la supériorité de l'organisation française sur l'organisation allemande.

« Messieurs, pendant mes heures de loisir à la Panne, il m'est arrivé de temps à autre de méditer sur les événements qui bouleversaient le monde; c'est ainsi que je fus amené à lire la fameuse brochure d'Oswald, que vous connaissez tous, et qui attribue à l'Allemagne seule le génie de l'organisation.

L'ancien professeur de chimie écrit en effet: « L'Allemagne veut réorganiser l'Europe qui jusqu'ici n'a pas été « organisée. Je vais maintenant vous expliquer le grand « secret de l'Allemagne... Nous, ou peut-être la race germanique, nous avons découvert le facteur de l'organisation; « les autres peuples vivent sous le régime de l'individualisme, alors que nous sommes sous celui de l'organisation. »

Ces phrases, Messieurs, ne reflètent-elles pas ingénument la psychologie allemande tout entière et n'expriment-elles pas, dans toute sa réalité, l'orgueil d'un peuple auquel le jugement et le discernement semblent faire absolument défaut?

Si, parmi mes auditeurs, quelques-uns estimaient ne pas devoir partager ma manière de voir, je les engage à consulter le livre de Jean Lebadié, livre intitulé : *L'Allemagne a-t-elle le secret de l'organisation.* Ils y liront l'opinion des personnalités françaises les plus marquantes dans le monde de la philosophie, des sciences, de la théologie, des lettres et de la politique sur la prétentieuse formule du chimiste allemand; ils y trouveront une documentation qui leur permettra un jugement impartial.

Sans doute, ils devront reconnaître que ce qui a été réalisé de grand en France n'a pas toujours été, comme en Allemagne, le résultat d'un travail longuement mûri et patiemment préparé; le Français aime à improviser; il n'a pas le culte des formules préparées d'avance. En France, les grandes créations dans tous les domaines de l'activité intellec-

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le Traitement de la syphilis en clientèle. L'indispensable en syphiligraphie, par H. Gougerot, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 3e édit. revue et corrigée, 93 fig. en noir, 22 fig. en couleurs et 52 pl. hors texte (Bibliothèque des praticiens: *Comment guérir?*). 1 vol. — Prix : 26 fr.; franco, 28 fr. 60. — Paris, A. Maloine et fils.

L'Examen du malade en clientèle, par Dousset. 2e édit., 1 vol. — Prix : 6 fr. 50 ; franco, 7 fr. 15. — Paris 1920. A. Maloine et fils.

tuelle semblent avoir jailli du cœur de la Nation elle-même, bien plus encore que du cerveau d'un homme.

Messieurs, ne sont-ce pas précisément ces qualités supérieures qui nous ont donné la victoire? Ne sont-ce pas elles qui caractérisent le génie français? Et celui-là, Messieurs, les Allemands ne l'auront jamais. »

Partant de ce principe, que tout individu constitue, dans la communauté, un capital social qui devient improductif en cas de maladie, et que chaque guérison représente un capital auquel on a rendu sa capacité de produire, M. Depage trace un programme de l'assistance publique telle qu'elle devrait être organisée dans l'avenir.

« Les morts sont des capitaux perdus. Il y a donc intérêt à ce que l'hôpital produise le maximum de guérisons dans le minimum de temps, et, vous le comprenez, les sentiments d'humanité s'accordent ici pleinement avec l'intérêt social.

De cette conception à l'industrialisation des hôpitaux il n'y a qu'un pas. Le traitement représente le mécanisme ou l'outil dont le médecin se sert pour rendre au corps la santé. Il doit être perfectionné, comme dans l'industrie, par les moyens les plus efficaces de façon à donner le maximum de chances de guérison et le minimum de durée du séjour du malade à l'hôpital.

C'est dans cet ordre d'idées, et pour répondre aux nécessités du traitement le plus complet, qu'il est indispensable que les hôpitaux disposent de larges espaces où l'air et la lumière sont généreusement distribués; ils doivent être bien outillés et pourvus de toutes les installations nécessaires.

Les dépenses occasionnées par le traitement ne doivent pas être considérées comme improductives; leur contre-partie est constituée par les « capitaux-guérisons » restitués à la communauté. Il est d'ailleurs indispensable, pour connaître le rendement de l'établissement, de dresser le bilan des dépenses et des recettes, celles-ci étant représentées par les guérisons.

En partant de ces principes, l'organisation administrative entière doit être modifiée profondément sans qu'il soit nécessaire pour cela de la bouleverser; tous les rouages de l'hôpital doivent être industrialisés comme ceux d'une usine; le directeur-fonctionnaire doit faire place au directeur chef d'industrie parfaitement au courant de son exploitation et capable d'en assumer toute la responsabilité. Il aura notamment comme premier devoir de surveiller l'esprit de l'établissement, d'en faire disparaître la routine, de modifier au besoin la mentalité du personnel; après avoir créé les services sur des bases scientifiques, il établira entre eux la cohésion nécessaire au succès, comme s'il s'agissait d'une entreprise financière.

Je tiens à y revenir, la réforme que nous préconisons est vraiment « charitable »; le principe de l'industrialisation des hôpitaux est plus scientifique, plus vrai, plus fécond, mieux adapté à notre organisation sociale que celui d'une hospitalisation qui, sous l'étiquette de la « charité », dégrade le pauvre et l'abaisse à une condition que nous ne pouvons plus « charitablement » accepter aujourd'hui.

Et, Messieurs, ce principe de l'industrialisation n'est-il pas aussi plus humanitaire? Tout en prévoyant une organisation à rendement maximum, il n'accuse d'autre prétention que de chercher à guérir un plus grand nombre de malades, de les guérir mieux, de les guérir plus vite et définitivement.

Et en quoi, une initiative n'ayant d'autre but que de doter nos hôpitaux d'une organisation scientifique qui améliore et accélère la guérison, pourrait-elle heurter les sentiments les plus généreux? Ne traduit-elle pas dans toutes ses manifestations une préoccupation humanitaire au premier chef?

Considérer un hôpital comme une usine ce n'est pas en exclure, bien au contraire, l'atmosphère d'altruisme, de sympathie, de bienveillance, sans laquelle les soins matériels seraient parfois inefficaces et apparaîtraient souvent comme odieux.

Sans doute, les institutions de bienfaisance gérées au nom de « la charité » verront-elles apparaître, avec une certaine anxiété, les lueurs d'un idéal nouveau, plus moderne que le leur et assez substantiel pour menacer même leur existence : mais les œuvres de charité, pour lesquelles j'ai toujours professé le plus grand respect, ont eu, elles aussi, leur grande période; si, dans les temps passés, elles ont inspiré les plus belles actions de notre histoire, elles doivent comprendre aujourd'hui que les sentiments d'altruisme consistent surtout à relever la situation morale de l'individu; c'est surtout lorsque le sort lui est contraire, lorsqu'il est atteint par la maladie, qu'il y a lieu de lui réserver une place honorable dans la société.

Mais dira-t-on, si le sentiment de charité fait place à celui de l'utilité sociale et économique, si, dans nos mouvements de générosité, nous ne trouvons plus la satisfaction de soulager l'indigent, il se produira fatalement dans notre mentalité un changement qui nous fera perdre nos qualités de cœur et nous rendra plus égoïstes. L'argument pourrait avoir peut-être quelque valeur si nous n'étions pas sur la terre de France, et même dans d'autres pays, l'altruisme ne perdra pas ses droits pour une pure question de forme; il se manifestera, au contraire, d'une façon plus effective quand on se sera rendu compte que les donations et les legs, devenus plus efficaces, serviront mieux que jamais les intérêts de la communauté. »

M. le professeur Depage termina au milieu d'une véritable ovation. Après lui, M. le professeur J.-L. Faure lut son rapport, petit chef-d'œuvre de concision et d'élégance, plein d'idées généreuses et d'encouragements au travail, qui fut aussi acclamé par l'assistance.

Enfin, M. le ministre de l'Instruction publique se fit l'interprète de M. Millerand pour souhaiter la bienvenue aux congressistes. Pour s'associer à cette belle manifestation franco-belge, au nom du président de la République, il remit au professeur Depage la croix de commandeur de la Légion d'honneur au milieu d'acclamations sans fin.

Les travaux scientifiques commencèrent aussitôt par la lecture et la discussion du rapport de MM. Janssen (de Bruxelles) et Tuffier (de Paris) sur le traitement des pleurésies purulentes non tuberculeuses.

LIVRES NOUVEAUX

Comment moururent les rois de France (1), par le Dr G.-J. Witkowski.

De ce livre, seul le titre est funèbre; l'auteur, selon « sa manière » humoristique, et à la façon de son confrère Rabelais, y a semé « moult gentillesses et gaudisseries » anecdotiques. Il s'est proposé de reviser les diagnostics posthumes, portés par les médecins et les historiens qui ont traité de la mort de nos souverains et a relevé maintes erreurs flagrantes, dont beaucoup passaient aux yeux de tous pour vérités intangibles. Rappelons que l'auteur de ce volume, grâce à la valeur de sa méthode et à son érudition est « le premier » qui a trouvé, depuis trois siècles, la cause véritable de la mort de Molière, attribuée à la rupture d'un anévrisme : « ...*Phtisie !* voilà enfin le mot que nous attendions, s'écrie le Dr Cabanès, et c'est au Dr Witkowski que revient le mérite de l'avoir, le premier, formulé. » (*Indiscrétions de l'Histoire*, série V, p. 295.)

L'historien, aussi bien que le médecin, le lettré et tout curieux tireront le meilleur profit de cette impartiale, instructive et divertissante étude psycho-pathologico-historique, enrobée d'ironie souriante. L. G.

(1) In-8, nouvelle édition, augmentée et illustrée de 35 gravures et 8 planches. — Prix : 10 fr. — Paris, Bibliothèque des Curieux, 4, rue de Furstenberg.

Le Directeur-gérant Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 87. — MARDI 12 & JEUDI 14 OCT. 1920 93e ANNÉE. MARDI 12 & JEUDI 14 OCT. 1920. — N° 87.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Le jury est provisoirement composé de MM. Lemierre, Ribadeau-Dumas, Renaud, Œttinger, Lardennois, Pierre Duval, Moure, Le Lorier qui ont accepté ; et de MM. Jeanselme et Routier qui n'ont pas fait connaître encore leur acceptation.

— Concours de l'externat. — *Pathologie.* — Séance du 5 octobre. — Question donnée : « Technique de la ponction lombaire. Examen du liquide, renseignement clinique qu'on peut en déduire. »

MM. Bouchard, 15 ; Beaujard, 13 ; Bernard (Etienne), 10 ; Bachelin, 13 1/2 ; Barbier, 11 ; Bothezat, 15 ; Attal, 4 ; Bourgeois (Pierre), 17 ; Mlle Benoist, 18 ; MM. Bas, 14 1/2 ; Abd-el-Nour, 14 ; Boucher (Paul), 12 ; Arion, 10 ; Barragué, 13 ; Mlle Bourguina et MM. Auber (Félix), 16 ; Baehr, 14 1/2 ; Auvynet et Beaux (Maurice), 15.

Séance du 7 octobre. — Question donnée : « Signes et diagnostic des péritonites aiguës généralisées. »

MM. Boulay (H.), 12 ; Antonini (F.), 13 1/2 ; Baudrillart (J.), 8 ; Ballivet, 12 ; Bidoire (A.), 16 ; Bouquet (R.), 6 ; Berthod, 11 1/2 ; Bernard (Jean), 5 ; Bourdel (P.), 8 ; Baudet (L.), 9 ; Mlle Bailly et MM. Bécue (P.), 12 ; Boulland (G.), 9 ; Mme Bernheim, 8 1/2 ; Mlle Bonan, 10 ; M. Collin (Pierre), 14 1/2 ; Mlle Braun, 12 ; M. Constant (Pierre), 17.

Séance du 9 octobre. — Question donnée : « Symtômes et complications de l'insuffisance aortique. »

MM. Busy (J.), 14 ; Coffin, 13 ; Burnouf, 12 ; Coudrain, 11 1/2 ; Corret, 9 ; Degrais (Jean), 13 1/2 ; Bulté, 15 ; Mlle Décor, 11 ; MM. Cornut, 4 ; Chevereau, 17 ; Brissaud, 13 ; Brunet (Simon), 14 1/2 ; Debavelaère, 12 ; Couderc (Jean), 10 ; Mlle Cordier, 8 ; MM. Davesne, 9 ; Calmus (J.), 7 ; Mlle Chorlet, 6 1/2.

Anatomie. — Séance du 6 octobre. — Question donnée : « L'artère poplitée et ses branches. »

M. Thibert, 13 ; Mlle Schœller, 17 1/2 ; MM. Robin, 19 ; Scialom, 13 ; Salmon (Albert), 19 ; Stankovitch, 15 ; Springer, 8 ; Subileau, 19 ; Mlle Rappoport, 18 ; MM. Rebillard, 16 ; Richard (André), 12 ; Routier, 8 ; Roux (Paul), 18 ; Rappoport, 8 ; Roux (Maurice), 6 ; Rousseau (Jean), 16 ; Reumaux, 11 ; Renous (Charles), 10.

Séance du 7 octobre. — Question donnée : « Description ostéologique d'une vertèbre type cervicale, dorsale et lombaire. Eliminer atlas et axis. »

MM. Schmidt, 9 ; Trollé, 14 ; Tailhefer, 15 ; Trocmé et Robert (Paul), 19 ; Renoult (Jean), 6 ; Séguin (Pierre), 17 ; Quignard (Maurice), 10 ; Le Blay, 12 ; Marchand (Julien), 16 ; Jahiel (Richard), 13 1/2 ; Kahony (Marcel), 17 1/2 ; Imbert (Antoine), 18 ; Lacan (Jacques), 12.

Séance du 9 octobre. — Question donnée : « Le nerf médian sans ses racines d'origine. »

MM. Mahé, 14 1/2 ; Lefèvre (Pierre), 17 1/2 ; Leforestier, 9 ; Leleu, 10 ; Mlle Maniu (Marie), 17 1/2 ; MM. Hirschberg, 14 1/2 ; Lefèvre (Charles), 9 ; Krief, 19 1/2 ; Hussenstein, 10 ; Hurez, 10 1/2 ; Lemarchand, 8 ; Mlle Leprovost de Saint-Jean, 18 1/2 ; MM. Lebon et Leibovici, 18 ; Lemaire (Pierre), 7 ; Lacroix (Louis), 10 ; Launay, 17 1/2.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Marseille. — Un concours pour la nomination à six places d'élèves internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Marseille sera ouvert le lundi 20 décembre 1920, à neuf heures du matin, à l'Hôtel-Dieu.

— Un concours pour la nomination à quatorze places d'élèves internes en pharmacie des hospices civils de Marseille sera ouvert le lundi 6 décembre 1920, à neuf heures du matin, à l'Hôtel-Dieu.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Nancy. — M. Hollande, professeur d'histoire naturelle à la Faculté de Nancy, est nommé, sur sa demande, professeur de bactériologie à ladite Faculté (chaire nouvelle).

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Dijon. — Un concours s'ouvrira le 4 juillet 1921, devant la Faculté de médecine de l'Uni-

versité de Lyon pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'École de médecine de Dijon.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant la date d'ouverture dudit concours.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. le Dr Verdier, médecin principal de 1re classe (territorial).

Au grade d'officier. — M. le Dr Infroit, chef du laboratoire central de radiographie à la Salpêtrière.

Au grade de chevalier. — MM. les Drs Caron (de Dieppe), J.-M.-A. Chambrin (des Côtes-du-Nord), Colin, médecin en chef des asiles de la Seine; de La Croix (de Lisieux), J.-H. Dotezac (d'Espelette), Mme Grimpret (de Lille), MM. Guy (de Bonneville, Haute-Savoie) et Montagnon (de Saint-Étienne).

XXIXe CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE. — L'assemblée générale de l'Association française de chirurgie a élu comme président du prochain Congrès de chirurgie, M. le prof. Jules Bœckel (de Strasbourg).

M. Hartmann a été élu vice-président par 96 voix sur 104 votants.

MM. Mauclaire (de Paris) et Bérard (de Lyon) ont été élus membres du Comité.

A l'unanimité on a décidé que le prochain Congrès de chirurgie se tiendrait à Strasbourg le deuxième lundi d'octobre 1921.

Questions mises à l'ordre du jour. — 1° « Traitement de l'épilepsie consécutive aux traumatismes craniens. » Rapporteurs : MM. Billet (de l'armée) et Lenormant (de Paris).

2° « Séro et vaccinothérapie dans les affections ostéo-articulaires. » Rapporteurs : MM. Grégoire (de Paris) et Debrey (de Bruxelles).

3° « Résultats éloignés du traitement du cancer du sein. » Rapporteurs : MM. Forgues (de Montpellier) et Walther (de Paris).

IIe CONGRÈS FRANÇAIS D'ORTHOPÉDIE. — Le IIe Congrès français d'orthopédie s'est ouvert à Paris, à la Faculté de médecine, le vendredi matin 8 octobre, à 9 heures.

Les questions suivantes étaient à l'ordre du jour du Congrès : 1° traitement de la scoliose par la méthode d'Abbott; rapporteur, prof. Estor (de Montpellier) ; 2° rétraction ischémique de Volkmann; rapporteur, prof. Denucé (de Bordeaux); 3° traitement des paralysies par l'anastomose tendineuse; rapporteur, prof. agrégé Mauclaire (de Paris).

ÉQUIPE MOBILE DES ÉPIDÉMIES. — Il est créé, à titre provisoire, à Paris, au ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales (direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques), une équipe mobile des épidémies.

Cette équipe est chargée d'apporter, sur les divers points du territoire où la santé publique serait menacée par une maladie transmissible, le secours de sa technicité et de son matériel sanitaire. En ces occasions, elle vient renforcer les organisations sanitaires locales reconnues insuffisantes pour faire face aux circonstances épidémiques exceptionnelles.

Elle s'applique, au besoin, à coordonner et à développer leurs efforts. Elle est outillée pour, en tous temps et en tous lieux, effectuer les recherches bactériologiques nécessaires et pratiquer les opérations de désinfection et de dératisation.

L'équipe mobile des épidémies est placée sous l'autorité et aux ordres du directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, elle est dirigée par le conseiller instructeur technique.

Ce service est contrôlé et dirigé par un délégué du ministre pris parmi les médecins fonctionnaires des services de l'Hygiène. (*J. O.*, 8 oct. 1920.)

MALADIES DES OREILLES, DU NEZ ET DE LA GORGE. — HÔPITAL SAINT-JOSEPH. — Sous la direction de M. Georges Laurens, chef du service oto-rhino-laryngologique et avec le concours de ses assistants, MM. Hubert et Girard, le fonctionnement du service est organisé de la façon suivante, depuis le 1er octobre 1920 :

Consultations : Mardi, jeudi, samedi, à 10 heures.

Opérations : Vendredi, à 10 heures.

Petites interventions : Lundi, mercredi, à 10 heures.

Pansements : Tous les matins, à 9 h. 1/2.

Enseignement : Deux cours cliniques seront faits à partir du 1er novembre : 1° un cours élémentaire pratique en neuf leçons, à l'usage des médecins et étudiants désirant acquérir les notions indispensables en oto-rhino-laryngologie; 2° un cours de technique en 26 leçons pour les médecins désirant se spécialiser.

Le cours élémentaire commencera le mardi 2 novembre, le matin, à 8 h. 3/4.

Le cours de technique en 26 leçons commencera le lundi 15 novembre, à 8 h. 3/4, le matin. Le programme des leçons est affiché dans le service.

Se faire inscrire, le matin, auprès des assistants du service.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

INSCRIPTIONS CUMULATIVES

M. Guibal, député, demande à M. le ministre de l'Instruction publique si, pour faire bénéficier les étudiants en médecine des prescriptions du décret du 10 janvier 1919 sur les inscriptions cumulatives, il n'y aurait pas lieu d'autoriser ceux d'entre eux qui sont titulaires de huit inscriptions et ont passé les deux premiers examens à prendre (au premier trimestre seulement de l'année 1920-1921) deux inscriptions cumulatives sous les mêmes réserves de validation que celles stipulées par ledit décret. (*Question du 25 sept. 1920.*)

Réponse. — La question sera soumise au comité consultatif de l'enseignement public (commission de médecine) dans sa prochaine réunion. Des inscriptions cumulatives pourront d'ailleurs être accordées, par mesure individuelle et en tenant compte de la scolarité déjà accomplie, aux étudiants titulaires de huit inscriptions, remplissant les conditions prévues par le décret du 10 janvier 1919. (*J. O.*, 8 oct. 1920.)

M. Joly, député, demande à M. le ministre de l'Instruction publique : 1° si, afin de leur permettre de se présenter au troisième examen de doctorat au mois de juillet 1921 et hâter ainsi leur scolarité, les étudiants en médecine (ancien régime) des classes antérisures à la classe 1918 et possesseurs de huit inscriptions au 31 juillet 1920 ne pourraient pas être autorisés à prendre, au 1er trimestre de l'année scolaire 1920-1921, les neuvième et dixième inscriptions, sous réserve de les valider comme il est prescrit au décret du 10 janvier 1919; 2° si, sans faire l'objet d'une mesure générale, cette inscription supplémentaire ne pourrait pas être accordée par les doyens des facultés aux étudiants en médecine reconnus les plus dignes par leurs résultats aux examens précédents. (*Question du 25 sept. 1920.*)

Même réponse. (*J. O.*, 8 oct. 1920.)

M. Magne, député, demande à M. le ministre de l'Instruction publique comme suite à la réponse faite à la question écrite n° 4602 (*Journal officiel* du 11 août 1920) portant que les étudiants en médecine, titulaires de huit inscriptions (ancien régime) cumulatives, pour passer le troisième examen en 1921, s'il n'y aurait pas lieu de prévoir, pour la catégorie susvisée dans toutes les facultés, la possibilité de prendre des inscriptions cumulatives, pour en avoir treize avant avril afin de passer le premier troisième à cette époque, et le second troisième en juillet 1921, ajoutant que de cette façon, pendant l'année 1921-1922, ils pourraient passer leurs examens (4e, 5e) et soutenir la thèse vers juillet 1922; ce qui leur permettrait d'abord peut-être un travail plus régulier, et ensuite de faire leurs études médicales en deux ans, comme le prévoyaient les circulaires ministérielles qui les ont rappelés des armées, en autorisant deux années d'études en un an (1919-1920). (*Question du 25 sept. 1920.*)

Même réponse. (*J. O.*, 8 oct. 1920.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 27 SEPTEMBRE 1920)

Les matières azotées et l'acide phosphorique dans la maturation et la germination du blé. — MM. Eug. ROUSSEAUX et SIROT.

Les rapports de l'irritabilité ectodermique aneurale avec les fonctionnements musculaire et nerveux chez les embryons d'amphibiens. — M. P. WINTREBERT.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 5 OCTOBRE 1920)

M. DESGREZ lit le discours qu'il a prononcé au nom de l'Académie aux obsèques de M. Armand Gauthier.

M. THIBIERGE donne lecture du rapport annuel sur les épidémies.

Les modes d'infection et les modes de préservation de la tuberculose chez les enfants du premier âge. — MM. L. BERNARD et DEBRÉ rapportent les observations qu'ils ont faites à la crèche de l'hôpital Laënnec. Sur 58 enfants de femmes tuberculeuses bacillifères, 40 sont contaminés ; sur 65 enfants de femmes non bacillifères, on en compte 57 sains; les 8 contaminés l'ont été accidentellement à une époque où la crèche était organisée différemment. Ainsi donc, c'est au contact de la mère que le petit enfant est contagionné par le bacille.

Cette contamination réclame un temps de contact assez prolongé ; elle se révèle par la cutiréaction. Si on interrompt le contact à temps, la contagion peut être évitée : elle l'a été pour 18 enfants sur 58 exposés. Quand la cutiréaction, pratiquée en série reste négative après un délai de 4 mois suivant cette séparation, on peut escompter que l'enfant est préservé.

Quant aux enfants contaminés, ils ne meurent pas tous, contrairement à ce que l'on pense de l'inexorabilité de la tuberculose des nourrissons. Si, après leur contamination, ils sont encore séparés de leur mère, ils ont chance d'être sauvés ; sur 30 enfants contaminés, mais séparés aussitôt après, 12 seulement sont morts.

Ainsi donc, c'est la répétition, la prolongation des contacts qui, le plus souvent, créent la contagion ; ce sont les mêmes conditions encore qui font la gravité de la maladie. Séparé à temps de sa mère, le nourrisson peut être préservé de la contamination ; séparé après la contamination, il peut encore être arraché à la mort.

Aussi y a-t-il intérêt à ouvrir des crèches du type de celles de l'hôpital Laënnec, où cette séparation est opérée rapidement dans des conditions qui permettent de surveiller les enfants et de commencer leur allaitement et leur élevage à l'abri des surprises.

Mais il faut aussi pourvoir au sort ultérieur des enfants, le séjour à la crèche ne doit être qu'un passage. Il convient ensuite de les confier à des foyers de placement familial de type spécial en raison du bas âge des enfants ; un tel foyer a été réalisé à l'instigation des auteurs grâce à une œuvre privée, dans le Loir-et-Cher. Il est à souhaiter que leur nombre se multiplie en vue d'intensifier la préservation de la première enfance contre la tuberculose.

Angine de poitrine guérie par la résection du sympathique cervico-thoracique. — M. le prof. Thomas JONNESCO (de Bucarest), membre correspondant de l'Académie de médecine, parle sur un cas d'angine de poitrine, traité et guéri par son opération : la résection du sympathique cervico-thoracique.

Il s'agissait d'un homme qui souffrait depuis quelques mois d'accès répétés et violents de cette grave maladie qu'est l'angine de poitrine, et qui fut opéré par M. Jonesco, le 2 avril 1916.

Depuis l'opération, c'est-à-dire depuis 4 ans, le malade n'a plus eu aucune manifestation d'angine de poitrine : il est donc parfaitement guéri.

C'est là le premier cas où la chirurgie s'est attaquée à cette maladie du plexus nerveux préaortico-cardiaque qui paraissait se dérober complètement au domaine de la chirurgie.

La médecine a, en réalité, peu de prise sur cette affection, qui non seulement produit des accès douloureux qui empoignent la région cardiaque, le thorax et le bras gauche, mais aussi et surtout menace, à chaque crise, le malade, de mort subite par l'arrêt du cœur et de la respiration. C'est là la terminaison fatale de tous ceux qui souffrent d'angine de poitrine.

Il s'agit donc, d'une nouvelle acquisition dans le domaine de la chirurgie, et si les cas suivants, qu'on ne manquera pas de traiter par la même opération, donnent le même résultat admirable, il est incontestable que ce sera un bienfait pour ces malades assez nombreux et toujours menacés d'une mort imminente.

Un dégénéré s'enfonce deux clous dans le crâne et le cerveau avec une pierre. — M. Henry Reynès (de Marseille) rapporte le cas d'un dégénéré psychique de 25 ans, neurasthénique, qui, isolé dans une villa, arracha deux clous, de 3 cm. 1/2 de longueur, à une muraille et leur rabota la tête avec une pierre de jardin. Avec la même pierre, il s'enfonça, lui-même, successivement les deux clous dans le cerveau à travers le crâne, sans aucune réaction.

Cette histoire extraordinaire fut vérifiée par une radiographie, sur laquelle on voit les deux clous implantés dans la tête. Ces deux clous furent enlevés, après incision des téguments, avec une sorte de tenaille.

Quelques jours après, le malade s'introduisit une aiguille de bas à travers un des trous des clous. Il n'y eut presque aucune réaction !

Ce malheureux succomba, quelques années plus tard, à une affection intercurrente.

LIVRES NOUVEAUX

L'alimentation simple et économique d'après l'idée française (1), par le Dr A. Monteuuis (de Nice). Préface du Prof. Albert Robin.

M. Monteuuis est depuis longtemps apprécié pour sa croisade contre l'abus du pain blanc et des viandes et en faveur de la cuisine rationnelle, sujet auquel il avait consacré un livre antérieur. Celui-ci revient encore sur les mêmes idées, mais renforcées par les acquisitions récentes relatives au rôle des vitamines et aux dangers, enfin reconnus, des aliments artificiels. C'est un plaidoyer chaleureux et documenté pour la réhabilitation de la vieille cuisine française et le retour à des habitudes et à des soins alimentaires que la funeste théorie des calories et des conceptions saugrenues de la diététique allemande nous avaient fait perdre de vue. Il faut louer l'auteur de la campagne qu'il mène ainsi inlassablement et qui peut aboutir, non seulement à une meilleure organisation et utilisation de nos ressources alimentaires, mais aussi à des avantages économiques qui ne sont point à dédaigner.

J. L.

(1) 1 vol. in-16. — Paris, Maloine.

MÉNINGO-ÉPENDYMITE CLOISONNÉE
A MÉNINGOCOQUES

PAR MM.

E. ROQUES et J. TAPIE
Chef de clinique. Interne des hôpitaux.

(Travail du service et du laboratoire de M. le professeur Mossé, *à la Faculté de médecine de Toulouse.)*

Des travaux récents ont attiré l'attention sur les formes cloisonnées de la méningite cérébro-spinale (1). Leur étude mérite d'être poursuivie afin de réduire les échecs de la sérothérapie antiméningococcique. Celle-ci constitue un merveilleux agent thérapeutique, à la condition de se conformer aux règles suivantes : intervenir précocement ; utiliser à dose suffisante un sérum spécifique ou, à défaut, un sérum polyvalent ; porter le sérum curateur au contact des germes pathogènes. Si le diagnostic est assez précoce, le sérum injecté par voie rachidienne est presque toujours capable d'enrayer l'infection méningée, parce qu'il étend son action à toute la surface de l'axe cérébro-spinal. Il n'en est plus de même lorsque la méningite a été d'abord confondue avec une autre affection ; les exsudats purulents, plus étendus et plus compacts, favorisent la formation de foyers isolés, inaccessibles au sérum, où le méningocoque pullule en cavité close. C'est ainsi que l'obstruction des trous de Magendie et de Luschka réalise un foyer fermé d'épendymite ventriculaire qui se traduit par le syndrome clinique de la « pyocéphalie » ou de l'hydrocéphalie ; des voiles membraneux séparent des autres parties de l'espace sous-arachnoïdien un foyer de méningite basilaire ; les cloisonnements siègent au niveau du trou occipital ou en un point quelconque du canal rachidien ; ils sont parfois multiples et certains d'entre eux sont des surprises d'autopsie.

Le pronostic de ces méningites cloisonnées est toujours sombre ; le malade succombe à moins qu'un diagnostic précis n'ait permis de localiser les points du névraxe où l'infection se fixe et de les atteindre par une voie appropriée : trépano-ponction ventriculaire ; ponction sphénoïdale ; ponction cervicale, etc.

L'étude des méningites cloisonnées est encore assez récente pour qu'il ne soit pas inutile de la compléter par l'observation attentive de nouveaux faits. C'est à ce titre que nous rapportons l'histoire d'un malade que nous avons eu l'occasion d'examiner dans le service de notre maître, M. le professeur Mossé et dont nous avons présenté l'observation à la Société de médecine de Toulouse.

Le nommé B... (Emile), 32 ans, entre le 5 février 1920 dans le service du professeur Mossé à qui l'adresse le Dr Brahic ; ce dernier qui l'a traité pendant un mois et demi, a bien voulu nous faire parvenir les renseignements suivants : « Malade sans antécédent pathologique intéressant ; robuste, sobre ; pas de maladies vénériennes. Le 24 décembre 1919, cet homme s'est blessé au pied droit avec le rebord de son sabot, souillé de terre et de fumier. Le 1er janvier, il présente brusquement une violente céphalée avec agitation, raideur de la nuque, fièvre élevée. Le lendemain : trismus, signe de Kernig ; pas de vomissements ; lucidité parfaite.

On injecte 40 cmc. de sérum antitétanique par voie sous-cutanée. Bromure et chloral. Les injections de sérum antitétanique sont renouvelées les 3 jours suivants.

Le *6 janvier*, disparition de la céphalée et du trismus ; contracture moins prononcée.

Le *8 janvier*, reprise de la fièvre et de la céphalée ; Kernig léger ; contractures ; ni vomissements ni trismus.

Le *9 janvier, ponction lombaire* : on retire péniblement 1 cmc. de liquide clair.

Le *10 janvier*, le malade est dans un demi-coma. Une nouvelle *ponction lombaire* donne issue à un liquide clair, laissant un dépôt minime après centrifugation. Albumine : 0g25 ; chlorure : 6g40 ; lymphocytose légère ; nombreux germes (?). (Cet examen a malheureusement été pratiqué par un pharmacien, dans des conditions défectueuses ; nous ne pouvons lui attribuer qu'une médiocre valeur). On abandonne alors le diagnostic de tétanos et on injecte pendant 3 jours, par voie rachidienne, *40 cmc. de sérum antiméningococcique*.

Le *16 janvier*, état général toujours grave, céphalée, torpeur, ptosis à droite.

Le *21 janvier*, amélioration sensible ; disparition du ptosis ; le malade lucide ne présente ni céphalée ni vomissements. Mais la langue est sèche ; la raideur de la nuque persiste ; l'amaigrissement est très marqué. La température oscille entre 38°5 et 39°. On pratique *2 abcès de fixation*.

Les jours suivants, état stationnaire ; le malade est transporté d'urgence à l'Hôtel-Dieu.

Examen à l'entrée. — Malade considérablement amaigri. Somnolent, mais lucide ; il se plaint d'une céphalée continue. La tête, rejetée en arrière, creuse l'oreiller ; les pommettes sont saillantes, les yeux excavés ; amyotrophie diffuse du thorax et des membres. Sur la face externe des deux cuisses, les abcès de fixation font une saillie fluctuante de la grosseur du poing.

Le malade est raide ; on le déplace d'une seule pièce ; la flexion de la nuque est impossible ; les signes de Guillain et de Kernig sont positifs. Affaiblissement des réflexes tendineux ; réflexe plantaire normal.

La langue est humide, saburrale ; le ventre est légèrement rétracté. Il n'existe pas d'éruptions ni de manifestations articulaires.

Cœur et poumons normaux ; le foie et la rate ne sont pas hypertrophiés.

Pas de troubles sensoriels ; pas de paralysies oculaires ; les pupilles, un peu dilatées, réagissent à la lumière et à l'accommodation.

Température axillaire 37°3 ; pouls 92. Les urines, abondantes, ne renferment ni sucre ni albumine.

La *ponction lombaire* donne un liquide hypertendu, opalescent qui réduit la liqueur de Fehling et contient 0g40 d'albumine par litre. Examen cytologique : quelques lymphocytes et nombreux polynucléaires intacts ; pas de germes à l'examen direct. Ensemencement sur gélose-ascite : négatif.

L'incision d'un abcès de fixation donne issue à un flot de pus mal lié, odorant ; il existe un décollement étendu à la face antérieure de la cuisse.

On prescrit 3 g. de bromure et 4 g. de chloral en potion.

6 février. Etat stationnaire ; le malade boit bien, ne vomit pas ; mais la raideur et le signe de Kernig persistent. Température 39°6. Incision du 2e abcès de fixation. Même traitement.

8 février. Céphalée, raideur de la nuque ; malade en chien de fusil. La *ponction lombaire* donne un liquide louche, puriforme et aseptique.

Les jours suivants, la céphalée disparaît ; la somnolence et les contractures persistent. Une hémorragie abondante apparaît au niveau de l'incision du dernier abcès ; elle nécessite un tamponnement.

18 février. Une nouvelle *ponction lombaire* donne un liquide clair, hypertendu, toujours stérile ; albumine : 0g50 ; polynucléaires intacts 400 par millimètre cube.

Température 37°8 ; pouls 90. Diurèse abondante. Même traitement et frictions au collargol.

29 février. Amaigrissement extrême ; torpeur, céphalée, diarrhée. Sérum glucosé : 1 litre par voie sous-cutanée et en goutte à goutte rectal.

1er mars. La somnolence est plus profonde; le malade ne paraît pas souffrir; il est indifférent à tout ce qui l'entoure.

Une injection intra-veineuse d'urotropine (1g50 dans 20 cmc. d'eau salée physiologique) provoque au bout d'une heure une violente réaction : hyperthermie, tachycardie, cyanose de la face et des lèvres. Ces accidents ne durent que quelques minutes. Cette injection n'est pas renouvelée; on continue le sérum glucosé et les frictions de collargol.

3 mars. Température normale; pouls 70; respiration régulière.

L'amaigrissement est encore plus accusé; le malade a l'aspect squelettique; les reliefs musculaires ont disparu; la peau, froide et rugueuse, garde l'empreinte des plis qu'on lui imprime. Les signes d'irritation méningée persistent; seule, la céphalée paraît moins vive, en raison sans doute de la torpeur du malade. Les pupilles dilatées réagissent encore à la lumière; le réflexe cornéen est très affaibli. Le malade souille son lit et il présente pour la première fois des vomissements faciles à type cérébral.

10 mars. La *ponction lombaire* donne issue à un liquide hypertendu et clair; hyperalbuminose (5 divisions au rachialbuminimètre de Sicard); glucose 0g50; chlorures 7g35; polynucléose légère; pas de germes.

Réaction de Bordet-Wassermann : négative dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

La torpeur s'accentue; vomissements; incontinence des sphincters; début d'escarre sacrée; mydriase; contracture de la nuque.

On porte alors le diagnostic de méningo-épendymite cloisonnée et on se décide à pratiquer une *trépano-ponction ventriculaire.*

19 mars. Sous anesthésie locale, M. Ginesty pratique une incision demi-circulaire dont le centre est à 2 cm. en avant et en dehors du bregma; le lambeau cutané est récliné en avant par une pince en T; la table externe est ruginée et on applique une petite fraise. Par l'orifice ainsi créé, on introduit obliquement, vers le conduit auditif externe opposé, une aiguille à ponction lombaire. A une profondeur de 6 cm. l'aspiration permet de retirer sans difficulté 45 cmc. de liquide trouble, grisâtre, dans lequel un examen microscopique rapide montre de nombreux diplocoques. Par l'aiguille laissée en place, on injecte lentement 15 cmc. de sérum antiméningococcique A+B et 5 cmc. de sérum anti-C.

Le malade supporte bien l'intervention; mais dans la nuit sa torpeur augmente; il meurt le lendemain après une dernière phase de coma progressif.

L'examen du *liquide ventriculaire* a donné les résultats suivants : liquide trouble avec culot jaunâtre; albumine : 0g80; sucre : traces. Examen cytologique : polynucléaires, cellules épendymaires; très nombreux diplocoques intracellulaires. L'ensemencement sur gélose-ascite a permis à M. le professeur Morel d'identifier du méningocoque B.

Autopsie des centres nerveux. — Congestion intense des vaisseaux pie-mériens encéphaliques; quelques traînées grisâtres périvasculaires au niveau des sillons de la convexité.

A la base, exsudats purulents au niveau de la scissure de Sylvius, du chiasma, de la fente de Bichat, et sur la face supérieure du cervelet. Le pus est particulièrement abondant et plus épais dans la région bulbo-ponto-cérébelleuse. Il existe en outre à ce niveau des voiles pseudo-membraneux qui engainent le bulbe, la protubérance, les pédoncules cérébraux; au niveau du trou occipital, ces cloisons vélamenteuses, très compactes, suppriment toute communication entre la cavité cranienne et le canal rachidien.

Sur une coupe sagittale, les ventricules cérébraux apparaissent uniformément dilatés; un liquide louche les distend; leurs parois ont un aspect gélatineux. Les plexus choroïdes sont pâles, comme lavés.

Congestion simple des méninges spinales; il n'existe pas de cloisonnement dans le canal rachidien.

En résumé, un homme de 32 ans présente, huit jours après un traumatisme du pied, un ensemble de phénomènes morbides : contractures, Kernig, état fébrile qu'un médecin met sur le compte du tétanos. La sérothérapie antitétanique n'améliorant pas ces accidents, on envisage la possibilité d'une méningite cérébro-spinale, et, malgré l'imprécision des résultats de l'examen du liquide céphalo-rachidien, on injecte 120 cmc. de sérum antiméningococcique par voie rachidienne et on pratique deux abcès de fixation. Quand le malade entre à l'Hôtel-Dieu, il présente encore des signes de méningite aiguë; mais le liquide céphalo-rachidien est à ce moment puriforme, aseptique. Au cours des ponctions ultérieures ce liquide est toujours stérile; il perd même son aspect puriforme et ne présente bientôt aucune modification cytologique. Dans la suite, la persistance des contractures, l'existence d'une amyotrophie généralisée coïncidant avec une raideur extrême de la nuque, des vomissements à type cérébral, des troubles sphinctériens nous font admettre le diagnostic d'épendymite que confirme la trépano-ponction. La sérothérapie ventriculaire ne peut malheureusement enrayer l'évolution de ces graves accidents. L'autopsie nous a montré qu'il existait en outre un cloisonnement péribulbaire isolant la cavité cranienne de la cavité rachidienne.

Cette observation représente un cas typique de méningo-épendymite cloisonnée dont le diagnostic a été particulièrement malaisé dans les conditions où nous avons été appelés à examiner ce malade. Nous avons éliminé d'emblée le tétanos; mais les résultats de l'examen du liquide céphalo-rachidien qu'on nous avait communiqués (liquide clair renfermant quelques lymphocytes) ne nous permettaient pas d'accepter sans réserve le diagnostic de méningite cérébro-spinale. Après avoir retiré nous-même un liquide puriforme aseptique, nous avons cru devoir cesser la sérothérapie rachidienne; la diminution progressive de la réaction cytologique dans ce liquide toujours stérile nous faisait bientôt affirmer que les symptômes d'irritation méningée ne relevaient pas à ce moment d'une infection des méninges spinales. Il est vraisemblable que chez notre malade l'infection méningococcique a évolué en deux étapes : la première, cérébro-spinale; la deuxième, ventriculaire et basilaire. La phase de méningite cérébro-spinale, dont les manifestations ont été attribuées à l'évolution d'un tétanos aigu, a été sans doute assez brève; les caractères du liquide de la première ponction nous portent à croire que, à ce moment, la localisation rachidienne de l'infection était déjà en voie de régression. L'apparition d'une méningite sérique pouvait expliquer l'aspect puriforme aseptique qu'a présenté ultérieurement le liquide céphalo-rachidien; mais pour certaines raisons (absence de manifestations cutanées sérotoxiques, persistance des modifications du liquide après plusieurs ponctions évacuatrices), nous pensons que cette réaction puriforme traduisait l'irritation aseptique des méninges rachidiennes par le foyer voisin, enkysté, de méningite basilaire, comme dans l'observation antérieurement rapportée par MM. Boidin et Weissenbach (2).

Quoi qu'il en soit, le diagnostic de méningo-épendymite n'a pu être porté qu'au moment où notre malade présentait le syndrome clinique complet de

cette affection ; la trépano-ponction, en nous montrant la dissemblance profonde du liquide ventriculaire et du liquide rachidien, nous donnait aussi la preuve que le foyer ventriculaire était complètement isolé de l'espace sous-arachnoïdien périmédullaire.

L'autopsie nous a révélé des cloisonnements plus complexes que ceux que nous avions soupçonnés. Les cavités ventriculaires étaient distendues par un liquide trouble, riche en méningocoques; mais il existait, d'autre part, un large foyer de méningite basilaire et des cloisonnements de la région bulbo-ponto-cérébelleuse; les adhérences péribulbaires formaient une barrière infranchissable au niveau du trou occipital. Des faits semblables ont été rapportés par MM. Marfan, Cazamian, Lesage et Hallez, Caussade; ils sont réunis dans l'excellente thèse de Hallez.

Au point de vue thérapeutique, on conçoit que l'injection intrarachidienne de sérum aurait été absolument inefficace. L'injection ventriculaire que nous n'avons pratiquée qu'à la période ultime de l'affection aurait été elle-même insuffisante ; seule, la ponction sphénoïdale nous aurait permis d'atteindre à coup sûr le foyer de méningite basilaire. Dans un cas semblable, M. Cazamian (3) a utilisé avec succès cette ponction en suivant la technique préconisée par Bériel.

(1) Chiray. La pyocéphalie, *Presse méd.*, 2 déc. 1915. — Marfan. Forme cloisonnée et ventriculaire de la méningite cérébro-spinale, *Bull. méd.*, 5 fév. 1916. — Caussade. Les ventricules latéraux dans la méningite cérébro-spinale de l'adulte, *Th. de Nancy*, 1916. — Hallez. Les formes cloisonnées et les localisations ventriculaires de la méningite cérébro-spinale à méningocoques, *Th. de Paris*, 1917. — Dopter. L'épendymite méningococcique, *Gaz. des hôpit.*, 6 et 13 mars 1920.

(2) Boidin et Weissenbach. Méningite localisée à la base, *Soc. méd. des hôpit.*, 17 déc. 1915.

(3) Cazamian. Des injections sériques paracérébrales par la fente sphénoïdale, *Soc. de thérap.*, 8 déc. 1915.

XXIXe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Tenu à Paris du 4 au 9 octobre 1920 (1)

PREMIÈRE QUESTION

TRAITEMENT DES PLEURÉSIES PURULENTES À L'EXCEPTION DES PLEURÉSIES TUBERCULEUSES

Résumé du rapport de MM. Janssen (de Bruxelles) et Tuffier (de Paris).

La fréquence des infections pleurales dues à la guerre et à la dernière épidémie de grippe a permis de soumettre à une étude approfondie le traitement des diverses formes de pleurésies purulentes qui a ainsi rapidement et considérablement évolué durant ces dernières années.

Historique. — I. Pleurésies purulentes aiguës. — 1° Les *ponctions aspiratrices* ont surtout été employées dans les cas de pleurésies à pneumocoques chez l'enfant.

Suivies d'injections modificatrices de collargol, de bleu de méthylène, d'air stérilisé, elles ont pu guérir des pleurésies à streptocoques.

Puis on a cherché à prolonger les effets de la ponction en l'utilisant pour un *drainage à demeure*, ainsi que le firent d'abord Sédillot et Trousseau.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 86, p. 1372.

Mais ce drainage réalisé primitivement à l'aide d'un simple tube fut plus tard perfectionné de deux façons. Les drains furent munis d'une soupape automatique destinée à *empêcher l'entrée de l'air* dans la cavité thoracique. Ou bien, à l'exemple de Playfair, on fit du *drainage par aspiration*. Malgré les bons résultats obtenus à l'aide de cette méthode, elle avait été délaissée jusqu'avant la guerre en faveur de la thoracotomie.

2° La *thoracotomie avec drainage simple* est le procédé le plus courant, soit qu'on se borne à inciser l'espace intercostal, soit, et le plus habituellement, qu'on résèque une côte. L'opération se fait sur la ligne axillaire postérieure, à une hauteur variable. Des chirurgiens, comme Marion, Cazin, veulent drainer au point déclive et résèquent au besoin deux ou trois côtes pour atteindre le fond du cul-de-sac pleural. A la suite de la thoracotomie simple, la guérison est parfois lente ou bien une fistule persiste et s'accompagne de déformations thoraciques. Aussi, pour favoriser le retour du poumon à son volume normal, a-t-on eu recours après thoracotomie au siphonage et à l'aspiration.

Le *siphonage*, imaginé par Revillod (de Genève), s'est montré remarquablement efficace dans les 50 cas que relate Tachard. Cependant il n'est pas entré dans la pratique.

Et l'*aspiration*, qui se fait avec les appareils d'ailleurs compliqués de Perthe, de Leidel ou de Mayer, n'a pas eu plus de succès.

II. Pleurésies purulentes chroniques. — Leur traitement est plus ardu encore que celui des pleurésies aiguës, le grand nombre des procédés opératoires préconisés en est la preuve. Ces procédés, pour remettre le poumon en contact avec la paroi thoracique et supprimer l'espace mort pleural, ou bien s'attaquent à la paroi, ou bien libèrent le poumon. De là deux catégories d'opérations :

1° *Opérations pariétales.* — La *thoracectomie* consiste à désosser la paroi dans la région correspondante à la poche pleurale à combler. C'est l'opération de Gayet-Letiévant-Estlander dans laquelle les côtes sont enlevées grâce à des incisions multiples ou par la taille d'un lambeau de forme variable.

La *thoracoplastie* assure l'effondrement pariétal en rompant en un ou deux points les arcs costaux. Jaboulay sectionnait les cartilages costaux, Boiffin réséquait 5 cm. de la partie postérieure des côtes, Quénu et Santottini suppriment un petit fragment de côte en avant et en arrière.

A la résection osseuse, des chirurgiens ont ajouté la *résection de la plèvre pariétale* épaissie. C'est le procédé de Schede que modifièrent plus ou moins dans sa technique Lambotte, Depage et Tuffier.

2° *Opérations viscérales.* — Delorme en est l'initiateur. Le principe est ici très différent. Le poumon, si on le dégage de la plèvre épaissie et sclérosée, retrouvant son volume normal, ira s'accoler à la paroi. On accède à la cavité pleurale par un grand volet que Delorme et Picqué placent et taillent de façons un peu différentes. Fowler résèque les deux feuillets pariétal et viscéral. Les échecs de la méthode sont dus aux réinfections du foyer opératoire, ainsi que Tuffier l'a prouvé, et le premier temps de l'opération doit être la désinfection de la cavité suppurée.

Enfin, il faut faire une place, dans le traitement des pleurésies chroniques, aux injections bismuthées de Beck.

Etat actuel de la question. — I. Pleurésies purulentes aiguës. — Quoique le diagnostic soit habituellement facile, la *radiographie* stéréoscopique peut, comme l'a montré Beck récemment, rendre des services et permettre de différencier l'empyème d'une pneumonie dont l'ombre est nette et lobaire, d'une bronchopneumonie qui donne des ombres multiples, variées en dimensions, du pneumothorax dont l'image claire est caractéristique, d'un abcès du poumon, etc.

D'autre part, la radioscopie a l'avantage d'indiquer la région à ponctionner.

La *ponction exploratrice*, toujours indispensable, doit renseigner sur la nature microbienne de l'épanchement d'où découlera le mode d'intervention et parfois le pronostic.

Ainsi l'*examen bactériologique* du pus sera pratiqué par frottis et par cultures. Dopter a signalé des épanchements puriformes aseptiques, Janssen des hémothorax suppurés également aseptiques. Mais dans ces cas quelquefois les germes apparaissent tardivement ou peuvent être rencontrés dans le cul-de-sac inférieur de la plèvre. En outre, il faut au cours du traitement faire des numérations microbiennes fréquentes selon la méthode de Carrel et effectuer les prélèvements en des points différents.

Le *moment de l'intervention* est devenu une question fort importante. Autrefois l'opération était immédiate, mais dans la dernière épidémie de grippe la pleurotomie précoce a donné des résultats déplorables. Les Américains ont observé une mortalité selon les camps de 30 à 84 p. 100. Tuffier, sur 8 décès après opération pour pleurésies purulentes aiguës, a perdu 7 malades opérés très précocement. Ces faits semblent devoir s'expliquer ainsi : l'épanchement, malgré une infinité de streptocoques, est au début séro-fibrineux et ne devient purulent que lentement; la thoracotomie précoce, alors que par suite de ses lésions pulmonaires le malade a une dyspnée et une cyanose très marquées, ne peut qu'aggraver la situation car le pneumothorax opératoire diminue encore le champ de l'hématose; plus tard des adhérences unissent le poumon à la paroi et diminuent le danger du pneumothorax. La suppression de la pleurotomie précoce a amené partout une amélioration des résultats; les statistiques de Stone sont particulièrement démonstratives à ce point de vue. Il conviendra donc au début d'agir médicalement par ponction et d'attendre pour opérer l'amélioration de l'état pulmonaire et la formation des adhérences.

Quant à la *nature de l'intervention*, elle est surtout déterminée par la nature du microbe infectant.

Aux pleurésies à pneumocoques convient d'abord l'*aspiration*, puis en cas de récidive, la *pleurotomie* avec nettoyage de la plèvre et *suture immédiate sans drainage*.

Les pleurésies à streptocoques ne sont guère justiciables de l'aspiration; pourtant Rinchard et Œlgoetz ont guéri de telles formes par l'aspiration combinée avec l'injection de glycérine au formol à 2 p. 100.

Le *drainage simple* reste la méthode usuelle. Chevrier par une première incision repère au doigt le fond du cul-de-sac pleural de façon à pratiquer à ce niveau, la pleurotomie de drainage. Mais le drainage simple est loin de toujours réussir, il faut alors faire intervenir d'autres procédés.

P. Delbet et Girode pratiquent l'*évacuation et l'aspiration* : le premier jour drainage étanche par l'emploi d'un siphon en caoutchouc débouchant dans une bouteille pleine de liquide et renversée sur un bocal contenant le même liquide; ensuite aspiration continue du pus pleural à l'aide d'un flacon à deux tubulures dans lequel un vide de 15 cm. de mercure est maintenu à l'aide de quelques coups de pompe.

Les auteurs du rapport préfèrent le procédé plus simple du *drainage irréversible* : sous anesthésie locale on incise dans le 10e espace jusqu'aux muscles intercostaux effondrés ainsi que la plèvre à l'aide d'une pince; la pince est remplacée par un drain coiffé à son extrémité extérieure d'un doigtier en caoutchouc fin muni d'une fente. La durée moyenne de ce traitement est de cinq semaines environ. Il s'est montré excellent : dans les plaies de poitrine, il a fait tomber la mortalité de 32 à 6,7 p. 100; appliqué aux cas médicaux il a été employé dans 20 cas sans un décès.

Mais dans les cas rebelles, quand la température et la teneur en microbes du pus se maintiennent élevées il faut mettre en œuvre une méthode plus radicale qui est la *désinfection et la fermeture complète de la plèvre stérile suivant les principes de Depage-Tuffier*. Pleurotomie avec résection d'un fragment de la 6e côte sur la ligne axillaire antérieure; examen de la cavité, dans tous les coins de laquelle sont placés des tubes de Carrel; irrigation toutes les deux heures au liquide de Dakin; l'évolution est surveillée grâce à la courbe microbiologique, quand la courbe est à 0 le traitement est suspendu et une compresse placée sur la plaie doit rester sèche pendant 24 heures; il est alors possible de procéder à la fermeture chirurgicale de la plaie pariétale sans drainage; la résorption du pneumathorax contrôlée par la radioscopie se fait progresssivement. Il faut surveiller les malades assez longtemps, afin de procéder à une nouvelle pleurotomie, si — ce qui est rare — l'empyème récidivait.

Ce traitement a été adopté avec des variantes par de nombreux auteurs. Bérard et Dunet ne ferment pas chirurgicalement la plaie et insistent sur l'utilité du lever précoce; ils ont eu 2 morts sur 22 cas. Combier et Hertz ont obtenu la stérilisation de la plèvre en 6 à 15 jours, sur 13 cas, 12 guérisons et 1 décès. En Amérique Moschowitz, Diederich, Aschner ont usé du Carrel-Dakin dans les pleurésies grippales, les deux premiers avec succès, le troisième sans bénéfice appréciable.

Les *échecs* dans le traitement des pleurésies aiguës peuvent avoir les causes suivantes : abcès pulmonaire, abcès de la plèvre cloisonnée ou siégeant dans l'épaisseur des fausses membranes, diverticules mal drainés, nécrose des cartilages bronchiques, fistules bronchiques suppurées.

II. Pleurésies purulentes chroniques. — 1° *Anatomie pathologique*. — Macroscopiquement, la plèvre est toujours très épaissie et le feuillet viscéral dépasse à ce point de vue le feuillet pariétal qui cependant atteint parfois 4 cm.; elle est inextensible et irrégulière, souvent séparable des plans sous-jacents, parfois totalement adhérente. L'étude microscopique due à Roux-Berger et Policard montre une néoformation membraneuse faite de tissu fibreux en couches diversement orientées, parcourue de vaisseaux sanguins et dépourvue de revêtement superficiel; les polynucléaires y sont rares, ce n'est pas à proprement parler une membrane pyogène.

2° *Diagnostic*. — L'empyème est devenu chronique quand la cavité ne diminue plus ni de volume, ni d'infection. Il faut rechercher les causes qui entretiennent la suppuration à l'aide de la radiographie qui renseigne sur le volume et la mobilité du poumon, sur les dimensions de la cavité, sur l'existence d'un foyer pleural méconnu souvent interlobaire, d'un abcès du poumon; à l'aide de la pleuroscopie qui fait voir les brides, les diverticules, les fistules bronchiques, de la topographie microbienne et enfin de l'exploration chirurgicale facilitée par l'écarteur de Tuffier et l'éclairage frontal.

3° *Traitement*. — La *désinfection* de la cavité doit être le premier but à atteindre. Les moyens sont *physiques* : régularisation des foyers, drainage des diverticules, etc., ou *chimiques* : irrigation de Carrel-Dakin, ici d'application beaucoup plus difficile que dans les cas aigus surtout quand il y a une fistule bronchique, circulation d'oxygène.

Pendant la désinfection les *exercices respiratoires* avec effort expiratoire doivent être régulièrement pratiqués.

La désinfection obtenue, on peut intervenir de trois façons :

a. *Fermer l'orifice pariétal*. — Ayant aveuglé la fistule à l'aide d'une mèche, on en résèque les bords et on ferme hermétiquement en un ou deux plans. La statistique de Tuffier est très favorable, en bloc elle comporte sur 49 cas, 39 guérisons sans un décès. Les indications de cette technique sont les cavités pleurales qui se réduisent notablement dans l'effort.

b. *Effondrer la paroi thoracique*. — Tuffier et Janssen rejettent ce moyen.

c. Pratiquer une *pleurectomie* dont le succès est subordonnée à la désinfection de la cavité.

La pleurectomie peut être *totale*. On ouvre largement la cavité, on résèque la cicatrice et les plaques osseuses, recherche du plan de clivage pleuropariétal et décollement vers le poumon, la besogne est particulièrement laborieuse au point de réflexion de la membrane, la décortication viscérale

sera prudente, il faut éviter la pénétration pulmonaire, laisser plutôt en place une plaque amincie de fausse membrane et d'ailleurs ne jamais insister dans les régions dangereuses comme au contact du péricarde. Le poumon décortiqué se dilate et remplit la cavité. S'il n'y a pas de saignement, on ferme immédiatement. En cas de suintement, drainage pendant 24 heures.

La *décortication pulmonaire seule* réussit quelquefois.

Quand la fausse membrane adhère trop intimement au poumon, on se contente d'une *décortication partielle segmentaire.*

Et la *libération du poumon* a pu être réalisée deux fois par la simple section du reflet séreux pleuro-pulmonaire.

Enfin Finney a guéri des malades par un *décollement pleuro-pariétal* qui amenant l'accolement des feuillets pariétal et pulmonaire, transforme le pneumothorax intrapleural en un pneumothorax extrapleural dont la résorption se fait progressivement.

4o *Résultats.* — Les cas réunis de Tuffier et Janssen donnent pour 19 pleurectomies 1 seul décès survenu dans un cas de 8 mois, 6 autres pleurectomies totales faites dans des cas datant de 3 à 8 mois ont amené des guérisons rapides avec résultats fonctionnels très bons, 2 pleurectomies combinées à la thoracectomie ont été suivies de guérisons mais avec résultats fonctionnels médiocres.

Roux-Berger a eu dans une 1re série 4 guérisons et 4 morts sur 8 cas et dans une 2e série, 3 guérisons et 1 amélioration sur 4 cas.

La statistique de Duvergey ne comporte que 1 décès et 1 échec sur 35 cas.

Discussion.

M. Delorme (de Paris) estime que, dans le traitement des pleurésies purulentes, il faut pour obtenir de bons résultats opérer d'une façon précoce et instituer aussi sans retard des exercices de gymnastique respiratoire parmi lesquels le meilleur est la marche. Il reste attaché à sa méthode de décortication pulmonaire dont la technique a été améliorée par Duverger (de Bordeaux) et Roux-Berger et à laquelle Tuffier a ajouté la désinfection de la cavité pleurale. L'auteur ne croit pas que cette désinfection préalable soit indispensable ; l'essentiel est d'opérer tôt et de donner beaucoup de jour; puis il faut décoller plutôt avec le doigt qu'avec le bistouri qui lèse facilement le poumon et, quand le décollement est laborieux en un point, s'attaquer à une autre région afin de créer plusieurs amorces par quoi la décortication est grandement facilitée.

M. Willems (de Liége) insiste sur la nécessité des opérations aussi hâtives et, bien qu'on opère dans le pus, aussi aseptiques que possible. Il pense qu'il n'y a pas lieu d'opposer thoracectomie et décortication, chacune de ces méthodes a ses indications propres ; la décortication est sans doute plus grave, mais elle est excellente appliquée aux malades résistants et pourvus d'un bon équilibre circulatoire.

M. Bœckel (de Strasbourg). L'opération de Tuffier-Depage marque un progrès incontestable dans le traitement des pleurésies purulentes. Souveraine dans les pleurésies aiguës et dans quelques empyèmes à chronicité relative, elle doit, dans les empyèmes très anciens et très étendus, céder le pas à la méthode d'Estlander qui ne sera vraiment efficace qu'à la condition d'être appliquée selon les principes suivants groupés sous trois chefs : 1o La *thoracectomie* doit être très large. Ce sont les résections insuffisantes qui causent les fistules intarissables. Le désossement doit permettre l'accolement complet des feuillets pleuraux. Mais le désossement peut être réalisé en plusieurs séances séparées par des intervalles de 15 jours à 3 semaines. D'après une expérience de 40 ans, l'auteur croit que l'on peut réséquer impunément 60 à 70 cm. de côtes en une seule séance chez un sujet indemne de toute tare organique, alors qu'une ablation de 100 cm. de côtes amène la mort presque inévitablement. En procédant par étapes, il a pu enlever d'un même côté 120, 135 et même 157 cm., non seulement sans accident mais sans que l'équilibre du tronc, la solidité et même la forme de la cage thoracique en aient été troublés. Cependant, certaines de ses opérations ont été faites chez des sujets de moins de 16 ans, elles ont donné une cicatrisation per primam et des résultats éloignés qui ont pu être jugés après 10, 12, 30 et 40 ans ; 2e Le *traitement de la plèvre* est parfois nécessaire. Le feuillet pariétal largement décollé du fait de la résection costale sera fendu en long et en large de façon à créer des lambeaux qui s'affaissent vers le feuillet viscéral. Il pourra être utile d'agir aussi sur ce dernier feuillet, à la manière de Delorme, mais par un curettage pratiqué à l'aide d'une grande cuillère tranchante dont l'auteur présente un modèle ; 3o La *résection de l'arc postérieur des 5 premières côtes* est rendu difficile par la présence de l'omoplate qu'une sangle musculaire épaisse immobilise et fixe contre le thorax. Aussi faut-il dans un 1er temps s'attaquer à cette sangle, c'est-à-dire, à l'aide d'une incision d'abord intervertébro-scapulaire puis contournant l'angle inférieur de l'omoplate, sectionner longitudinalement le trapèze, le rhomboïde, au besoin le grand dentelé. Ainsi l'omoplate se laisse déplacer vers la ligne axillaire, laissant le champ libre à l'opération costale. L'auteur a présenté des blessés de guerre opérés par ce procédé à la Société médico-chirurgicale da la 14e région.

M. Marc Roussiel (de Bruxelles) expose sa technique d'anesthésie régionale pour la thoracectomie.

M. Vanverts (de Lille). Dans la pleurésie à pneumocoques de l'enfant, la ponction aspiratoire est rarement suffisante et il n'y a pas lieu de la répéter si le pus se reproduit. La pleurotomie est améliorée par l'emploi des moyens qui permettent l'ampliation du poumon, mais ces moyens ne sont pas absolument nécessaires. L'auteur n'a observé qu'un seul cas de fistule due à une nécrose costale sur 32 pleurotomies simples sans aspiration. Il faut attribuer une grande importance au point de vue des suites opératoires et de la rapidité de la cicatrisation à l'asepsie des pansements et à la perfection du drainage. Dons les pleurésies chroniques, la fistule est souvent entretenue par un corps étranger (balle, fragment de côte nécrosée, débris vestimentaires, etc.).

M. Vitrac (de Pau) a eu l'occasion d'intervenir dans 61 cas de pleurésies purulentes non tuberculeuses, 26 fois il s'agissait de pleurésies aiguës qui, traitées par la pleurotomie basse dans le 9e ou le 10e espace sous-anesthésie locale ont donné 24 guérisons d'emblée, 1 guérison après opération secondaire pour fistulisation et 1 mort dans un cas de pleurésie putride chez un sujet convalescent de typhoïde et canulard ancien très dyspnéique.

35 fois il s'agissait de pleurésies anciennes fistulisées. Pratiquement, les choses sont très différentes à tous les points de vue, selon qu'on a à faire à des cavités petites (poing), moyennes (moins de la moitié de la plèvre) ou grandes (plus de la moitié de la plèvre et pouvant même être totales). Les 2 premières catégories, cavités petites et moyennes, sont faciles à guérir, sauf si elles sont postérieures, cachées sous l'omoplate, ou localisées au sommet. C'est à elles que peuvent convenir les procédés économiques, tels que la fermeture après stérilisation, et les diverses pleurectomies sans thoracectomies. Toutefois l'auteur a traité ces cavités par les procédés larges appliqués aux grandes cavités et sur 15 opérations de cavités moyennes ou petites, il a eu 1 mort par accidents méningitiques aigus et 14 guérisons avec résultats fonctionnels satisfaisants.

Quant aux grandes cavités fistuleuses, il en a observé 20 cas qui donnèrent lieu à 29 interventions. Ici les opérations partielles et économiques sont rendues impossibles par l'étendue de la cavité, par l'adhérence de la plèvre, par

l'affaissement ou l'atrophie du poumon. Des thoracectomies d'accès larges (résection de 4 à 8 ou 10 côtes) sont donc indispensables : c'est le 1er temps; le 2e temps comporte les pleurectomies, décortications ou libérations périadhérentielles. Dans le 3e temps enfin, thoracectomies étendues en proportion des dimensions de la cavité à combler et des résultats obtenus sur le poumon. Quand celui-ci est définitivement atrophié ou non libérable, il faut recourir aux opérations les plus larges. Ainsi une fois, l'auteur a dû, après ablation de la presque totalité des 10 côtes inférieures et d'une partie de la clavicule, désinsérer le grand pectoral pour fermer la brèche sous-claviculaire. Le blessé guérit. Ces 26 cas avec 29 opérations ont donné 2 morts : l'une fut consécutive à la narcose par éther rectal (mort le 6e jour avec hémorragies gastro-intestinales) : l'autre survint 36 heures après l'opération et est plus nettement imputable à celle-ci ; soit une mortalité vraie opératoire de 5 p. 100. Les survivants ont guéri avec un bon résultat esthétique et fonctionnel.

MM. Guillot et Dehelly (du Havre) rappellent que, depuis octobre 1915, Dehelly a traité toutes les plaies infectées de la plèvre par le procédé appliqué plus tard par MM. Depage et Tuffier aux pleurésies purulentes d'origine interne. La méthode pourrait donc aussi bien s'appeler méthode de Dehelly. En outre, ce dernier a traité un grand nombre de cas d'empyèmes, compliquant des pneumonies, à New-York alors qu'il était en mission à l'Institut Rockfeller.

L'application de la méthode de Carrel-Dakin aux empyèmes doit être faite de façon un peu spéciale. Les tubes de Carrel doivent être armés de fil de bronze pour les rendre semi-rigides. La quantité de solution de Dakin à injecter, le nombre des injections doivent être proportionnées à la quantité des sécrétions et à l'acuité de l'infection. Après la fermeture hermétique chirurgicale de la paroi thoracique, la cavité pleurale s'efface très vite, en moins de 48 heures dans les cas aigus. Dehelly l'a constaté une fois à l'autopsie d'un malade mort de péricardite à streptocoques. Dans les pleurésies anciennes, la stérilisation chimique rend encore service; elle permet d'obtenir dans un certain nombre de cas l'effacement spontané de la cavité; dans les autres, elle permet d'entreprendre plus sûrement une opération plastique ou décorticante.

On a reproché à la méthode Carrel-Dakin de provoquer des hémorragies pleurales, c'est une erreur. Le sang vient toujours d'une intercostale ulcérée par un tube. Il est préférable, au cours de la pleurotomie, de lier systématiquement l'intercostale aux deux extrémités de l'incision.

Guillot et Dehelly pensent qu'il y a lieu encore de rechercher quel est le moment favorable pour l'opération, les travaux publiés jusqu'à ce jour ne leur paraissent pas convaincants.

M. Gauthier (de Luxeuil), au cours de la *période aiguë*, lorsque le pneumocoque seul est en cause, se contente de réséquer une côte et d'inciser la plèvre sur une longueur de 8 cm. ce qui, avec l'aide d'un écarteur, donne un jour suffisant pour le nettoyage. Dans tous les autres cas, il fait une thoracotomie large (résection de cinq côtes sur une longueur de 5 à 6 cm.) et tamponne toute la cavité pleurale avec des compresses dont quelques-unes (une sur quatre) sont trempées dans de l'éther iodoformé. Le quatrième jour le tamponnement est retiré sous anesthésie générale, et la brèche thoracique est suturée sur un gros drain placé dans le cul-de-sac postérieur et mis en communication avec une trompe à eau.

Dans la *période chronique*, la décortication du poumon combinée au désossement de la paroi ont donné à l'auteur quelques succès, mais le traitement des pleurésies purulentes chroniques est long et décevant, aussi faut-il tout mettre en œuvre pendant la période aiguë pour éviter le passage de la pleurésie à l'état chronique. La thoracotomie large d'emblée paraît un des meilleurs moyens dont on dispose à cet effet.

M. de Fourmestraux (de Chartres) n'envisage que les pleurésies aiguës au sujet desquelles il apporte sa statistique détaillée. Ses malades ont tous été traités par la méthode Tuffier-Depage; mais il est nécessaire de considérer à part les infections d'ordre médical et les pleurésies qui succèdent à une plaie thoracique, celles-ci moins graves que celles-là.

Sur 23 pleurésies d'origine traumatique, 14 ont été stérilisées et traitées par la fermeture totale après un délai de 15 jours à 2 mois, 5 n'ont pu être stérilisées mais ont guéri cependant après une suppuration prolongée de 3 à 5 mois, 3 se sont terminées par la mort due peut-être pour une part à d'autres lésions.

Sur 11 pleurésies médicales, 4 seulement ont été assez bien stérilisées pour que la fermeture fût possible.

L'auteur expose les points de sa technique qui lui paraissent importants : anesthésie locale dans tous les cas; éclairage du champ opératoire à l'aide du miroir frontal; position assise pour l'ouverture d'un empyème médical, position dorso-latérale cambrée s'il s'agit d'une pleurésie de guerre; incision aussi déclive que possible; drainage aux tubes de Carrel; pour l'irrigation, de préférence au Dakin, emploi d'une solution de citrate de soude à 5 p. 1.000.

M. Dupuy de Frenelle (de Paris) lave la plèvre avec une solution d'urotropine à 4 p. 100 et au besoin l'irrigue par les tubes de Carrel et à l'aide d'un réchaud électrique avec un mélange de vapeurs antiseptiques : éther, alcool, goménol, eucalyptol.

M. Péraire (de Paris) a traité de nombreux cas de pleurésies purulentes aiguës diverses par l'origine et la nature du microbe infectant. Il est partisan de la thoracotomie large et précoce, suture les lèvres de l'incision pleurale à celles de l'incision cutanée mais ne draine que le moins longtemps possible; il rejette les lavages pleuraux, cause possible d'hémiplégie ou d'intoxications médicamenteuses, et insiste, enfin, sur l'utilité du lever précoce, de la marche et de la gymnastique respiratoire.

M. Dehelly proteste contre le jugement qui vient d'être porté sur les irrigations pleurales pratiquées selon la méthode de Carrel et insiste à nouveau sur l'excellence des résultats que donne cette méthode quand elle est convenablement appliquée.

M. Masini (de Marseille) a eu l'occasion de soigner 78 cas de pleurésies purulentes non tuberculeuses : 40 postgrippales, 13 postpneumoniques et 21 de nature indéterminée.

Dans la première période, opération d'urgence des pleurésies purulentes présentant de la dyspnée, des troubles toxiques, des signes de compression médiastinale; 15 cas ainsi opérés ont donné 3 décès, 5 récidives et 7 guérisons. Dans une deuxième période, l'auteur, changeant de méthode, commence par faire une ponction évacuatrice de 300 g. pour l'examen microbiologique, des examens radioscopiques et traite l'état général du malade. L'emploi des stocks-vaccins approprié à chaque cas a donné des résultats très encourageants.

Sur 38 cas traités dans cette deuxième période, 12 ont été opérés par la méthode de Bérard et Dunet avec les résultats suivants : 10 guérisons, 1 décès, 1 récidive, 8 par la méthode de Chevrier avec 4 guérisons, 3 récidives, 1 mort. Aux 16 derniers cas l'auteur a appliqué la méthode éclectique suivante : d'abord ponction, examen du liquide et du thorax, stocks-vaccins, repérage sous l'écran du point déclive du liquide pleural, le malade étant en position assise; traitement de l'état général. Quelques jours après, opération en position assise, sous anesthésie locale à la stovaïne, thoracotomie au point marqué sur l'écran avec résection d'une côte qui est presque toujours la 10e, évacuation du pus, nettoyage de la cavité, deux drains auxquels sont adaptés des tubes de Carrel pour l'irrigation discontinue toutes les trois heures. Cette

méthode a donné, sur 16 cas, 14 guérisons en moins de 40 jours et 2 récidives.

D'autre part, l'auteur a opéré 18 pleurésies purulentes chroniques et il a fait, entre autres, 6 décortications pulmonaires partielles segmentaires (car les cas étaient trop anciens pour une décortication totale) avec thoracectomie. Les résultats ont été très bons.

Enfin, autre question, quel taux d'indemnisation convient-il d'accorder à de pareils opérés? Remy indique 30 à 60 p. 100; le barème du Service de santé, 10 à 50 p. 100. L'auteur estime que, dans la grande majorité des cas, le taux d'incapacité doit aller de 50 à 100 p. 100.

M. Herman (d'Anvers) parle des pleurésies de l'enfant. Dans la pleurésie à pneumocoques, dès que la ponction se montre inefficace, il ne faut pas hésiter à faire une thoracotomie qui réussit toujours si le drainage est simple, vraiment aseptique et si l'on s'abstient de laver la plèvre. Quand le staphylocoque ou le streptocoque sont en cause, le pronostic est moins favorable et c'est alors surtout qu'il importe d'opérer tôt. Le lever précoce est un élément important du traitement.

M. Steinman (de Berne) se sert, pour stériliser la plèvre, de produits gazeux : oxygène, vapeur d'iode, de chloroforme, d'eucalyptol, de menthol, envoyés dans la cavité à l'aide d'un cathéter étroit traversant le drain.

M. Auvray (de Paris) a traité pendant la guerre, avant que la méthode de désinfection de la plèvre ne fût entrée dans la pratique courante, 15 fistules pleurales anciennes par la méthode des résections costales étendues (opérations du type Gayet-Estlander), combinée à une décortication aussi parfaite que possible de la plèvre et du poumon. Plus de la moitié de ces fistules dataient de plus d'un an, quelques-unes étaient de très grandes dimensions. Au point de vue de la technique opératoire, l'auteur conseille de ne pas faire dans une même séance de trop larges résections; en réséquant plus de 4 côtes en une fois, on s'expose à voir survenir après l'opération des troubles mécaniques très graves de la respiration et, plus encore, des accidents de shock opératoire menaçant à bref délai la vie des opérés. Il s'agit, en effet, d'opérations longues, sanglantes et parfois d'exécution difficile, lorsque les côtes chevauchent les unes sur les autres et sont, par places, soudées entre elles. On peut être ainsi, conduit à faire des *opérations successives*. Il en fut ainsi 4 fois sur 15 des cas envisagés ; mais jamais il ne fut nécessaire de recourir à plus de deux opérations.

Après le désossement, résection aussi large que possible de la plèvre pariétale épaissie et décortication du poumon; on peut, sinon enlever la plèvre viscérale en bloc, du moins procéder à son ablation par des dédoublements successifs, en enlevant, par étages, des lames du tissu fibreux. Les pansements consécutifs à l'opération jouent un rôle très important dans la guérison définitive.

Les *résultats* de l'intervention ont été les suivants ; une *mort* survenue au bout de 3 semaines sur 15 opérés. Les 14 autres cas ont guéri d'une façon complète et qui paraît définitive de leurs fistules pleurales, mais dans un délai parfois très long de 6, 8, 9, 10 et 11 mois.

L'auteur a cherché ce qu'étaient devenus, au bout de plusieurs années, ces opérés guéris. Tous (il s'agissait de soldats) sont pensionnés avec des indemnités parfois très élevées; malgré leur guérison opératoire, ces vieux pleurétiques ne récupèrent jamais le fonctionnement normal de leur poumon. Leur thorax est parfois très déformé ; les douleurs intercostales sont fréquentes; beaucoup conservent de la dyspnée d'effort et de la susceptibilité bronchique. En somme, l'étude des résultats éloignés montre qu'un certain nombre de facteurs de déchet persistent après la guérison opératoire des fistules entraînant une réduction de la capacité de travail, même au bout de plusieurs années, à peu près chez tous les opérés et très marquée chez quelques-uns. Si par la nouvelle méthode de désinfection de la plèvre préconisée par les rapporteurs, on peut obtenir mieux, il est certain qu'on aura réalisé un grand progrès dans le traitement des pleurésies chroniques fistulisées. Tels qu'ils sont cependant, les résultats des interventions par résections costales étendues méritent d'être pris en considération.

M. Termier (de Grenoble) insiste sur la nécessité d'éviter à tout prix le pneumothorax; il pratique une incision aussi petite que possible, l'obture avec le doigt dès que la plèvre est ouverte et place un drain à soupape celle-ci étant représentée par une simple feuille de baudruche.

M. Chibret (d'Aurillac) attribue une grande importance à la qualité et à l'asepsie des pansement postspératoires. Il a remarqué que les malades infectés de pyocyaniques guérissaient plus lentement et plus difficilement. Il se sert pour le drainage du tube de Cavaillon qui avait été imaginé pour faciliter l'issue des matières dans l'anus contre nature et laisse ce tube en place 3 à 4 semaines. La statistique comporte 14 cas avec 4 morts.

M. Billon (de Marseille) a obtenu d'heureux résultats par l'emploi des vaccins et d'autre part en injectant dans la cavité pleurale de l'air stérilisé ou hyperoxygéné.

M. Tuffier croit qu'en effet la vaccinothérapie doit améliorer la statistique.

M. Aubert (de Marseille) rappelle un procédé qu'il a décrit en 1914 et qui consiste en l'application, sur l'orifice de drainage thoracique, d'une lame de caoutchouc formant soupape. L'étude des cas dans lesquels ce traitement a été utilisé lui a montré qu'il fallait distinguer dans l'évolution des pleurésies purulentes deux étapes : 1° stérilisation de la cavité pleurale et guérison du foyer pulmonaire; 2° déplissement pulmonaire et reconstitution du vide pleural; qu'il était prudent de poursuivre ces deux buts successivement et non simultanément et que le rétablissement trop précoce du vide pleural exposait à des accidents graves. Pour la stérilisation de la plèvre il préfère les vaccins à l'usage des antiseptiques, sans être cependant l'ennemi de ces derniers.

Sa pratique peut se résumer ainsi, quand l'indication opératoire a été posée : 1° ponctions exploratrices, situant l'épanchement, identifiant les germes, et préparation d'un autovaccin; 2° établissement, à l'anesthésie locale ou générale, d'un orifice de drainage sur la 9e côte à partir de son angle, par résection de la côte, de son périoste et de la plèvre, des lèvres musculaires, de manière à obtenir un véritable trou et non un trajet; assèchement de la séreuse et ablation des fausses membranes; endoscopie; 3° pansement au moyen d'un tampon de gaze enfoncé en bouchon et destiné à maintenir la béance du trou; ce tampon est changé chaque jour; 4° l'asepsie de l'écoulement pratiquement obtenue, mise en place de la soupape de caoutchouc.

La sécurité de ce traitement et les résultats qu'il a donnés paraissent à l'auteur supérieurs à tout ce qu'il connaissait.

M. Girou (d'Aurillac) est partisan de la fermeture rapide après pleurotomie. Il procède dès le lendemain de l'intervention évacuatrice à la désinfection de la cavité purulente par l'injection quotidienne dans cette cavité de 3 à 5 ccs du liquide suivant :

Essence de térébenthine........	2 gr.
Gaïacol..................	2 —
Eucalyptol...............	1 —
Ether....................	95 —

Il injecte de plus par voie sous-cutanée tous les 3 ou 4 jours un vaccin approprié à l'agent causal. Dès que le contrôle bactériologique pratiqué tous les 3 ou 4 jours le permet (absence absolue de streptocoques, très rares pneumocoques ou staphylocoques). Il referme la paroi en 3 plans après avi-

vement et continue le vaccin pendant une dizaine de jours. Il a de cette façon obtenu d'excellents résultats tant au point de vue local qu'au point de vue de l'état général des opérés.

La fermeture peut être faite au bout de 3 semaines quand il s'agit de pneumocoques ou de staphylocoques, d'un mois en cas d'infection à streptocoques.

M. Renaud (de Paris) donne le pas sur la chirurgie, dans le traitement des pleurésies purulentes aiguës, aux méthodes purement médicales qui sont la ponction simple, la saignée, une diététique sévère, la digitaline préventive, la balnéation froide et la sérothérapie spécifique intraveineuse. Il estime que ses statistiques peuvent être opposées à celles des chirurgiens. Il accuse la pleurotomie large et précoce d'augmenter les chances de collapsus et d'adynamie et pense que les pleurétiques meurent surtout de collapsus cardiaque.

M. Mauclaire (de Paris) signale quelques points de technique de la cure des fistules pleurales. Contre la persistance d'un clapier au niveau du dôme pleural, il conseille de décoller un lambeau cutané et d'en combler l'espace mort. En outre, il signale comme cause fréquente de suppuration persistante, les petites fistules bronchioliques. Leur traitement est difficile. Deux fois il en a pratiqué l'avivement avec oblitération par une greffe emprunté au fascia lata. L'auteur signale enfin des abcès pariétaux tardifs survenant jusqu'à 10 ans après l'opération et dus à des foyers d'ostéite costale.

(A suivre.) P. CHASTENET DE GÉRY.

NOTES DE PRATIQUE

L'ADONIS VERNALIS DANS LES CARDIOPATHIES ARTÉRIELLES

Par M. Louis Bignon [Le Trayas] (1).

Tôt ou tard, dans les cardiopathies artérielles, il arrive un moment où la dépuration organique se fait mal, soit parce que le rein n'est plus suffisamment perméable, soit parce que le cœur fléchit et ne maintient plus une tension artérielle suffisante. Dans la majorité des cas, c'est du rein que viennent les premiers symptômes et c'est à lui, ou plutôt à son mauvais fonctionnement, qu'est due la dyspnée d'effort et une série d'autres symptômes liés à l'intoxication générale. Plus tard, lorsque le cœur, après avoir longtemps lutté et après avoir hypertrophié son ventricule gauche, commence à faiblir, on voit la tension artérielle baisser alors qu'auparavant elle était trop forte. A ce moment l'artério-sclérose entre dans la phase d'asystolie, des intermittences cardiaques surviennent et bien souvent apparaissent un léger anasarque et de l'œdème des membres inférieurs.

On se rend compte combien il est indispensable que dans l'un et l'autre cas la circulation soit maintenue en bon état de façon à ce que la diurèse ne fléchisse pas et à ce que le cœur conserve une énergie suffisante. Aussi, contre la dyspnée d'effort aussi bien que contre les premiers symptômes asystoliques, les diurétiques cardiaques sont particulièrement indiqués et il est rare qu'ils ne ramènent pas l'équilibre au moins pendant un certain temps.

De toutes les médications dont j'ai pu me servir en cette double occurrence, aucune ne m'a donné de meilleurs résultats que l'adonis vernalis, et si je me suis arrêté à cette médication d'une façon à peu près absolue c'est parce qu'elle me paraît avoir sur les autres des avantages considérables. En effet, les diurétiques qui sont habituellement usités contre les premiers symptômes d'intoxication, la théobromine, les préparations à base de scille, etc., ont l'inconvénient de fatiguer le rein et de s'éliminer mal. Il ne faut pas parler de la digitale à cette période de la maladie où le cœur est encore suffisamment compensé car elle aboutit généralement à provoquer des battements trop vigoureux qui incommodent le malade, et son élimination se fait mal, ce qui se traduit assez vite par un pouls bigéminé.

Au contraire, lorsque le ventricule gauche fléchit et que la période asystolique commence, la digitale est encore assez rarement bien supportée, car elle se trouve en face d'un muscle en dégénérescence qui ne peut plus réagir devant elle. Tout le monde, du reste, s'accorde à considérer cette médication comme d'un maniement très difficile et à résultats incertains dans les diverses périodes de la cardio-sclérose.

Si mon choix s'est fixé sur l'adonis, c'est parce que ce produit présente le très gros avantage d'être d'une élimination facile et régulière et par conséquent de ne pas s'assimiler, qu'il ne fatigue jamais le cœur, qu'il ne provoque pas de congestion du rein, en un mot qu'il est admirablement toléré et que s'il n'agit pas toujours aussi bien qu'on le souhaiterait, il est incapable de provoquer des désastres.

J'ai eu, depuis un certain temps, l'occasion de soigner plusieurs artério-scléreux; chez tous, j'ai obtenu des résultats thérapeutiques dont je n'ai eu qu'à me louer.

Chez les scléreux qui éliminent mal bien que parfois le taux journalier de leurs urines soit considérable, il y a toujours intérêt à augmenter le volume de la diurèse car ce n'est que de cette façon que les toxines qui excitent le bulbe peuvent être éliminées. Cette action diurétique de l'adonis ne se produit pas toujours, c'est certain, mais elle se produit d'une façon suffisamment constante et accusée pour que son emploi s'impose avant celui de la théobromine et des médicaments similaires.

Comme tonique du cœur, j'ai rencontré dans l'adonis un stimulant de premier ordre qui, je le répète, ne s'accumule pas et permet de faire une médication sans avoir besoin de l'interrompre. Voici un fait à l'appui de l'idée que j'énonce :

M. Z..., soixante-sept ans, a présenté toute une série de symptômes liés à l'artério-sclérose depuis plus de dix ans. Il les a combattus tour à tour par de nombreuses médications, mais il n'a jamais observé d'une façon bien suivie ni l'hygiène de repos, ni l'hygiène alimentaire. Aussi ses périodes d'amélioration n'ont-elles jamais duré longtemps. Lorsque je le vis il était couché, présentant des intermittences cardiaques, le ventricule gauche était hypertrophié et les bruits du cœur lourds, mais non soufflés. Sous l'influence de cette arythmie que M. Z... me dit exister depuis plus de deux mois, un léger œdème prétibial s'était manifesté, malgré la position couchée habituelle. Quelques râles sous-crépitants mêlés à des sibilants existaient aux deux bases des poumons et les urines assez foncées oscillaient entre 1.200 et 1.500 grammes par jour, tension artérielle : 13. Je prescrivis à ce malade l'infusion d'adonis vernalis, la médication fut continuée pendant un mois tout entier. Très rapidement le muscle cardiaque se relève : dès le sixième jour de la médication l'arythmie disparut complètement en même temps que les urines montaient à 1.700. Au bout de ce mois de traitement, l'amélioration était si complète que le malade disait ne s'être jamais aussi bien porté. Tension artérielle : 14, plus de dyspnée, plus de râles dans la poitrine. Je lui conseillai alors de continuer la médication sous forme d'extrait d'adonis vernalis, lui recommandant d'en prendre régulièrement pendant quatre jours sur sept chaque semaine pendant plusieurs mois aussi longtemps qu'il s'en trouverait bien. Je n'ai pas revu M. Z..., mais j'ai eu de ses nouvelles après trois mois de traitement et il continuait à se très bien porter.

Si certains auteurs sont encore hostiles à la médication que je préconise, c'est que beaucoup se sont servis d'adonidine, glucoside de l'adonis qui, d'après Roch, est altérée sous l'influence des sucs digestifs et perd ainsi une bonne partie de son activité. Il n'en est pas de même avec l'infusion de la plante ou avec son extrait total; aussi ai-je toujours remarqué avec l'adonis une constance de résultats que j'étais loin d'avoir avec les médications analogues. Je place, avec Mollard, ce médicament sur le même plan que la digitale, mais avec cette différence que l'adonis peut rendre des services là où la digitale ne peut plus être employée, et qu'il peut être prescrit en quelque sorte les yeux fermés. Il est donc à espérer que le rôle trop effacé de ce médicament jusqu'à ce jour va enfin cesser car les services qu'il peut rendre au médecin font de lui un des meilleurs tonicardiaques connus.

(1) In *Journal des Praticiens*, 14 août 1920.




ALGOCRATINE
E. LANCOSME

JURISPRUDENCE

DOMMAGES DE GUERRE

ARTICLE 17 DE LA LOI DU 17 AVRIL 1919

Le Tribunal des Dommages de guerre de la Seine a rendu, le 22 juin 1920 (*Gaz. Trib.*, 29, 30 et 31 août 1920), un jugement intéressant de nombreuses personnes, qui maintient une décision de la 4e Commission de dommages de guerre de Paris, au sujet de l'application de l'article 17 de la loi du 17 avril 1919, sur la réparation des dommages causés par les faits de guerre.

Cet article 17 est ainsi conçu : « Lorsque des mesures conservatrices ont été prises pour éviter des dommages tant immobiliers que mobiliers, ou pour empêcher leur aggravation, une indemnité sera accordée en remboursement des dépenses dûment justifiées. »

Se fondant sur les dispositions de ce texte, une personne, de nationalité française, demeurant avant la guerre et pendant sa presque totalité à Paris, forma une demande d'indemnité en remboursement de dépenses occasionnées par son déménagement de Paris à Brétigny-sur-Orge en juin et juillet 1918. Elle prétendait que la guerre seule avait été la cause de son départ de Paris.

Le tribunal rejeta sa demande, parce que le réclamant avait quitté Paris dans des circonstances spéciales :

« Attendu qu'en quittant Paris à cette époque, le réclamant donna congé de l'appartement qu'il occupait alors rue Jean-Jaurès, 84 ; que ce congé est la preuve évidente qu'il quittait Paris sans esprit de retour pour se fixer à Brétigny, où se trouvait déjà sa famille et qu'il continue encore d'habiter lui-même; que ce déménagement, qu'aucune autorité civile ou militaire n'avait ordonné ni même conseillé, ne saurait être rattaché à une des mesures conservatrices spécifiées limitativement dans la loi du 17 avril 1919; que M. C... ne peut donc prétendre laisser à la charge de l'Etat des frais qu'il a librement exposés pour des convenances personnelles; que c'est donc à bon droit que la Commission cantonale, par décision du 26 février 1920, a déclaré que l'article 17 de la loi précitée était inapplicable à la demande de M. C..., et que son recours contre cette décision, régulier en la forme, est mal fondé ;

« Attendu que dans le cas où M. C.., aurait souffert un préjudice quelconque, ne rentrant pas dans les prévisions de la loi sur la réparation des dommages directs d'un fait de la guerre, il lui sera loisible de s'adresser à la Commission compétente s'il s'y croit fondé. »

Le jugement ainsi rendu interprète exactement, à notre avis, les dispositions législatives et est conforme à l'esprit dans lequel elles sont intervenues. Le législateur a voulu comprendre dans le remboursement non seulement les mesures prises pour empêcher l'extension ou l'aggravation des dommages, tant immobiliers que mobiliers, nés d'un fait de guerre, mais aussi celles prises pour éviter ces dommages. Ces mesures comprennent incontestablement celles qui ont été prises pour transporter des biens hors d'une localité bombardée. Mais de telles mesures ne peuvent bénéficier des dispositions de la loi et ouvrir le droit au remboursement que si ce sont réellement des mesures conservatrices prises pour éviter des dommages; or, dans le cas qui était soumis à la juridiction des dommages de guerre, il s'agissait de frais faits pour des convenances personnelles, en vue notamment de changer de domicile. Le départ de Paris, *sans esprit de retour*, était la preuve que le fait de guerre n'avait pas été l'unique raison du déménagement, alors surtout que le réclamant allait rejoindre sa famille.

Il nous paraît utile de signaler ce jugement qui indique dans quelles conditions ceux qui ont été dans la nécessité de déménager pendant la guerre peuvent réclamer une indemnité en vertu de la loi du 17 avril 1919. Il faut que le fait de guerre soit la seule cause du préjudice subi.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

NOTES POUR L'INTERNAT

EMPHYSÈME PULMONAIRE[1]

Pathogénie. — Les auteurs ont invoqué les causes mécaniques, les causes dystrophiques ou bien les lésions du squelette.

1° Parmi les THÉORIES MÉCANIQUES, nous rappellerons seulement la théorie inspiratoire de Laënnec, et la théorie expiratoire de Jaccoud. Ces idées semblent confirmées en particulier par des expériences de Hirtz, qui a réalisé l'emphysème par la ligature partielle de la trachée. Il provoquait ainsi de la dyspnée, qui ne se produit pas si l'on sectionne les nerfs phréniques : d'où suppression de l'action inspiratoire du diaphragme.

2° THÉORIES DYSTROPHIQUES : pour que ces facteurs agissent, il faut un tissu pulmonaire à résistance amoindrie par dystrophie héréditaire ou acquise (Le Noir). Il s'agit donc là de lésions surtout pulmonaires. Les déformations thoraciques ne seraient que secondaires.

3° THÉORIE THORACIQUE OU SQUELETTIQUE (Freund). — Cet auteur attribue, à la sénescence des cartilages costaux et aux modifications thoraciques qui en résultent, le développement de l'emphysème chronique, dit essentiel. Chez certains individus on voit se produire dans un âge avancé des lésions des cartilages costaux qui deviennent rigides, et rendent difficile l'inspiration. Ils s'ossifient, s'immobilisent dans leur forme de repos — ce qui correspond à l'attitude expiratoire du thorax — d'où la rigidité inspiratoire permanente qui en résulte. Cette rigidité sollicite en permanence l'élasticité du poumon sans jamais lui permettre de se relâcher. Ainsi ce n'est que secondairement que le parenchyme pulmonaire s'altère progressivement et l'emphysème apparaît comme consécutif aux lésions thoraciques. (Voir la thèse d'Ameuille.)

SYMPTOMES. — I. **Début.** — Quelquefois l'emphysème se développe rapidement, à la suite de dyspnée intense, survenue brusquement : dyspnée urémique ou aortique.

Mais en général, le début est lent et insidieux, progressif, chez un sujet qui tousse depuis longtemps, ou bien chez un asthmatique qui a eu déjà une série de crises. Ce dernier est devenu un emphysémateux et un bronchitique chronique.

L'essoufflement facile à la marche, à la montée d'escaliers, est en général le premier symptôme. Presque toujours à cette dyspnée d'effort se surajoutent la toux et l'expectoration.

II. **État.** — 1° SIGNES FONCTIONNELS. — La dyspnée est le symptôme essentiel; elle est due au défaut de la ventilation pulmonaire, à la réduction simultanée du champ respiratoire et du réseau capillaire, à la bronchite chronique surajoutée. L'ensemble s'accompagne d'une insuffisance très marquée de l'hématose. Elle se traduit par une exagération du nombre des mouvements respiratoires au moindre effort. Puis, à la longue, s'installe une dyspnée continue même au repos avec sensation d'oppression, de manque d'air; le rythme respiratoire se transforme : l'inspiration devient brève et l'expiration prolongée et difficile. Cette dyspnée est surtout pénible la nuit, et peut empêcher le malade de rester couché horizontalement. Enfin, il peut se surajouter des crises paroxystiques sans cause appréciable et souvent liées à l'influence de la digestion, du météorisme abdominal, du travail intellectuel, ou d'efforts physiques.

L'aspect extérieur de l'emphysémateux est souvent caractéristique : le facies est pâle avec les lèvres violacées, les pommettes rouges, les jugulaires saillantes à la base du cou. La démarche est lente, la parole est saccadée, brève, entrecoupée de grandes inspirations. Enfin parfois on entend à distance des ronflements et des sibilances de bronchite.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 85, p. 1359.

La toux est quinteuse, fatigante; l'expectoration est muqueuse ou muco-purulente. D'après Zahn, ce serait surtout dans les crachats de bronchite accompagnée d'emphysème que l'on constate des corps arrondis, à stratifications concentriques, appelés corpuscules amylacés.

2° Signes physiques. — Le thorax présente une déformation dans son ensemble avec des voussures localisées. La cage thoracique est aggrandie dans tous ses diamètres, bombée, globuleuse. Les côtes sont relevées et les espaces intercostaux élargis. Le sternum fait saillie en avant, le rachis est incurvé. Le cou semble raccourci et épaissi. Les côtes inférieures sont aplaties et rétrécissent le diamètre du thorax à ce niveau, en raison des contractions violentes des muscles expirateurs. L'ensemble réalise le *thorax en tonneau*, décrit par les classiques.

Il y a en outre des voussures partielles (Woillez) : saillies mamelonnaires, sus et sous-claviculaires, sterno-mamelonnaire, etc.

Il y a limitation des mouvements respiratoires, limitation dont aucune pression manuelle ne peut venir à bout, par suite de la rigidité du thorax.

Les vibrations thoraciques sont diminuées. Le choc de la pointe du cœur est souvent imperceptible au palper.

A la percussion on constate une sonorité exagérée, à tonalité grave. La sonorité pulmonaire paraît augmentée et empiète sur la matité cardiaque qui est d'ailleurs difficile à délimiter. Cette sonorité empiète en bas sur les dernières côtes, en avant sur la matité hépatique. Le foie et la rate sont abaissés.

L'auscultation des champs pulmonaires en arrière révèle :

a. Un affaiblissement du murmure vésiculaire.

b. Une inspiration brève, aspirative, humée.

c. Une expiration rude et prolongée.

En même temps on perçoit les signes de la bronchite chronique : râles ronflants et sibilants soit limités aux 2 bases, soit disséminés.

Moyens indirects d'examen. — 1° *Mensuration du périmètre thoracique.* — Elle se pratique avec un ruban métrique ou avec le cyrtomètre de Woillez et montre l'augmentation du périmètre thoracique. En outre la différence entre le périmètre thoracique en expiration forcée et en inspiration forcée est beaucoup diminuée. Au lieu de 7 cm., l'écart tombe à 4 cm. et au-dessous.

2° *Pneumométrie.* — On peut ainsi préciser la pression de l'air inspiré et expiré. La tension expiratoire est diminuée et, contrairement à l'état normal, inférieure à la tension inspiratoire.

3° *Spirométrie.* — Elle indique la diminution de la capacité vitale du poumon, c'est-à-dire le volume d'air expulsé par une expiration forcée après une inspiration forcée. Alors qu'un sujet normal peut expulser sans peine 3 à 4 litres d'air après une inspiration forcée, l'emphysémateux en fournit à peine 1 litre à 2 litres. Il y a donc une insuffisance évidente de la ventilation pulmonaire et de l'hématose.

4° *Radioscopie* (Béclère). — Le diaphragme apparaît très abaissé en inspiration forcée. L'amplitude des mouvements respiratoires est diminuée. L'examen attentif des voûtes diaphragmatiques et l'éclairement des culs-de-sac costo-diaphragmatiques permettent en quelque sorte de préciser le degré des lésions. Par ailleurs les champs pulmonaires sont très clairs et présentent un aspect grisâtre uniforme. Les lésions de bronchite concomittante peuvent altérer cette clarté.

5° *Appareils enregistreurs* (Marey). — Les pneumographes montrent que la ligne inspiratoire est plus verticale, plus courte et que la ligne expiratoire est plus oblique et plus longue.

6. Enfin l'analyse chimique des gaz expirés, montre la réduction des échanges respiratoires.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS, — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

CONCOURS DE L'INTERNAT

Le carnet des candidats au concours de l'internat paraîtra le jeudi 21 octobre, dans l'après-midi.

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury est définitivement composé de MM. Lemierre, Ribadeau Dumas, Bensaude, Renaud, Œttinger, Lardennois, Grégoire, Pierre Duval, Moure, Le Lorier.

— *Avis.* — La composition écrite du concours de l'internat aura lieu à la date fixée, le lundi 18 octobre, à midi, à la bibliothèque de la Faculté de médecine, 12, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Seront seuls admis dans la salle les candidats porteurs du bulletin spécial qui leur aura été délivré par l'administration au moment de leur inscription au concours.

Les candidats devant, à leur entrée dans la salle, recevoir un numéro leur indiquant la place qu'ils doivent occuper, sont invités à se présenter dès 11 h. 1/4.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 11 octobre. — Question donnée : « Signes, diagnostic et traitement d'une hernie étranglée. »

MM. Breton (François), 13; Bouton, 9; Chauvot (Gabriel) et Delalande, 15; Canonne, 16; Colette, 15 1/2; Delarue, 14; Clercy, 13; Buisson, 15; Crouzat, 14 1/2; Mlle Besson, 15 1/2; MM. Clément et Chêne, 10; Canal, 14; Cahen (R.), 16; Darfeuille, 14; Chomereau-Lamotte, 15; Henkène, 9 1/2; Cabrol, 7; Corlay, 5.

Anatomie. — Séance du 12 octobre. — Question donnée : « Articulation du coude sans la physiologie. »

MM. Lemaire (André), 18; Lemoine (G.), 17; Jossel, 14; Houlnick (Georges), 16; Laënnec, 17 1/2; Marguet, 12 1/2; Marcotte, 7; Mlle Labat de Lambert, 10; MM. Jourdan, 15; Marino, 14 1/2; Laporte, 16; Loubry, 6; Kimpel, 18 1/2; Lévy-Meissmann (Marcel), 15; Lucchetti, 14; Malpart, 6; Lyonnet, 18; Lançon, 12 1/2; Lacroix (René), 16; Houlnick (Armand), 12.

1er CONGRÈS PROFESSIONNEL, DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DES HOPITAUX CIVILS DE FRANCE. — Ce Congrès, qui vient à son heure, a tenu ses réunions à la Faculté de médecine, les 4. 5 et 6 octobre, avec plein succès. Un grand nombre de membres du corps hospitalier ont pris part aux discussions, en vue de réprimer des abus d'hospitalisation, qu'on a trop longtemps déplorés sans réaction efficace.

Une entente commune est désormais établie, qui permettra aux revendications locales une réalisation féconde.

Nous résumons ici les vœux définitifs :

1° L'hôpital est fait pour les indigents : pour les soins médicaux ou chirurgicaux qui leur sont nécessaires, les médecins et chirurgiens des hôpitaux ont droit à des indemnités en rapport avec le service rendu et les exigences de la vie moderne.

2° Pour les *petits payants*, qui ne peuvent aller dans des cliniques trop onéreuses, le Congrès affirme le droit aux honoraires; cette perspective d'honoraires légitimes évitera l'abus de leur trop fréquente hospitalisation.

3° Toutes autres catégories de malades n'ont pas droit à l'hospitalisation publique.

Toute la corporation médicale bénéficiera de ces efforts en vue de réduire les abus de l'hospitalisation.

Ces résolutions ont été communiquées samedi à M. le ministre de l'Assistance et de l'Hygiène publique, pour toutes fins utiles, par le bureau élu en fin de Congrès.

Ce bureau est ainsi composé : Président, M. Reynès (des hôpitaux de Marseille), l'un des plus actifs initiateurs; vice-présidents, M. Savariaud (des hôpitaux de Paris), et Le Nouëne (des hôpitaux du Havre); secrétaire général, M. Rocher (des hôpitaux de Bordeaux); trésorier, M. Patel (des hôpitaux de Lyon); conseiller médico-juridique, M. Paul Boudin (de Paris).

La cotisation à l'Association est de 15 francs par an. Les actes de l'Association seront publiés par le journal *Les Hôpitaux de France*, directeur : Dr Reynès.

Toutes demandes d'adhésions, de renseignements doivent être adressées aux membres du bureau.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur, au *grade de chevalier* (à titre posthume) :

M. Couroublé (Achille), médecin aide-major de 2e classe : a toujours fait preuve d'une audacieuse témérité. Au combat du 10 juin 1915, s'est porté au secours des blessés dans la tranchée conquise soumise à un très violent bombardement. Blessé à la tête de plusieurs éclats d'obus a continué à assurer son service. Dans la nuit du 14 au 15 juin 1915, commandé pour aller relever les cadavres, a été tué en arrachant des fils de fer sur le champ de bataille le corps d'un lieutenant de son régiment. A été cité. (*J. O.*, 23 juin 1920.)

M. Taillefer (Jean), médecin-major de 2e classe : blessé mortellement, le 11 novembre 1914, dans un combat près de Reminghe, au moment où, sous une rafale violente de l'artillerie ennemie, il assurait l'embarquement d'un convoi de blessés. A été cité. (*J. O.*, 23 juin 1920.)

M. Condamine (Marie), médecin aide-major de 1re classe : médecin militaire d'une haute conscience professionnelle. A montré en plusieurs circonstances un réel mépris du danger en courant soigner en première ligne les blessés grièvement atteints. A été tué au cours d'un bombardement de Notre-Dame-de-Lorette, le 21 juin 1915. A été cité. (*J. O.*, 23 juin 1920.)

M. Maire (Gabriel), médecin aide-major de 2e classe : sur le front depuis le début de la campagne, a assuré à diverses reprises, sous un violent bombardement, lors des combats livrés à Notre-Dame-de-Lorette et à Souchez, la relève et l'évacuation de nombreux blessés, avec autant de compétence que de courage. A été blessé mortellement, le 21 novembre 1915, par un obus dans le poste de secours qu'il occupait. A été cité. (*J. O.*, 23 juin 1920.)

M. Obellianne (Marie), médecin aide-major de 1re classe : n'a cessé, depuis le début de la campagne, de soigner les blessés avec autant de dévouement que de courage. A été tué, le 14 septembre 1914, alors qu'il prodiguait ses soins à un chasseur grièvement blessé. A été cité. (*J. O.*, 23 juin 1920.)

M. Galey (Henri), médecin aide-major : médecin d'une grande bravoure et d'un dévouement professionnel complet. Blessé, en septembre 1914, et revenu au front. Est tombé glorieusement à son poste, le 6 février 1916, sous un violent bombardement. A été cité. (*J. O.*, 23 juin 1920.)

M. Garreau (Fernand), médecin aide-major de 1re classe : venant d'arriver au régiment, a fait preuve dès le début de courage et d'énergie et a été tué en voulant rejoindre son poste de secours malgré un violent bombardement. A été cité. (*J. O.*, 23 juin 1920.)

M. Manzoni (Charles), médecin de la marine marchande : frappé de cécité et de paralysie à la suite du torpillage de la *Provence* et décédé des suites de ses blessures. A été cité à l'ordre de l'armée. (*J. O.*, 13 juillet 1920.)

M. Baudin (Maurice), médecin aide-major de 2e classe : médecin aide-major très brave et animé d'un patriotisme ardent. S'est distingué en toutes circonstances par son courage et son dévouement. Après avoir donné au cours de la campagne toute la valeur de son héroïsme, est tombé pour la France, le 2 janvier 1917, au bois de Thiescourt. Croix de guerre avec palme. (*J. O.* 18 juillet 1920.)

MÉDAILLE MILITAIRE. — A titre posthume :

M. Lancesseur (Robert), médecin auxiliaire : médecin auxiliaire d'une valeur exceptionnelle. A donné le plus remarquable exemple de courage, de dévouement, d'abnégation et de mépris du danger en soignant des blessés sous un feu d'artillerie d'une grande violence et sans abri. Tombé glorieusement, le 27 février 1916. A été cité. (*J. O.*, 20 juillet 1920.)

M. Guenette (Marcel), médecin sous-aide-major : médecin sous-aide-major animé du plus pur sentiment du devoir et du plus bel esprit de sacrifice. Chef du service de santé du bataillon a toujours cherché le devoir le plus pénible et accompli avec une technique sûre une abnégation entière, un courage remarquable. Restera pour le bataillon un exemple élevé et animé. A été tué le 4 février 1918. A été cité. (*J. O.*, 20 juillet 1920.)

M. Boegner (Georges), médecin auxiliaire : médecin auxiliaire d'un dévouement inlassable. A toujours montré le plus grand courage. Est tombé mortellement frappé, le 16 mars 1916, en portant secours à un blessé du groupe qui était pris sous un bombardement violent de grosse artillerie ennemie près de Montzéville. A été cité. (*J. O.*, 20 juillet 1920.)

M. Fay (Jacques), médecin auxiliaire de la classe 1916, fit preuve d'un entrain et d'un dévouement admirables. Au combat du 23 octobre 1917, accompagnant les vagues d'assaut, est tombé mortellement frappé alors qu'il arrivait à la tranchée allemande. A été cité. (*J. O.*, 8 août 1920.)

M. Lory (Marie), médecin auxiliaire : jeune médecin d'un zèle inlassable et d'un dévouement absolu. A été mortellement frappé, le 22 avril 1916, sur la première ligne en assurant l'évacuation des blessés. A donné jusqu'au dernier moment, malgré d'atroces souffrances, l'exemple d'une résignation admirable et d'une héroïque abnégation, refusant de se laisser relever avant que le dernier blessé eût été évacué. A été cité. (*J. O.*, 11 août 1920.)

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX DE PARIS. — *Gynécologie médicale.* — Dr Dalché (Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marie) : Lundi, à 9 h., exposé des malades ; mercredi, à 9 h., consultation externe ; vendredi, à 9 h., visite et examen des nouvelles.

Médecine infantile. — Dr Barbier (hôpital Hérold) : Vendredi, à 10 h., leçons sur la pathologie du nourrisson.

Dr Lesné (hôpital Trousseau) : Tous les matins, à 10 h. 1/2, examen des malades entrants et thérapeutique des maladies de l'enfance ; le jeudi, à 10 h. 1/2, consultation des nourrissons ; le mardi, à 10 h. 1/2, conférence de clinique infantile.

Dr J. Renault (hôpital Saint-Louis, annexe Grancher) : Samedi, à 10 h. 1/2, conférences d'hygiène et clinique infantile.

Dr J. Roubinovitch (hospice de Bicêtre) : Le mardi, à 9 h. 1/2, présentation clinique de neuro-psychiatrie infantile et juvénile. Ces présentations cliniques auront lieu durant toute l'année scolaire 1920-1921, sauf pendant les périodes des congés officiels.

Dr Variot (hôpital des Enfants-Assistés). — Tous les matins, à 10 h. 1/2, visite dans les crèches et les nourriceries.

Radiologie médicale. — Dr Béclère (hôpital Saint-Antoine) : Jusqu'au dimanche 24 octobre, tous les jours, à 9 h., cours théorique de radioscopie, de radiographie et de radiothérapie (voir affiche spéciale).

Chirurgie et gynécologie. — Dr Arrou (hôpital de la Pitié) : Jeudi, de 9 h. 1/2 à midi, opérations ; lundi et vendredi, examen de malades.

Dr Labey (hôpital Cochin, pavillon Bouilly) : Lundi, mercredi, vendredi, à 10 h., examen des malades et exercices pratiques de gynécologie ; mardi, jeudi, samedi, à 9 h. 1/2, opérations.

Dr Gaston Picot (hôpital Lariboisière, service du prof. Cunéo) : Lundi, mercredi, vendredi, à 9 h., opérations ; mardi, jeudi, samedi, visite et clinique au lit des malades.

Chirurgie et urologie. — Dr Michon (hôpital Beaujon) : Lundi et jeudi, à 9 h. 1/2, examen des malades ; mercredi et samedi, à 9 h. 1/2, opérations.

Dr Robineau (hôpital Necker) : Lundi, mercredi, vendredi, à 9 h., examen des malades ; mardi, jeudi, samedi, à 9 h., opérations ; dimanche, à 10 h., leçons de clinique chirurgicale élémentaire.

Dr Souligoux (hôpital Beaujon) : Mercredi et samedi, à 9 h., leçons et exercices au lit du malade.

Dr R. Toupet (hôpital Lariboisière, service de la consultation de chirurgie) : Tous les matins, à 10 h., enseignement de la petite chirurgie.

REVUE GÉNÉRALE

DONNÉES ACTUELLES

SUR LA

PHYSIOLOGIE DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

Par Pierre WERTHEIMER.

Si l'on veut ne pas tenir compte des théories purement hypothétiques et le plus souvent fantaisistes échafaudées avant lui on doit attribuer à Magendie (1) les premiers essais d'une interprétation scientifique touchant la production du liquide céphalo-rachidien découvert par Cotugno en 1774. Il faut reconnaître que tous les travaux effectués depuis la première communication faite par Magendie en 1825 à l'Académie des sciences n'ont pas apporté une clarté définitive ni sur les sources, ni sur les voies d'écoulement du liquide céphalo-rachidien.

I. Caractères du liquide céphalo-rachidien. — La découverte par Quincke de la ponction lombaire permit d'en étudier les caractères physiques et chimiques. Ceux-ci ont été récemment exposés de façon très détaillée dans la thèse de Mestrezat (2), et pour cette raison nous nous abstiendrons de rapporter ici les données acquises par cet auteur sur ce chapitre. Nous retiendrons seulement que la quantité totale généralement évaluée à 100 ou 150 g. ne dépasse pas 60 à 80 g. à l'autopsie. Il semble que cette différence soit due à une résorption rapide après la mort. Les chiffres sont d'ailleurs moins élevés chez le vieillard. Nous noterons également que le liquide céphalo-rachidien est constamment sous tension dans les espaces cérébro-spinaux et nous fournirons les chiffres de cette pression, leur utilisation apparaissant au cours de notre étude. Dans le décubitus horizontal elle atteint en moyenne 100 mm. d'eau selon Richet (3); la pression artérielle étant de 16 cm. de mercure, c'est-à-dire de 2 m. d'eau, lui est donc 20 fois supérieure. De même la pression dans les capillaires étant évaluée à 650 mm. d'eau apparaît comme nettement plus élevée que celle des espaces cérébro-spinaux. Au contraire la pression dans les veines, ne dépassant pas 65 à 143 mm. d'eau, se montre égale ou inférieure à celle du liquide céphalo-rachidien. Ajoutons que celle-ci est sujette à variations en rapport avec les pulsations cardiaques, les mouvements respiratoires, la toux, les cris, etc. Des études faites sur la composition chimique nous retiendrons : la constance remarquable de celle-ci et nous verrons plus loin les conclusions qu'autorise une telle constatation. En outre, parmi les substances entrant dans la formule du liquide céphalo-rachidien nous noterons la présence d'urée au taux moyen de 0g06 et de sucre dont la quantité moyenne est de 0g53. Le chiffre de 0g25 pour l'urée représente le seuil pathologique. Quant au sucre rachidien il est susceptible de variations, soit en augmentations, soit en diminutions les unes et les autres ayant des significations pathologiques désormais connues.

(1) Magendie. *C. R. de l'Acad. des sc.*, 10 janv. 1825; — *Ibid.*, 4 déc. 1826.

(2) Mestrezat. *Le Liquide céphalo-rachidien normal et pathologique*, Paris 1912, Maloine.

(3) Richet. *Dictionnaire de physiologie*, art. Cerveau.

II. Topographie du liquide céphalo-rachidien. — Un premier point nous retiendra : où se trouve le liquide céphalo-rachidien? On pourrait croire que, à une telle question, la réponse est facile. Or, en parcourant les auteurs on ne peut manquer d'être frappé de la confusion existant sur un tel sujet. On admet généralement que l'ensemble du système cérébro-spinal est recouvert par trois membranes ou enveloppes la plus externe étant la dure-mère, la plus interne, la pie-mère, une membrane séreuse formée nécessairement par deux feuillets interceptant une cavité normalement virtuelle, s'interposant entre elles. Mais les anatomistes anglais et allemands considèrent le feuillet pariétal de l'arachnoïde comme partie intégrante de la dure-mère, la cavité arachnoïdienne comme une simple fente lymphatique et l'espace intermédiaire entre la dure-mère et l'arachnoïde réduite à son feuillet viscéral comme l'espace subdural. Le liquide céphalo-rachidien est situé entre l'arachnoïde et la pie-mère occupant ainsi l'espace ou les espaces sous-arachnoïdiens. Ceux-ci entourent l'axe encéphalo-médullaire dans toute son étendue. Au niveau de la moelle ils représentent un large espace circulaire partout continu. Sur le cerveau, au contraire, ils sont constitués par un système de cavités irrégulières dues à ce fait que la pie-mère épouse tous les accidents de l'écorce tandis que l'arachnoïde passe comme un pont d'une saillie à l'autre.

En outre, les espaces sous-arachnoïdiens craniens présentent dans leur intérieur un réseau très complexe de trabécules à la surface desquelles Key et Retzius (1) ont décrit un revêtement endothélial; l'espace péribulbomédullaire est pauvre en trabécules et cloisons conjonctives. Ainsi définis les espaces arachnoïdiens représentent-ils une cavité close? Tout d'abord Key et Retzius par l'injection de masses de gélatine faites très lentement et sous faible pression dans les espaces sous-arachnoïdiens de la moelle démontrent leur continuité avec les espaces sous-arachnoïdiens craniens, continuité qui avant eux était contestée. On admettait que l'espace périmédullaire se poursuivait directement dans l'espace subdural. Mais, en outre, depuis Cotugno, on sait que les ventricules sont remplis par le liquide céphalo-rachidien et non par de prétendues « vapeurs » ainsi que l'imaginait Haller (2). Il était donc tout naturel de rechercher une communication anatomique entre les cavités ventriculaires et les espaces sous-arachnoïdiens. Une expérience très simple, dit Dandy (3), démontrera la réalité de cette communication. Si on injecte dans le ventricule

(1) Key et Retzius. *Studien in der Anatomie des hervensystems und des Bindegewebes*, Stockolm 1875, P. A. Nordsted et Söhner (2 vol.).

(2) Haller. *Elementa physiologica corporis humani*, 1766, IV, lib. X, sec. V, p. 176.

(3) Dandy F. Walter. Experimental Hydrocephalus, *Ann. of surg.*, août 1919, vol. LXX, n° 2, p. 129.

latéral de la phénosulphonéphtaléine ou toute autre matière colorante, elle apparaîtra rapidement dans le liquide céphalo-rachidien retiré par ponction lombaire. L'obturation expérimentale ou pathologique de l'aqueduc de Sylvius interdira le passage à la substance injectée. Dandy a imaginé un moyen plus moderne de démontrer cette communication en injectant de l'air dans le ventricule latéral et en suivant à l'aide des rayons X le passage de celui-ci dans les espaces sous-arachnoïdiens craniens. Ainsi est démontrée l'existence dans les conditions physiologiques d'une communication; celle-ci est assurée par le trou de Magendie considéré par certains comme un artifice de préparation, en réalité disposition anatomique normale à travers laquelle Dandy a observé le passage de l'air mais dont Magendie lui-même n'osait affirmer la constance. A son absence ou à son obturation suppléent les trous de Luschka.

Sans anticiper sur le lieu de production du liquide céphalo-rachidien on voit que celui-ci occupe les cavités ventriculaires, passe des ventricules latéraux dans le 3e ventricule par les trous de Mouro, du 3e dans le 4e ventricule à travers l'aqueduc de Sylvius et trouve pour le mettre en relations avec les espaces sous-arachnoïdiens les trous de Magendie et de Luschka. Mais si la répartition du liquide autour de la moelle est à peu près uniforme, s'il constitue autour d'elle une sorte de manchon liquide, au niveau de l'encéphale, au contraire, il s'accumule en des points où la disposition anatomique est favorable; en ces points se constituent de véritables réservoirs ou lacs, les « citernes » des auteurs américains. Ces lacs ou citernes sont au nombre de 5, on distingue les lacs sylvien, calleux, central, cérébelleux supérieur et inférieur; l'espace sous-arachnoïdien de la moelle formant à lui seul le lac bulbospinal dont la portion déclive peut être individualisée sous le terme de lac spino-terminal. Dans ces citernes viennent déboucher les flumina, produits de la confluence des rivuli et des rivi décrits par Duret (1) et représentant les voies du liquide au fond des sillons de l'écorce. Enfin, tous les lacs communiquent entre eux. Dandy identifie la disposition des canaux de l'espace sous-arachnoïdien avec celle d'un arbre formé par le tronc et ses branches. Le tronc est représenté par les lacs de la base formant sous le cerveau un « lit d'eau » artificiellement segmenté. Des lacs le liquide est distribué le long des vaisseaux, dans les sillons qui séparent les circonvolutions cérébrales. Mais le nombre exact et les rapports des plus petits canaux sont encore inconnus. Enfin, les recherches faites sur les voies d'écoulement du liquide céphalo-rachidien ont montré que les espaces sous-arachnoïdiens se continuaient au delà même des limites que nous leur avons assignées. Key et Retzius, au cours de leurs expériences qui consistèrent à injecter sous faible pression une solution de nitrate d'argent dans l'espace périmédullaire, virent le liquide injecté passer le long des nerfs craniens dans les canaux lymphatiques.

(1) Duret. Etude sur l'action du liquide céphalo-rachidien, *Arch. de physiol*,, 1878, p. 183.

Après eux, Quincke (1), injectant de la poudre de cinabre, observa la présence de granulations de cinabre dans l'enveloppe extérieure des nerfs rachidiens les plus élevés sur une distance de quelques millimètres à partir de la moelle. Il en était de même pour un certain nombre de nerfs craniens. C'est ainsi qu'on a établi l'existence d'une communication entre les espaces sous-arachnoïdiens et la membrane pituitaire, le nerf optique. Quant à la communication avec l'oreille interne elle est assurée directement par l'aqueduc du limaçon. En étudiant les voies d'écoulement nous reviendrons sur ces prolongements des espaces sous-arachnoïdiens le long des nerfs périphériques. D'autre part, il existe autour des artères et des veines irriguant la substance nerveuse des gaines périvasculaires vues pour la première fois par Robin (2), décrites ensuite par Mott (3) selon lequel elles s'arrêteraient aux capillaires. Or, ces gaines communiquant avec les espaces sous-arachnoïdiens, prolongent ceux-ci et portent le liquide céphalo-rachidien au contact du neurone. His (4) a même décrit des espaces péricellulaires représentant peut-être les espaces lymphatiques des centres, virtuels à l'état physiologique, réels à l'état pathologique, pour certains simples artifices de préparation, dont Mott cependant a pu, sur des cerveaux anémiés, démontrer l'individualité et qui assurent l'imbibition nutritive des cellules nerveuses.

Telle est, à la lumière des recherches les plus récentes, la topographie du liquide céphalo-rachidien. Il occupe en somme un système constitué par deux ordres de cavités, les ventricules d'une part, les espaces sous-arachnoïdiens de l'autre, ceux-ci se prolongeant dans l'épaisseur de la substance nerveuse des centres et le long des nerfs périphériques par l'intermédiaire des gaines vasculaires et neurales. Tous ces espaces à l'état normal communiquent largement. Ce n'est pas à dire que sur ce chapitre tous les points soient éclaircis. En particulier il reste à déterminer, ainsi que le dit Cushing à juste titre, dans quelles conditions le liquide céphalo-rachidien peut passer dans l'espace subdural. Dans les injections de poudre de cinabre faites par Quincke il n'y eut jamais une seule granulation dans les espaces sous-duraux du crâne, et cela dans des cas même où les injections furent faites sous forte pression; la surface interne de la dure-mère n'apparut jamais colorée si ce n'est le long du sinus longitudinal supérieur. Quincke admit la communication entre les espaces sous-duraux et sous-arachnoïdiens dans le sens seulement des premiers vers les seconds. Key et Retzius, par des injections simultanées de ces deux espaces, n'observèrent pas de mélange entre les deux liquides injectés. Mais pourtant

(1) Quincke. Zur Physiologie der Cerebrospinalflüssigkeit, *Arch. f. Anat. und Physiol.*, 1872, p. 153.

(2) Robin. Recherches sur les capillaires de l'encéphale, *Journ. de physiol.*, 1899.

(3) Mott. The Olider-Sharpey Lectures on the cerebrospinal fluid, *The Lancet*, London, 2 juillet 1910, p. 1, et 9 juillet 1910, p. 79.

(4) His (W.). *Ueber ein perivasculares Canalsystem in den nervösen Centralorganen*, Engelmann, Leipzig 1865.

ceux qui décrivent encore une cavité arachnoïdienne admettent que celle-ci communique avec l'extérieur par l'intermédiaire des fentes lymphatiques de la dure-mère décrites par Schwalbe (1), bien que la perméabilité de dehors en dedans soit réputée impossible par Sicard et Cestan. Il y a là un point obscur qui réclame de nouvelles recherches.

III. Les sources du liquide céphalo-rachidien. — Pour Haller et Magendie le liquide céphalo-rachidien est produit par les cellules des méninges molles. Luschka (2) et Faivre (3) à peu près à la même époque furent les premiers à prêter un rôle actif aux plexus choroïdes. A la vérité, Faivre s'appuyait sur des bases bien fragiles. D'une étude histologique, forcément sommaire, il retenait la présence de nombreuses concrétions dans les cellules des plexus choroïdes, concrétions formées par du carbonate de chaux, du phosphate de chaux, de la cholestérine, de la cilice, etc. Leur existence, leur constance, leur augmentation avec l'âge traduiraient l'activité de ses cellules. « D'après des inductions légitimes, dit Faivre, auxquelles cependant je n'accorde pas la confiance que seules les expériences méritent je crois devoir avancer que les plexus choroïdes dont la surface vasculaire est plus que décuplée par les villosités ont un rapport intime avec la production du liquide céphalo-rachidien ». En 1897, Findlay (4) s'appuyant sur des observations résultant de 65 examens histologiques dont 59 concernaient des déments, conclut que les plexus choroïdes représentent une formation sécrétoire active, vidant sa sécrétion dans les ventricules, cette sécrétion étant due à la prolifération constante des cellules épithéliales élaborant dans leur intérieur des globules particuliers analogues à de la mucine, globules qui sont évacués dans le liquide ventriculaire. Mais les expériences que Faivre souhaitait ne furent pas entreprises avant 1900 par Cappelletti (5) qui administrant de l'éther ou de la pilocarpine observa un écoulement exagéré du liquide céphalo-rachidien. Pettit et Girard (6) en 1901 et 1902 reprirent les mêmes expériences en y ajoutant des examens histologiques qui permirent une interprétation plus précise des faits. L'introduction de muscarine ou d'éther dans l'organisme d'un chien, d'un lapin ou d'un cobaye détermine des modifications histologiques dans les cellules des plexus choroïdes, c'est à savoir, l'accroissement en hauteur des éléments épithéliaux, une exagération de la différenciation en 2 zones, le développement de la zone distale, et la production exagérée des globules hyalins dont la présence était déjà signalée dans les études purement morphologiques de Findley. Dans la suite, ils étudièrent l'action d'autres substances, en particulier, de la théobromine qui se montra activante pour la sécrétion du liquide céphalo-rachidien et il est assez curieux de rencontrer ce diurétique parmi les corps agissant électivement sur l'activité des plexus choroïdes. D'autre part, les études histologiques de ces organes faites par Pettit et Girard, soit chez l'homme, soit à travers la série des vertèbres les autorisèrent à conclure en faveur de leur nature glandulaire. Les plexus choroïdes leur sont apparus comme des glandes à sécrétion externe, mais à destination interne, pouvant revêtir chez les sélaciens par exemple, le type parfait de glandes vasculaires sanguines. Depuis eux, plusieurs auteurs ont confirmé ces résultats. Meck (1), Voshimura, Mott reviennent sur les modifications cytologiques des plexus choroïdes, en rapport avec les variations fonctionnelles. Mott transforme l'appellation de plexus choroïdes en celle de glandes choroïdes. Mais une démonstration expérimentale définitive fut donnée par les recherches de Dandy sur l'hydrocéphalie. Jusqu'alors et depuis Cappelletti, on s'était contenté de recueillir le liquide céphalo-rachidien par ponction des espaces sous-arachnoïdiens en divers points et d'en étudier les variations quantitatives en fonction de diverses substances réputées activantes. Cavezzani (2), ponctionna directement le lac cérébelleux inférieur à travers le ligament occipito-atloïdien. Mais à la suite des travaux de Dandy et Blackfan (3) sur l'hydrocéphalie expérimentale, les auteurs américains Weed (4) en particulier, préconisèrent une technique plus précise. Sur de gros chiens, on découvre le ligament occipito-atloïdien qui est incisé; on ouvre le lac cérébelleux inférieur, le cervelet étant relevé au-dessus du plancher du 4e ventricule. On cathétérise l'aqueduc de Sylvius et le liquide obtenu représente la seule sécrétion des plexus choroïdes, les cellules épendymaires étant considérées comme hors de cause. Weed recommande l'emploi comme cathéters de soie paraffinée n° 8 à laquelle il faut parfois adjoindre un fil métallique pour augmenter la rigidité, fil qu'on enlève dès qu'on est dans le ventricule. En maintenant la tension intraventriculaire à son chiffre normal on voit ainsi le liquide s'écouler goutte à goutte, pendant

(1) Schwalbe. Der Arachnoidalraum ein Lymphraum u. sein Zusammenhang mit dem Perichoroidalraum, *Centrabl. f. med. Wissenschaften*, 1869, VII, n° 30, p. 465. — Untersuchungen uber die Lymphbahnen des Augesund ihre Begrenzungen, *Arch. f. mikro-anat.*, 1870, VI, p. 1 et 261.

(2) Luschka. *Die Adergeflechte des menschlichen Gehirns*, Berlin, 1855.

(3) Faivre. *C. R. de l'Acad. des sc.*, 1854, t. XXXIX, p. 424; *Ann. des sc. nat.*, 1857, t. VII, p. 89.

(4) Findlay. Observ. on the normal and Pathological Histology of the choroïd plexuses, *Journ. of the ment. sc.*, Londres, t. XLIV, p. 744.

(5) Cappelletti. L'écoulement de liquide céphalo-rachidien par la fistule céphalo-rachidienne en conditions normales et sous l'influence de quelques médicaments, *Arch. Ital. di biol.*, 1900, XXXX, part. 2, p. 463.

(6) Pettit et Girard. Processus sécrétoires dans les cellules de revêtement des plexus choroïdes des ventricules latéraux consécutifs à l'administr. de muscarine et d'éther, *Bull. de la Soc. de biol.*, 1901, p. 825. — Sur la morphologie des plexus choroïdes, *Bull. de la Soc. de biol.*, 1902, p. 698.

(1) Meck Walter J. A study of the choroïd plexus, *Journ. of Comp. neurol. and psych.*, 1907, XVII, n° 3, p. 286.

(2) Cavezzani. La fistola cefalorachidiana. *Atti dell' Acad. delle sc. med. a nat. di Ferrare*, 1899, LXXIII, p. 27.

(3) Dandy W. E. and Blackfann K. D. An experimental and clinical study of internal Hydrocephalus, *Journ. Amer. med. Assoc.*, 1913, LXI, n° 25, p. 2216.

(4) Weed. *The Theories of drainage of cerebrospinal Fluid With an analysis of the methods of investigation in studies on the cerebrospinal Fluid and ists Pathway*, n° 2, mai 1914. Boston (Peter Bent Brigham hospital and surgical Laboratory of the Harward medical School), p. 21.

3 ou 4 heures, les gouttes étant plus nombreuses au début mais un régime uniforme ne tarde pas à s'établir. A la fin de l'expérience, la quantité diminue progressivement; l'arrêt est dû à l'épuisement des plexus choroïdes. Ce liquide obtenu par le cathétérisme ventriculaire semble identique microscopiquement et chimiquement au liquide normal, bien que les petites quantités obtenues rendent difficiles une analyse chimique complète. S'il est vrai que les cellules des plexus choroïdes ne sont que des éléments épendymaires différenciés, on peut, dit Weed, supposer que l'épendyme ventriculaire peut prendre une part dans l'élaboration du liquide. La preuve ne saurait être qu'histologique. Mais de toutes façons la quantité sécrétée par ces cellules pourrait être considérée comme négligeable par rapport à celle qui est due aux plexus choroïdes. Plus récemment, Dandy, au cours de ses recherches sur l'hydrocéphalie expérimentale, a fourni une preuve qu'il considère comme « absolue » du rôle des plexus choroïdes dans l'élaboration du liquide céphalo-rachidien écartant en même temps toute participation des cellules épendymaires.

Faisant une incision transcorticale chez le chien, il découvre la corne descendante et le corps du ventricule latéral, exposant ainsi le plexus choroïde dans toute son étendue. Il l'enlève dans un premier temps depuis son insertion sur la toile choroïdienne supérieure jusqu'au glome choroïdien, puis de la même façon en le soulevant avec des pinces et en l'arrachant depuis son extrémité dans la corne descendante jusqu'à ce que le glome soit atteint.

L'hémorragie est facilement arrêtée par de petits tampons de coton imbibés de sérum chaud. Ayant réalisé cette plexectomie unilatérale, il obture les deux trous de Monro avec un fragment d'aponévrose ou de péritoine après avivement des bords de chaque orifice et observe du côté où le plexus choroïde est enlevé, un affaissement des parois ventriculaires, tandis que se fait de l'autre côté une dilatation progressive.

Nous n'insisterons pas sur la distribution topographique et l'étude anatomique des plexus choroïdes, connues de tous et correctement décrites. Par contre, les données histologiques manquent encore à l'heure actuelle de précision. Il est possible que leur nature glandulaire ait été soupçonnée déjà par Willis, dès 1664. Mais on fait communément remonter à Luschka et à Faivre, les premières études histologiques. Faivre distingue trois dispositions particulières : les villosités choroïdiennes, saillies flottantes et découpées hérissant la face supérieure des plexus; les amas choroïdiens, masses oblongues occupant l'étage inférieur des ventricules latéraux; et les vésicules choroïdiennes tapissant la cavité des ventricules. Les villosités formées essentiellement par des anses vasculaires sont revêtues d'un épithélium constitué chez l'enfant par des cellules irrégulières pourvues d'un noyau volumineux et dans lesquelles apparaissent, avec l'âge, ces concrétions que nous avons énumérées. Pour Findley, adoptant une conception déjà signalée et attribuée par lui à Middlemass et Robertson, suivant laquelle les méninges molles sont représentées par une seule membrane (1), la pie arachnoïde, la structure des plexus choroïdes est identique à celle de cette enveloppe. Ils sont formés essentiellement par du tissu conjonctif affectant une disposition réticulaire et leur structure, très vasculaire, leur donne un aspect pseudocaverneux ou pseudo-érectile. A leur surface se trouvent de nombreuses projections villeuses dont chacune comprend une artère et une veine et qui sont tapissées par un épithélium dont les éléments rappellent les cellules épendymaires. Les vésicules choroïdiennes décrites par Faivre seraient des productions kystiques très fréquentes, Findley, à propos des cerveaux de déments examinés par lui, a noté d'autres altérations pathologiques : présence de corps hyalins concentriques, et altérations des vaisseaux sanguins. A la même époque, Claisse et Lévy (2), à propos d'un cas d'hydrocéphalie interne, faisaient une étude identique. Ils rapprochaient l'aspect des plexus choroïdes de celui qu'offrent certains néoplasmes épithéliaux, en particulier, certains kystes végétants de l'ovaire. Ils décrivent, en effet, une juxtaposition de bourgeons épithéliaux dont l'épithélium de revêtement est formé par une rangée de grosses cellules à protoplasma clair avec un gros noyau fortement coloré et dont le squelette est constitué par du tissu conjonctif et par une veine. Dans leur cas d'hydrocéphalie, ils observent une hypertrophie des plexus choroïdes et en l'absence de toute autre lésion ou malformation rattachent celle-ci à l'affection qui entraîna la mort, cette conclusion apportant une preuve anatomo-clinique du rôle sécrétoire des plexus choroïdes dont nous aurions fait état s'il en avait été besoin. Pettit et Girard reprirent l'étude histologique des plexus choroïdes à l'aide des perfectionnements de la technique. Les cellules des plexus choroïdes sont d'une extrême vulnérabilité. Tous les fixateurs les modifient; le liquide de Bouin est le meilleur ou le moins mauvais. Ils colorèrent à l'hématoxyline au fer d'Heidenhain suivie d'orange G ou d'érythrosine. Ayant administré de la muscarine ou de l'éther, ils observèrent une augmentation de volume du cytoplasme et sa différenciation en deux zones : une zone basale granuleuse comprenant le noyau avec un ou plusieurs nucléoles et parfois une vésicule claire, une zone distale renflée, hyaline turgescente. Après coloration, on distingue dans la première un reticulum dense à granulations fuchsinophiles disposées radiairement et un noyau riche en chromatine, dans la seconde dont les dimensions et la morphologie sont moins constantes on trouve, dans le cas où elle est peu développée, un reticulum assez serré ne tardant pas à s'élargir pour donner une apparence vésiculeuse. Cette portion vésiculeuse tombe à l'état de globule hyalin dans le liquide céphalo-rachidien. Ayant suivi les plexus choroïdes dans la série des vertèbres Pettit et Girard admettent qu'ils

(1) MIDDLEMASS J. and ROBERTSON W. Pathology of the nervous system in relation to mental disease, part. 3. — Morbid conditions of the dura mater. *Edimburgh med. Journ.*, 1895, XL, part. 2, p. 704.

(2) CLAISSE et Ch. LÉVI. Etude histologique d'un cas d'hydrocéphalie interne. *Bull. de la Soc. anat.*, 5e série, n° 11, 1897, p. 264.

sont caractérisés par du tissu conjonctif revêtu d'un épithélium et par une richesse extrême en vaisseaux sanguins, le tissu conjonctif étant très réduit dans les plexus choroïdes des ventricules latéraux où l'élément sécrétant se trouve en rapport immédiat avec le sang d'où l'assimilation à une glande vasculaire sanguine. Avec Mestrezat, la villosité choroïdienne devient l'élément essentiel et sa structure peut être schématisée de la façon suivante : squelette conjonctif supportant des vaisseaux larges : une artériole et une veine; épithélium formé par des cellules cubiques étroitement accolées constituées par un protoplasma à structure réticulée avec des points nodaux chromophyles, des inclusions hyalines du côté distal, un noyau ovalaire riche en chromatine du côté basal.

En fait Mestrezat dont les études avaient été surtout chimiques était tenu d'adapter sa conception physiologique des plexus choroïdes suivant laquelle ils représentent un épithélium dialyseur, aux travaux histologiques antérieurs dont l'idée directive avait été d'assimiler ces organes aux organes glandulaires connus tels que les glandes salivaires et le pancréas. La tâche était donc difficile. Aussi dans ces dernières années Grynfelt et Euzière (1) se sont-ils efforcés de fournir à la théorie de la dialyse une base histologique en même temps qu'ils précisaient la constitution histologique et cytologique des plexus choroïdes. Grâce à des perfectionnements techniques, en particulier à l'utilisation des méthodes de Regaud et de Benda, ils distinguent trois types cellulaires constants dans la série des vertébrés : cellules striées, vésiculaires et vacuolisées qui représentent en réalité trois étapes évolutives d'un même élément, « cette évolution se résumant dans celle des grains mitochondriaux ». En outre ils concluent à l'absence de grains de sécrétion, les granulations dites acidophiles ou fuchsinophiles n'étant que des mitochondries mal fixées et imaginent un mécanisme histophysiologique de la production du liquide céphalorachidien dans lequel la part du chondriome est prépondérante. Celui-ci tirerait du cytoplasme un liquide renfermant les éléments dialysables du plasma. Les mêmes auteurs affirment en outre l'existence au niveau du bord libre des cellules de l'épithélium choroïdien d'une bordure en brosse et de cils vibratils, dispositions tour à tour niées et admises. Les gouttelettes du liquide élaboré par le chondriome se disposent au-dessous de la bordure en brosse, et se frayant un passage au travers des bâtonnets de celle-ci franchissent sa limite supérieure et tombent dans la cavité ventriculaire.

Grynfelt et Euzière (2) ont d'ailleurs étendu leurs études aux cellules chroïdiennes des vertébrés inférieurs et en particulier à celles d'un selacien, le scyllium. La présence d'une bordure en brosse y apparaît de façon très nette de même que l'existence de cils vibratils; ceux-ci passent entre les poils et aboutissent à de petits corpuscules basaux situés immédiatement au-dessous de la cuticule. Quant au bord libre il a la valeur d'une membrane limitante servant de lieu d'implantation aux poils de la brosse et se prolongeant sur toute la périphérie de la cellule. Ils retrouvent dans le cytoplasme le chondriome dont la richesse varie suivant les territoires, ces variations étant en rapport avec des états fonctionnels différents. Seule une petite zone sous-cuticulaire est à peu près dépourvue de chondriome ainsi qu'on le voit au-dessous de la brosse rénale (Policard).

Il n'est pas que sur ce point de détail que la comparaison avec les tubes contournés du rein est possible. La bordure en brosse, l'évolution du chondriome choroïdien rappellent par plus d'un point les caractères structuraux des cellules rénales. On voit tout le chemin parcouru depuis les premières études histologiques sur les plexus choroïdes.

Si la vascularisation de ces organes apparaît très développée leur innervation est à peu près inconnue. Les nerfs n'ont pu être découverts mais Mott en 1910 a montré à l'aide de microphotographies l'existence de nerfs vasculaires permettant d'imaginer le fonctionnement d'un mécanisme autorégulateur. Il est certain que de tels organes méritent une innervation en rapport avec l'importance de leur vascularisation. Il y a là matière à des recherches. Et d'ailleurs il apparaît qu'une étude nouvelle portant sur la structure, tant morphologique que cytologique des plexus choroïdes, doit être entreprise avec le secours des perfectionnements de la technique.

Mais les plexus choroïdes sont-ils seuls à intervenir dans la production du liquide céphalo-rachidien? Robin dès 1858 avait signalé l'existence de gaines liquides autour des veines et des artères cérébrales dans leur trajet cortical; His les décrivit sous le nom de gaines périvasculaires dont il montra les rapports avec les espaces cérébrospinaux. Il parvint même à injecter ce système qui fut très discuté. Depuis lors des études anatomiques et anatomo-pathologiques faites par Mott, Milian (1) en ont démontré la réalité. Ces réseaux périvasculaires furent souvent appelés d'un terme qui prête à confusion : espaces lymphatiques ou lymphatiques périvasculaires. En fait ces canaux ne sont pas des lymphatiques pas plus que leur contenu ne peut être assimilé à la lymphe. Leur contenu apparaît comme le produit de l'activité des cellules nerveuses; ils se déverseraient dans les espaces sous-arachnoïdiens. Spina (2) ayant

(1) Grynfelt et Euzière. Recherches cytologiques sur les cellules épithéliales des plexus choroïdes, *C. R. de l'Assoc. des anat.*, 14e réunion, 1912, p. 65. — Etudes cytologiques sur l'élaboration du liquide céphalo-rachidien dans les cellules des plexus choroïdes du cheval, *Bull. de l'Acad. des sc. et lettres de Montpellier*, IV, 15 avril 1912. — Note sur la structure de l'épithélium des toiles choroïdiennes et l'excrétion du liquide céphalo-rachidien chez le scyllium, *C. R. de l'Assoc. des anat.*, 15e réunion, 1913, p. 101. — Recherches sur les variations fonctionnelles du chondriome des cellules des plexus choroïdes chez quelques mammifères, *C. R. de l'Assoc. des anat.*, 15e réunion, 1913, p. 197.

(2) Grynfelt et Euzière. Deux communications sur l'histologie de l'épithélium des plexus choroïdes, *Bull. de la Soc. des sc. méd. de Montpellier*, séances du 23 mai et du 20 juin 1913; *Montpellier méd.*, 1913, t. XXXVII, p. 129 et 212. — Histophysiologie des plexus choroïdes, *Revue méd.-thérap.*, t. II, n° 4, 1914, p. 82.

(1) Milian. Structure et relations des gaines lymphatiques périvasculaires, *Bull. et mém. de la Soc. anat.*, 6e série, 1904, VI, p. 347.

(2) Spina. Uber der Einfluss des hohen Blutdruks auf die Neubildung des cerebrospinalflüssig keit, *Arch. f. die gesam. physiol.*, 1899, LXXVI, p. 204.

élevé artificiellement la pression sanguine par l'injection de glande surrénale et la ligature lente de l'aorte produit une congestion cérébrale intense et une hypertension intracranienne déterminant l'exsudation du liquide qu'il contient en dehors du système périvasculaire. Mott cependant s'éleva contre une telle interprétation en déclarant que le courant dans le réseau périvasculaire s'effectuait en sens inverse, c'est-à-dire de l'espace sous-arachnoïdien vers les cellules nerveuses. C'est pourquoi Weed (1) s'efforça d'apporter des faits expérimentaux plus précis. Il pratique dans l'espace sous-arachnoïdien une injection de ferrocyanure de potassium sous faible pression (50 mm. de mercure et très lentement), il voit des granulations bleues se déposer dans les espaces périvasculaires autour des veines et des artères et jusque autour des capillaires. Sur certaines préparations il nota la présence de granulations autour des cellules nerveuses. Dans l'ensemble la coloration fut surtout nette dans la substance cérébrale à quelque distance de la surface; entre celle-ci et la zone de forte précipitation il en existait une autre où la coloration était moindre; elle correspondait aux espaces périvasculaires injectés. Ainsi une injection faite dans l'espace sous-arachnoïdien passe jusque dans les espaces péricellulaires ou périneuronaux qui ainsi communiquent avec les espaces péricapillaires. Il paraît difficile d'admettre la conception de Mott étant donné que la pression dans les capillaires cérébraux est supérieure à celle du liquide céphalo-rachidien et Weed estime plus vraisemblable le passage du liquide des capillaires cérébraux dans les espaces péricapillaires et péricellulaires, de ceux-ci dans les gaines périvasculaires jusqu'aux espaces sous-arachnoïdiens.

Dans ce trajet il abandonne aux cellules des produits servant à leur nutrition et emporte leurs substances de déchet. Cela est si vrai qu'une démonstration inverse a pu être fournie par Weed. Ce dernier produit l'anémie du cerveau en ouvrant au cou les carotides et les jugulaires. Un organe anémié devient plus petit; le système cérébro-spinal représentant un système clos dépourvu d'élasticité ne peut user de ce procédé; il y supplée en aspirant du liquide partout où il se peut; on fait une injection de ferrocyanure de potassium. Dans ce cas la pression sanguine étant nulle, et celle des espaces sous-arachnoïdiens s'élevant à 200, ou 250 mm. d'eau on voit le liquide injecté passer dans le système vasculaire à travers les parois des capillaires cérébraux et emprunter ensuite les veines et les artères vers le point où la pression est moindre, c'est-à-dire vers le cou. Ainsi l'absorption par les capillaires nulle quand on fait des injections sous faible pression se produit quand la tension s'élève. Par là nous apparaissent une des fonctions du liquide céphalo-rachidien qui remplace pour l'axe cérébro-médullaire un appareil lymphatique absent et l'existence d'un système péricellulaire, péricapillaire et périvasculaire dont le contenu liquide se déverse dans l'espace sous-arachnoïdien où il se mélange au liquide céphalo-rachidien. Par là aussi nous constatons la double origine de celui-ci. Il faut avouer pourtant qu'une telle conception n'est pas admise par tous. Dans sa thèse Mestrezat s'élève contre elle en se plaçant à la fois sur le terrain anatomique et sur le terrain chimique. Tout d'abord il affirme, ce qui n'est pas contesté, qu'il n'y a point de capillaires dans la cavité sous-arachnoïdienne, et que bien plus ces capillaires se trouvent situés trop profondément pour entrer en ligne de compte. Quant aux gaines périvasculaires elles existent seulement autour des artérioles et des veinules et dans ces vaisseaux les propriétés résorbantes dominent. Elles font défaut au niveau des capillaires, c'est dire que Mestrezat admet au niveau des centres l'existence de deux milieux distincts bien qu'unis par des rapports de continuité, le milieu céphalo-rachidien ne dépassant pas les gaines périvasculaires, le milieu lymphatique occupant les espaces péricapillaires. Il n'y a pas mélange entre les deux du fait « de la longueur du trajet, de la capillarité du conduit parcouru d'un bout à l'autre par un vaisseau qui *résorbe.* » Il faut avouer qu'une telle distinction ne laisse pas que d'être confuse. Au point de vue chimique le liquide céphalo-rachidien n'a rien d'un transsudat; les traces d'albumine, la petite quantité de sucre qu'il renferme semblent en faire le produit d'une filtration élective. Mestrezat montre en outre que l'ingestion de nitrates, passant dans tous les transsudats, n'augmente pas la teneur en ce sel du liquide céphalo-rachidien. A cela s'opposent les injections de ferrocyanures faites par Weed qui ne passent pas dans les espaces périvasculaires à moins que le cerveau ne soit en état d'anémie. Cushing (1) rappelle en outre que dans les cas de tumeur cérébrale les examens histologiques du cerveau montrent une dilatation considérable des espaces périvasculaires et péricellulaires; malgré l'accumulation de liquide dans ces espaces il s'écoule difficilement. Après des interventions décompressives faites dans des cas de cette espèce on voit le liquide provenant de la source cérébrale, riche en albumine et en produits de déchets, s'accumuler en diverses zones de l'espace sous-arachnoïdien, où il est emprisonné par suite du développement d'une hernie corticale. Il est possible que dans ces conditions on puisse déceler des différences entre la composition du liquide secrété par les plexus et celle du liquide contenu dans les espaces sous-arachnoïdiens; celui-ci s'étant enrichi par l'apport des gaines périvasculaires mais il faut reconnaître que Cushing et ses élèves apportent sur ce point plus de « possibilités » que de faits.

L'intervention de l'épithélium épendymaire dans l'élaboration du liquide céphalo-rachidien a été très débattue, bien que généralement niée. Grynfelt et Euzière (2) ont repris tout récemment cette ques-

(1) WEED. *The Pathway of Escape from the subarachnoïd spaces with particular reference to the arachnoïd villi. From studies on the cerebrospinal fluid and its Pathway*, III, Boston, 1914, p. 51. — The Dual source of cerebrospinal fluid. *Ibid.*, IV, p. 93 (Laboratory of surgical Research, Harvard medical School).

(1) CUSHING. Introduction. *Studies on the cerebrospinal fluid and its Pathway*, Boston, 1914, I, p. 1.

(2) GRYNFELT et EUZIÈRE. Rôle de l'épithélium épendymaire dans l'élaboration du liquide céphalo-rachidien, *Le Languedoc méd.*, t. III, 10 avril 1920, n° 23, p. 29.

tion à la lumière des observations faites par eux sur les cellules choroïdiennes. S'inspirant de celles-ci, ils ont comparé le chondriome épendymaire à celui des cellules choroïdiennes. Leurs études ont porté sur l'épendyme ventriculaire du cerveau des petits mammifères. Le chondriome leur apparut constitué par des chondriocontes rares, petits et peu visibles, répandus dans un protoplasma vacuolisé. Mais ses réactions sont identiques à celles du chondriome choroïdien. De cette identité réactionnelle, ils concluent à « une étroite parenté fonctionnelle », les différences ne portant que sur l'intensité de la sécrétion; celles-ci s'expliquent par des rapports beaucoup moins intimes avec les vaisseaux.

Quoi qu'il en soit de la double ou triple source du liquide céphalo-rachidien, il est certain que la source « plexoïde » est de beaucoup la plus importante. Il ne suffit point d'en avoir montré la réalité encore faut-il en établir le mécanisme.

IV. **Mécanisme de la formation du liquide céphalo-rachidien.** — Il fut d'abord considéré comme un simple transsudat, c'est-à-dire le produit d'une filtration grossière rappelant la composition du sérum. Or, le liquide céphalo-rachidien ne saurait être assimilé aux transsudats dans lesquels on trouve toutes les substances organiques et colloïdales du sérum. Au cours du XIXe siècle les travaux histologiques, histophysiologiques et anatomo-pathologiques se sont efforcés d'assimiler les plexus choroïdes à des formations glandulaires. Le liquide céphalo-rachidien devenait le produit d'un mécanisme sécrétoire. Mestrezat s'est attaché à ruiner cette conception et à montrer qu'il est en réalité le produit de la dialyse du plasma à travers un épithélium différencié. Tout d'abord il combat la théorie sécrétoire par des arguments en quelque sorte négatifs : le microscope ne révèle que des apparences et ces apparences ne sont pas incompatibles avec l'hypothèse d'une dialyse. L'analyse chimique, seule capable de juger des propriétés énergétiques par là-même pourra seule apprécier ou nier la nature sécrétoire. Tous les produits utilisés par Cappelletti, Pettit et Girard, etc., n'agissent qu'en tant qu'excitants cellulaires. D'autre part, un phénomène de sécrétion suppose une dépense d'énergie; or, il n'y a ni augmentation du tonus, ni séparation d'un corps dissous de son solvant, ni élaboration synthétique de composés nouveaux. « Le squelette minéral du sérum est retrouvé inaltéré (Mestrezat). Allant plus loin, il prouve, par de nombreux examens chimiques que si tous les éléments constitutifs du liquide céphalo-rachidien préexistent dans le plasma, un certain nombre des constituants de celui-ci ne s'y trouve pas. Si donc, il n'y a pas sécrétion, il y a filtration élective. L'épithélium des plexus choroïdes fonctionne comme une membrane dialysante écartant toutes les substances colloïdales contenues dans le plasma. Si, par exemple, on soustrait de la quantité totale de phosphore existant dans le sérum, celle qui appartient au phosphore colloïdal, on trouve le chiffre exact mesurant le phosphore du liquide céphalo-rachidien normal. Quant à la présence d'un taux de chlorure de sodium supérieur à celui du sérum, preuve d'une sécrétion pour certains, Mestrezat l'interprète comme la conséquence des lois de dialyse. L'absence des substances colloïdales devrait entraîner un abaissement du point de congélation et le liquide céphalo-rachidien est isotonique, l'isotonie étant due à un afflux de chlorure de sodium, d'où l'excès de cette substance. Le milieu rachidien est donc « l'image fidèle de la partie dialysable du plasma sanguin ».

Nous avons vu les travaux de Grynfelt et Euzière tenter de fournir à cette théorie un fondement histologique. Les cellules choroïdiennes ne constituent pas un épithélium glandulaire; à un mécanisme de production spécial correspond une constitution histologique particulière : celle que Grynfelt et Euzière ont décrite. Dans les cellules choroïdiennes les mitochondries joueraient le rôle d' « éclectosomes » que M. Regaud leur attribue dans les éléments glandulaires. Quant à l'excrétion du liquide céphalo-rachidien ainsi formé dans l'intérieur de la cellule, elle s'effectue à travers les bâtonnets de la bordure en brosse.

Telles sont, dans l'état actuel de nos connaissances, les origines du liquide céphalo-rachidien. Elles semblent doubles, la source plexoïde étant la plus importante, la source cérébrale étant accessoire. Il y aurait lieu peut-être de rechercher si cette dernière ne doit pas être étendue à l'axe encéphalo-médullaire dans sa totalité. Enfin le mécanisme fonctionnel des plexus choroïdes serait celui de la filtration élective, c'est-à-dire un processus analogue à celui qui a été mis en lumière pour l'épithélium rénal.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 12 OCTOBRE 1920)

Protection de l'enfance. — M. PINARD, à propos de la communication faite dans la dernière séance par MM. Bernard et Debré, fait ressortir tout l'intérêt de cette communication sur les moyens d'éviter qu'une mère tuberculeuse ne contagionne son enfant. Les mesures prises à la crèche de Laënnec sont des plus sages et ont déjà donné des résultats. Mais c'est surtout à la Maison maternelle nationale de Saint-Maurice que l'on pourra employer ces moyens de protection sur une grande échelle. Des enfants nés de mères tuberculeuses seront confiés à des mères reconnues parfaitement saines et allaités par ces femmes. On ne saurait trop encourager de pareilles mesures propres à sauver un grand nombre d'enfants nouveau-nés de la contagion tuberculeuse.

M. BERNARD remercie M. Pinard et fait, à son tour, ressortir tout l'intérêt de cette œuvre qui est, en quelque sorte, une continuation de celle de Grancher.

M. Bernard rappelle que des mesures semblables ont déjà été prises dans plusieurs villes, à Tours, à Saint-Etienne. Il faudra multiplier ces mesures et aussi multiplier les placements familiaux.

M. LE PRÉSIDENT annonce une place vacante dans la section d'hygiène, en remplacement de M. Armand Gautier.

Reprise de la discussion sur les instituts médicaux. — M. HAYEM pense que l'Académie est maintenant éclairée et

qu'elle pourra passer au vote. Toutefois il insiste sur la nécessité de la création d'une école d'hygiénistes. La vieille Faculté, les vieux rouages qui fonctionnent encore ne sont plus à la hauteur de la situation et n'ont pas marché avec le progrès scientifique. On parle de l'Institut d'hygiène de Strasbourg; c'est surtout un laboratoire où se fabriquent les sérums, où sont examinés les liquides pathologiques. Mais ce qu'il faut à Paris c'est une école d'hygiénistes, car cela n'existe pas. Rien n'a encore été fait au point de vue de l'enseignement, de l'hygiène professionnelle, de l'hygiène sociale, de l'hygiène internationale. L'hygiène est une science qui n'est pas enseignée en France. Pratiquement, il nous faut des hygiénistes de profession. Il est du devoir de l'Etat de favoriser le développement progressif et constant de l'hygiène.

M. Bernard est d'accord avec M. Hayem sur la nécessité d'un enseignement supérieur de l'hygiène en France. L'Institut d'hygiène de Strasbourg remplit toutes les conditions désirables au point de vue bactériologique. Mais à Paris il faut davantage; il faut un enseignement supérieur de l'hygiène, il faut créer des compétences spéciales.

Sur les principes, l'accord est complet entre MM. Hayem et Bernard.

Au point de vue de la fondation d'une école d'hygiéniste, M. Bernard, qui vient de faire un voyage en Angleterre, pense qu'on pourrait s'inspirer de l'organisation anglaise. Sous le nom de Comité de recherches médicales, il existe une institution publique, merveilleusement organisée, jouissant d'un budget formidable, installée dans un immeuble approprié, munie d'un outillage parfait.

En terminant, M. Bernard propose de mettre aux voix les conclusions de la Commission.

M. Cazeneuve se rallie à ces conclusions. Il rappelle que le premier enseignement de l'hygiène en France a été fait à Lyon par J. Courmont qui créa l'enseignement de l'hygiène comme Brouardel créa, à Paris, l'enseignement de la médecine légale. M. Cazeneuve ajoute que, à Bordeaux, en Algérie il existe des écoles d'hygiène qui ont déjà formé des hygiénistes et rendu de réels services. Il appartient à l'Académie de favoriser de tout son pouvoir le développement, en France, de ces instituts d'hygiène.

M. Hayem appuie M. Cazeneuve et insiste sur la nécessité absolue de ces instituts, à Paris et en France. Tout est à faire dans cet ordre d'idées, car rien n'a été fait jusqu'ici.

M. Bernard tient à s'associer à l'éloge qu'a fait M. Cazeneuve du regretté J. Courmont que l'on peut considérer comme le véritable promoteur de l'enseignement de l'hygiène en France. Il importe, ajouta-t-il, ainsi que l'a dit M. Hayem, de combler à Paris un vide, une lacune et d'organiser de toutes pièces un institut d'hygiène.

— Les conclusions de la Commission sont mises aux voix et adoptées.

Les substances vénéneuses. — M. Cazeneuve se rallie aux conclusions du rapport de M. Siredey. Toutefois, il lui semble que la loi et le décret du 12 juillet 1916 devraient être revisés. Il faut compter avec les progrès de la science. Cette loi a déjà produit de bons résultats au point de vue des mesures prises pour enrayer les abus de certains toxiques, de la morphine, de la cocaïne, pour combattre l'usage en commun de ces toxiques, les fumeries d'opium, par exemple, si néfastes.

Il y a lieu de revenir aussi sur l'emploi des produits arsenicaux, non seulement en thérapeutique, mais aussi en agriculture. M. Cazeneuve demande donc qu'aux trois conclusions de la Commission en soit ajoutée une quatrième demandant la revision de la loi de juillet 1916.

M. Siredey se rallie entièrement à la proposition de



L'Aérophagie, *Syndromes gastriques, intestinaux, circulatoires et respiratoires*, étude clinique, radiologique et thérapeutique (l'adulte, l'enfant, le nourrisson), par le Dr G. LEVEN, ancien interne des hôpitaux de Paris, secrétaire général de la Société de thérapeutique. In-18 gr. jésus, de 228 p., avec 28 fig. dans le texte. — Prix : 6 fr. — Paris, G. Doin.

M. Cazeneuve dont il partage l'opinion sur la nécessité d'une revision de la loi et du décret visés.

M. LE PRÉSIDENT met aux voix les conclusions de la Commission avec l'addition proposée par MM. Cazeneuve et Siredey.

Les conclusions sont adoptées.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 13 OCTOBRE 1920)

M. LE PRÉSIDENT prononce un touchant éloge de Félix Guyon. La séance est levée en signe de deuil et reprise dix minutes après.

Kyste hydatique suppuré du foie. — M. HALLOPEAU communique l'observation d'un enfant de dix ans qui était atteint d'un kyste suppuré du foie. Il attendit que la température qui était à 38°2 tombât et l'opéra par une incision transversale. Il y avait quelques adhérences récentes. Il s'agissait d'un kyste hydatique de la face inférieure du foie : ouverture de la poche, évacuation des vésicules, ablation de la membrane, présence de pus que l'examen immédiat montra amicrobien. Formolage; fermeture sans drainage. Guérison rapide.

Ulcères perforés du duodénum. — M. LAPOINTE fait un rapport sur 16 observations adressées par M. Lagoutte. Dans 4 cas, ce chirurgien fit une gastro-entérostomie complémentaire. Dans les 12 autres cas il fit la fermeture seule en ayant soin de recouvrir l'ulcère suturé d'un lambeau épiploïque.

Sur la totalité de ces cas, M. Lagoutte a obtenu 75 p. 100 de guérisons. La première condition du succès est la précocité de l'intervention; 3 opérations tardives ont été suivies de mort.

D'une façon générale, même dans les hôpitaux, l'intervention est trop tardive. On opère des moribonds.

M. Lagoutte discute la question de la gastro-entérostomie immédiate. Le but de cette opération complémentaire est surtout d'éviter la sténose consécutive. Mais celle-ci ne se produit pas tout de suite. Il n'y a donc pas d'urgence à pratiquer immédiatement la gastro-entérostomie. On peut attendre, M. Lagoutte n'est donc pas partisan de la gastro-entérostomie immédiate systématique. Il lui paraît plus sage, dans une première opération, de s'en tenir au strict nécessaire, c'est-à-dire à la fermeture de l'ulcère perforé.

Les divers procédés d'abouchement gastro-intestinal après la pylorectomie. — M. Pierre DUVAL fait une courte et intéressante communication sur ce sujet. Il a eu l'heureuse idée de faire examiner au radio-bismuth les estomacs des malades opérés par divers procédés, soit par le procédé de Péan (abouchement termino-terminal), soit par le procédé de Billroth, seconde manière (anastomose latéro-latérale), soit, enfin, par le procédé de Kocher (anastomose termino-latérale).

D'une série d'examens radio-bismuthés faits par M. Béclère, il résulte que c'est incontestablement le procédé de Péan (suture termino-terminale) qui assure le meilleur fonctionnement consécutif de l'estomac alors que les autres procédés présentent certains inconvénients, celui de Billroth entre autres, un reflux de la bouillie bismuthée dans l'anse duodénale exclue. Aussi, M. Duval est-il décidé à recourir au procédé de Péan, le plus ancien et le plus f ançais.

Avec ce procédé, les fonctions stomacales sont rétablies d'une façon absolument normale, malgré l'ablation du pylore. C'est du moins ce qu'affirme d'une façon absolue M. Béclère.

Résultats éloignés de la suture du sciatique. — M. AUVRAY fait connaître les résultats éloignés des sutures ou des libérations des nerfs sciatiques qu'il a pratiquées pendant la guerre. Il a opéré ainsi 24 blessés, qu'il divise en deux groupes : 1° ceux qui souffraient de douleurs intolérables; 2° ceux qui présentaient des paralysies. Sur 4 blessés du premier groupe qu'il a pu revoir, il a obtenu deux parfaites guérisons et deux améliorations légères.

Sur 14 blessés du second groupe, 9 ont subi la libération du nerf et 5 la suture. Sur les 9 libérés, il y a eu 2 guérisons complètes, chez les 7 autres, les résultats ont été absolument négatifs.

En somme 2 guérisons par la libération, aucun résultat par la suture.

Altérations des nerfs du plexus brachial consécutives aux luxations de l'épaule. — M. GRÉGOIRE rapporte l'observation d'un homme de 38 ans qui, dans un accident de chemin de fer, se fit une luxation de l'épaule droite. Cette luxation est réduite, quelques jours après, elle se reproduit et la réduction, cette fois, est difficile et pénible et elle est suivie de douleurs qui deviennent de plus en plus intenses. 3 mois après, elles sont devenues intolérables. Il n'y a pas de troubles trophiques, mais une atrophie de la main et de l'avant-bras, le deltoïde est inerte et également atrophié. M. Grégoire intervient, il fait une incision comme pour la ligature de l'axillaire. La libération des nerfs est longue et difficile, cessation des douleurs, mais elles reparaissent 3 semaines après, puis diminuent peu à peu et cessent complètement après deux mois. Les muscles ont repris leur puissance. La main n'est plus en griffe et le malade peut s'en servir. Ses mouvements sont peu à peu recouvrés. Il s'agissait ici d'une paralysie incomplète du médian et du cubital. L'intervention a été incontestablement utile.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE STAGE DES ÉTUDIANTS EN CHIRURGIE DENTAIRE

M. Ferraris, député, demande à M. le ministre de l'Instruction publique si on peut obtenir une dérogation au décret du 11 janvier 1909, pour un jeune homme atteint de maladie, se destinant à entrer dans une école dentaire, et qui, par suite de sa santé, désirerait, pour recevoir des soins de sa famille, faire le stage réglementaire dans la ville où il est domicilié au lieu d'aller chez un dentiste diplômé habitant une ville où il y a une faculté. (*Question du 25 septembre 1920.*)

Réponse. — L'article 1er du décret prévoit que seuls les chirurgiens dentistes diplômés résidant au chef-lieu académique peuvent être autorisés à recevoir des stagiaires. Cette règle n'a jamais souffert d'exception et les termes formels du décret précité ne permettent pas d'y déroger. (*J. O.*, 8 oct. 1920.)

LIVRES NOUVEAUX

La spirillose intestinale (1), par le Dr Raphaël PECKER.

Certaines affections intestinales, très tenaces et de symptomatologie un peu trouble, sont dues à des spirilles, voisins du *spirochœta eurygyrala*, et intermédiaires entre le spirochète dentaire et le spirochète de VINCENT. C'est ce qu'établit l'auteur, qui, après une étude attentive de ces spirilles, démontre leur rôle pathogène, soupçonné, mais non prouvé antérieurement par divers observateurs, notamment par CONOR, TEISSIER, RICHET et FARTHAM. Le diagnostic de ces infections ne peut guère se faire que par l'examen des fèces, soit à l'ultra-microscope, soit après imprégnation par les sels argentiques, et le traitement, pour ainsi dire spécifique, consiste à administrer, par la voie buccale, des comprimés de novarsénobenzol enrobés dans la cire. J. L.

(1) *Th. de Paris*, 1920.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 89. — MARDI 19 & JEUDI 21 OCT. 1920 93e ANNÉE. MARDI 19 & JEUDI 21 OCT. 1920. — N° 89.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

CONCOURS DE L'INTERNAT

Le carnet des candidats au concours de l'internat est paru : il est mis en vente dans nos bureaux au prix de **1** *franc.*

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Questions données :* « Anatomie macroscopique de la voie biliaire accessoire, vésicule biliaire et canal cystique. — Symptômes et diagnostic de l'occlusion intestinale aiguë. »

Questions restées dans l'urne : « Anatomie macroscopique de la glande sous-maxillaire et de son canal excréteur. — Anatomie macroscopique de la bronche droite et de ses divisions jusqu'à leur entrée dans les lobes pulmonaires. »

« Symptômes et diagnostic des anuries. — Symptômes et diagnostic des ictères chroniques dits par rétention. »

Répartition des jurys. — Anatomie. — MM. les Drs Bensaude, Lemierre, Lardennois, P. Duval, Le Lorier.

Pathologie. — MM. les Drs Œttinger, Ribadeau-Dumas, Renaud, Moure, Grégoire.

Ordre de lecture. — Anatomie. — Du n° 1 à 198.

Les séances auront lieu à l'hôpital Beaujon, les lundis à 15 h. 1/2, les mardis et jeudis à 20 h. 1/2, et les vendredis à 9 heures.

Pathologie. — Du n° 199 à 396, puis du n° 1 à 198.

Les séances auront lieu à l'Hôtel-Dieu, les lundis à 17 heures, les mercredis à 17 h. 30, les jeudis et vendredis à 20 h. 30.

Les internes provisoires sont indiqués en italique.

Ordre de lecture des copies. — 1. MM. Thomas (Marcel), Baranger (Jacques), Gueullette, Chavany, Corby, Chereau, Foucault, *Engelhard*, *Bayle*, Poulin (André),

11. *Bazert*, Turpin, Blum, Desoubry, Lindegger, Ravina, Chabanier, Descharmes, Tassin, Cuvigny,

21. Alary, van der Horst, Machavoine, Ducrohet, Castéran, Oberthür, Duhail, *Lelong* (Marcel), Olivier (Henri), *Richon*,

31. Magnillat, Mme Brian-Garfield, MM. Rachet (Jean), Menuau, Ricard (Raoul), Allaire, *Andral*, Fettu, Digonnet, Ferrier (Marcel),

41. Sureau, Cournand, Demelin, Poussard, Banzet, Rémy-Néris, Bonnet (Louis), *Laurent* (Marcel), *Tierny*, *Terris*,

51. Armingeat (Jean), Duchein, Jacquinet, Bouessée, Huet (Pierre), Camino, Piot, de Brun du Bois-Noir (Pierre), Pollet, *Le Rasle*,

61. *Viollet*, Cocault-Duverger, *Perisson*, Goldmann, *Weissmann*, Callégari, Jonesco, *Dauptain*, Loyauté, Pierrot,

71. Vassal, Cornudet, Bonnot, Reverdy, Welti, Rigolage, *Mérot*, Wickham (Yves), *Lefèvre* (Bernard), Omont,

81. Lepelletier, Dupont, *Valière-Vialeix*, *Boyau*, *Dujarier*, Prévot (André), Favory, Coffin, Mouls, Lonjumeau,

91. Séglas, *Guérin*, Louvel, Ortodoxu, Deconinck, Marteret, Fatou, Isaac-Georges, *Florand*, Mlle Ostwalt (Hélène),

101. MM. Blanchet, Bouthillier, Lefèvre (Paul), Le Clerc, *Béthoux*, De Fresquet, Renard (Gabriel), Codet, Gallois, Auger,

111. Héraux, *Derville*, *Godard* (Henri), Larget, *Desnoyers*, Mlle Franck, MM. Delage, *Leroux* (Maurice), *Basch*, Gardinier,

121. *Ducuing*, Christophe, Meyer-May, Estrabaud, Mlle Le Bouëdec, MM. *Boisnier*, Lemière, Philippeau, *Denoyelle*, Bourdillon,

131. Marcel (Etienne), Delagénière, Brenniel, Barret, Gornouec, Lougnon, Garnier, Chabaud, Huet (Léon), Ripert,

141. Sauvage, Roland, Lévy (Jean), *Deroche*, *Niel*, Busser, Boehler, Escalier, Burgeat, Dollfus,

151. Merklen, Buisson, Seligmann (Emile), Kesseler, Bernard (Raymond), *Cordey*, Isnel, Moles, Ledrain, Bianquis,

161. Dessaint, Berthon, Coriat, Ebrard, Périer, Leplat (Gabriel), Haye, *Hermet* (Paul), Bertrand (Jean), Dugué,

171. *Laurent* (Pierre), Duchamp de Lageneste, Crétin, Loubeyre, Trotsky, *Tisné*, Leplat (Georges), *Cerné*, Moreau, Sabadini.

181. *Ferrier* (Louis), Desprairies, Cayla, *Bartet*, *Metzger*, Marchant, *Potez*, Bréger, Berson, Jany.

191. Ferru, Wickham (Roger), Maleysson, Arfeux, Lebègue, Mignant, Lacomme, Ollivier (Jean), Duchon, Mouton.
201. *Weil* (René), Seillé, Bascouret, Fortier, Teurnier, Ameline, *Lautman*, Charpin, *Chevallier* (Henri), Chauveau.
211. *Isch-Wall*, Mlle Lévy (Gabrielle), MM. Lange, Séguy, *Vigneron*, Jacquemaire, Laquière, Cahen, Panis, Denis le Sève.
221. Cohen, Jossand, Tourtou, Plichon, Lejard, Barry, *Bernard* (Etienne), Gestat, Autier, Coste.
231. Poincloux, Lallemant, Mourret, Dayras, Dalsace (Robert), Breton, Villetard de Prunières, Kenzinger, Huard, Joanny.
241. Seligman (Pierre), Guyonnaud, Maduro, Plet, Hernu, Meillère, Laffaille, Fortin, Simon, Delgove,
251. *Froment*, Verger, Vernant, *Broca*, Destouches, *Debray*, Grenaudier, Couturier, Granet, Mangini,
261. Flot, Delpérier, Girot, *Wallon* (Emile), *Solente*, Clément (Jean), Dambier, Levassor, Mornet, Sarles,
271. Monot, Azalbert, Lerond, Thin, Wahl, Doiteau, Lotte, Bidermann, Oury, Durand (Paul),
281. Roullet, *Marceron*, Pissavy, Berthier, Risterucci, Lubin, Chevallier (Marc), *Aumont*, *Aris*, *Chalet*,
291. Dubranle, *Théodoresco*, Jacquet, Ménégaux, Pasquier, Le Coulm, Gasiglia, Hériard, Bonnecaze, Péronne,
301. Faure (Henri), Delotte, *Rousseau* (Pierre), de Peretti della Rocca, Mlle Déjerine, MM. *Delmas*, Cogné, Comet, Jondeau, Surmont,
311. Durand (Jean), *Ménard*, Longepierre, Carréga, Mlle Wolff, MM. *Génin*, *Grellety-Bosviel*, *Walser*, David, Lafoucade-Cortina,
321. Largeau, Mérat (Pierre), Mme Génin, MM. *Jousseaume*, Robin (Victor), *Le Chaux*, Longchampt, Marty, Laban, *Phélippes de la Marnierre*,
331. *Lestocquoy*, Courtin, Mathieu (Pierre), Servel, Triboulet, Billard, George, Demerliac, Raoul, Dumas (Jean),
341. Lepaumier, Baranger (André), Pareux, Dalsace (Jean), *de Brun du Bois Noir* (Roger), *Marchal* Gourney, Blanche, Barreau, Hillemand,
351. Louet, Poumailloux, Lévy (Maurice), Olry, Forgeron, Bouttier, Lemonnier, Huguenin, Oblin (Robert), Moubarin,
361. Ribardière, Adam, Soulas, Rousseau (Julien), Bouchard, Bruant, *Veil* (Prosper), Kalt, Valence, Renardier,
371. Farret, *Lanos*, Fèvre, Dufestel, Raiga, Béclère, Leflaive, Dossot, Marassi, Ladroitte,
381. Hudelo, Giet, *Huas*, *Vesselle*, Guillet, Gardot, Breuillé, Lévy (Max), Mlle Pommay (Suzanne), MM. Iselin,
391. Decoularé-Delafontaine, Barois, Chapplain, *Lebée*, Brulon, Célice, Bertrand (Yves).

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 13 octobre. — Question donnée : « Signes et diagnostic de la cirrhose de Laënnec. »
MM. Bucquet, 13; Buffler, 14; David (Eugène), 14 1/2; Daussy, 7 1/2; Davoigneau, 8; Cauchy, 16 1/2; Breton (Pierre), 15 1/2; Chevallier (Jean), 8; Colin (André), 18 1/2; Charpentier, 14 1/2; Decourt, 17 1/2; Bouvet, 14 1/2; Davé, Chatagnon et Chaperon, 16; Camail, 14; Célestin, 13; Contant, 14; Bouvier, 8.

Séance du 14 octobre. — Question donnée : « Signes, diagnostic et traitement des hémoptysies. »
MM. Couturat, 17; Contal, 7; Chiffre, 14; Coudray, 13 1/2; Carteaud et Dauphin, 14; Chassaigneux, 15; Courtois, 13; Gnudde, 12; Cailleux, 10; Dimitracoff, 16; Devois, 13; Fournier, 9; Chapuis (Jean), 8; Denier, 9; Bernard (A.), 11 1/2; Escande, 17; Beau, 16.

Anatomie. — Séance du 13 octobre. — Question donnée : « Le muscle diaphragme et ses orifices (sans les rapports et la physiologie). »
Mlles Lamy, 13; Maas, 16; MM. Mailley, 15; Lortsch, 13; Mackiewicz, 13 1/2; Macon, 17; Lefebvre (André), 9; Leviez, 17; Mlles Le Grand, 17 1/2; Levin, 19; MM. Lefèvre (Henri), 10; Lecœur (Pierre), 18; Levesco et Loussat, 10; Lecœur (Marcel), 12; Laroche, 14; Lévy-Neumand, 18; Mlle Lévy, 15 1/2; M. Lelong, 17.

Séance du 14 octobre. — Question donnée : « Artères de la main. »
MM. Magnein, 9; Le Conte des Floris, 18; Magnan, 10; Le François, 4; Jalinques, 8; Mlle Lequin, 10; M. Leclainche, 14; Mme Lerebour, 13; M. Marie, 3; Mlle Javanovitch, 5; MM. Markavitch, 7; Remeuf, 11; Lefèvre (Pierre-Marie), 15; Queuza, 9; Ombrédanne, 8; Lichtwitz, 13; Quereilhac, 16; Minet, 8; Martin (Robert), 16; Ravier, 17.
Séance du 16 octobre. — Question donnée : « La veine jugulaire interne. »
MM. Michaux, 13 1/2; Tournier, 13; Paillard, 7; Rabinovitch, 3; Heilly, 17; Mme Henry, 11; MM. Gricouroff, 16; Grinda, 14; Guérin (A.), 13; Harbuger, 14; Guérin (Paul), 14 1/2; Guillot, 13 1/2; Hazemann, 11; Hellmann, 5; Mlles Hébert et Hendlé, 16; MM. Gued, 8; Guichard, 7.

HOPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — *Concours de l'internat.* — Jury : MM. Cabannes, Rocaz, Lacouture, Desqueyroux et Parcelier. — Questions écrites : « Vaisseaux du gros intestin. — Physiologie du gros intestin. — Formes cliniques de l'occlusion intestinale (sans le traitement). »
Concours de l'externat. — Jury : MM. Villar, Dupérié, Lafond-Oré, Loubat et Creyx.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — M. le Dr Raynaud (Lucien), inspecteur général des services d'hygiène et de la protection de la santé publique, chef du service sanitaire de l'Algérie, est nommé délégué du ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales pour contrôler et diriger l'équipe mobile des épidémies dans les conditions prévues aux articles 4 et 6 du décret du 5 octobre 1920.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX. — *Ophtalmologie.* — Dr Cantonnet (hôpital Cochin) : *A.* Cours de vacances. Jusqu'au 31 octobre, tous les jours, à 9 h. 1/2, ophtalmologie élémentaire à l'usage du non spécialiste. Consultation expliquée. Présentation d'affections oculaires courantes. — *B.* Premier semestre 1920-1921 : 1° ophtalmologie élémentaire, tous les jours, à 9 h. 1/2, consultation expliquée, présentation d'affections oculaires courantes, opérations; 2° conférences pratiques d'ophtalmologie, série de dix conférences, présentations de malades, de projections, de pièces, les mardis, jeudis, samedis, à 14 h. 1/2. Une série commencera le mardi 16 novembre 1920, une autre série commencera le mardi 15 février 1921. Ces conférences sont gratuites. S'inscrire à Cochin. 3° La rééducation des strabiques, série de quatre leçons, les jeudis 13, 20, 27 janvier et 3 février 1921, à 10 h. 1/2.
Dr Morax (hôpital Lariboisière) : Samedi, à 10 h. 1/2, cours de séméiologie oculaire.
Dr Poulard (hôpital Necker et hôpital des Enfants-Malades) : *A.* Enseignement clinique. Mardi, jeudi, samedi, à 9 h., examen des malades; mercredi et vendredi, à 9 h., opérations. Les élèves sont exercés à l'examen et au traitement des malades. — *B.* Conférences. Douze conférences d'ophtalmologie pratique en janvier, six conférences en juin. Ces conférences ont lieu dans le service d'ophtalmologie les lundis, mercredis et vendredis, à 2 h. 1/2. Elles sont gratuites. — *C.* Enseignement complet de l'ophtalmologie. Un enseignement complet de l'ophtalmologie est fait au cours de l'année en collaboration avec les Drs Morax, Rochon-Duvigneaud, Dupuy-Dutemps, Magitot, ophtalmologistes des hôpitaux (voir programme).
Accouchements. — Drs Rudaux et Le Lorier (maternité de Boucicaut) : Mardi et samedi, à 10 h., leçons de pratique obstétricale; jeudi, à 11 h., consultation de nourrissons.

RENSEIGNEMENTS

562. — **DACTYLO**, connaiss. parfait. termes médic., dem. trav. Sér. référ. — Mme BONNETAIN, 13, rue Séguier, Paris.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE L'ÉCOULEMENT NASAL DE LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN ET DE LA RHINOHYDRORRHÉE

(A PROPOS D'UN CAS D'ÉCOULEMENT NASAL APRÈS BLESSURE DU SINUS FRONTAL)

PAR MM.

H. ROGER et G. AYMES

Professeur de clinique neurologique — Chef de clinique

à l'École de médecine de Marseille.

A la suite de lésion spontanée ou traumatique, soit du sinus frontal, soit de la région avoisinant la lame criblée de l'ethmoïde, s'installe parfois pendant un temps plus ou moins long, un écoulement par le nez de liquide d'apparence limpide, se différenciant nettement de la sécrétion purulente habituelle.

Ce liquide clair peut avoir deux origines :

1° Ou bien il s'agit de *rhino-hydrorrhée pure*, de liquide directement sécrété par la pituitaire. C'est un coryza chronique à liquide clair, coryza lié à une lésion locale ou diffuse de la muqueuse des fosses nasales et des cavités annexes.

2° Ou bien c'est du *liquide céphalo-rachidien* qui, à travers une fissure accidentelle de la lame criblée de l'ethmoïde ou du sinus frontal, filtre jusque dans les fosses nasales.

La cause de cette fissure anormale est parfois exocranienne (polypes des fosses nasales ayant érodé la base du crâne), le plus souvent endocranienne (tumeur cérébrale), plus rarement elle a pour cause une lésion traumatique ou inflammatoire de la paroi cranienne elle-même.

L'un de nous a eu l'occasion d'observer avec notre confrère et ami le Dr Sarradon un vieillard chez lequel un curettage un peu énergique de polypes nasaux pratiqué par un oto-rhino-laryngologiste avait érodé la lame ethmoïdale, provoqué l'écoulement nasal de liquide céphalo-rachidien, puis l'infection des cavités sous-arachnoïdiennes, infection qui, après une longue et grave évolution et de multiples traitements, se termina d'ailleurs par la guérison.

Waston William a publié récemment un cas de rhinorrhée cérébro-spinale à la suite d'une ethmoïdite et d'une suppuration du sinus frontal (1).

Il est certain qu'un assez grand nombre d'anciens cas décrits sous le nom d'hydrorrhée nasale n'étaient autres que des écoulements de liquide céphalo-rachidien dus à des lésions intracraniennes. Par une réaction exagérée la tendance actuelle est de considérer cette dernière éventualité comme la plus vraisemblable en présence de tout écoulement nasal à liquide clair.

L'observation suivante montre, après bien d'autres, les difficultés de diagnostic différentiel et la nécessité de réserver toujours une place à la rhino-hydrorrhée nasale.

(1) Waston William. Rhinorrhée cérébro-spinale à la suite d'une ethmoïdite et d'une suppuration du sinus frontal, *Journ. of laryngol. et otol.*, déc. 1913.

Blessure du sinus frontal, vertiges, céphalée. Hydrorrhée nasale intermittente a liquide clair. — Gueri... (Jean-Baptiste), âgé de 43 ans, cultivateur.

A. P. — Pas de syphilis. Marié. Un enfant mort à 4 mois; 3 autres enfants en bonne santé.

Mobilisé le 2 août 1914, Gueri... est blessé le 20 juin 1915, à la région frontale au-dessus de la racine du nez, sur la ligne intersourcilière par éclat de bombe. Perte de connaissance de 1 heure à 2 heures. Epistaxis. La trépanation montre une fracture de la paroi postérieure du sinus frontal.

Envoyé à Marseille, au Centre neurologique en *juillet 1916*, il est réformé temporaire, le 24 novembre 1916, avec gratification de 20 p. 100.

En *juillet 1919*, il est proposé pour une pension d'invalidité de 10 p. 100 par le Centre spécial de réforme de Bastia.

Il fait une demande de revision de pension et est hospitalisé au Centre neurologique (hôpital militaire), Marseille.

Etat actuel. — Février, mars 1920. — Le malade accuse de la céphalée frontale, des vertiges qui surviennent quand il se penche en avant et qui empêchent le travail dans la position courbée. Cette position entraînerait une sensation de tension au niveau de la blessure.

Ces vertiges existeraient depuis le traumatisme et se seraient accentués depuis les essais de reprise du travail. Ils s'accompagnent de modification du caractère, plus grande irritabilité d'une part, et dépression psychique du type neurasthénique d'autre part, sans troubles de la mémoire.

En outre, le malade se plaint d'un écoulement nasal qui s'exacerbe à certaines périodes pendant lesquelles il est obligé de se moucher continuellement, ayant toujours une goutte de liquide qui lui perle au bout du nez.

A *l'examen*, on constate une dépression osseuse transversale de 3 cm. de diamètre, siégeant au niveau de la région frontale médiane au-dessus de la racine du nez, dépression comblée par du tissu fibreux, sans pouls cérébral ni impulsion méningée à la toux, même dans la position penchée en avant.

La pression de la cicatrice paraît légèrement douloureuse ainsi que celle du sus-orbitaire (les nerfs sous-orbitaire et mentonnier restant indolores). L'exploration de la sensibilité superficielle montre une hypoesthésie au tact dans le territoire du sus-orbitaire.

L'examen du système nerveux ne décèle aucun signe de lésion organique de la voie pyramidale ni cérébelleuse, ni de troubles des fonctions labyrinthiques : pas de Romberg sur 1 ni sur 2 pieds.

La vision est bonne, les pupilles sont égales, régulières et contractiles. L'audition est conservée.

Le liquide céphalo-rachidien ne présente ni hyperalbuminose ni hypercytose.

Durant le séjour du malade à l'hôpital nous assistons à une crise de rhinorrhée. Il s'écoule par les narines un liquide clair dont en 3 ou 4 heures nous recueillons une trentaine de centimètres cubes ; à la surface de ce liquide surnage quelques filaments de muco-pus jaunâtre. Le liquide cesse de couler dans la position couchée. L'écoulement est intermittent.

Etant donné le caractère limpide de ce liquide, on pouvait se demander s'il ne s'agissait pas d'écoulement de liquide céphalo-rachidien par le nez. Le traumatisme, ayant intéressé la paroi postérieure du sinus frontal, pouvait avoir laissé, soit à ce niveau, soit au niveau de la lame criblée de l'ethmoïde, une fissure faisant communiquer les fosses nasales et les espaces sous-arachnoïdiens. Les quelques filaments de muco-pus surnageant à la surface pouvaient être liés à la souillure due au passage à travers les fosses nasales irritées par cet écoulement. Il pou-

vait, d'autre part, s'agir d'un simple coryza à poussées subaiguës récidivantes, entretenu par la blessure frontale.

Les classiques indiquent comme signes qui permettent de différencier la rhino-hydrorrhée de l'écoulement du liquide céphalo-rachidien les données suivantes :

a. En faveur de l'hydrorrhée nasale : l'existence de symptômes précédant l'accès (chatouillement, picotement, éternuement) ou l'accompagnant (larmoiement, photophobie); l'irrégularité de l'écoulement qui apparaît et disparaît sans retentir sur l'état général, qui est sujet à de grandes variations de quantité et cesse pendant le sommeil; l'écoulement par les deux narines; l'examen rhinoscopique positif.

b. En faveur de l'écoulement du liquide céphalo-rachidien : l'absence de symptômes nasaux concomitants, l'existence de symptômes craniens (troubles oculaires, altération des nerfs craniens), la continuité de l'écoulement qui persiste jour et nuit ou dont l'arrêt provoque une accentuation des troubles encéphaliques; l'écoulement par une narine; l'examen rhinoscopique négatif.

Chez notre malade l'irrégularité de l'écoulement était en faveur de l'hydrorrhée, ainsi que l'écoulement par les deux narines, mais l'absence des symptômes concomitants, l'existence à la rhinoscopie d'une irritation nasale unilatérale gauche rendaient le problème délicat et difficile à résoudre par les seules ressources cliniques.

Avis fut demandé à notre collègue oto-rhino-laryngologiste, le Dr Molinié, auteur d'un remarquable rapport sur l'hydrorrhée nasale (*Soc. franç. d'oto-rhino-laryngol.*, 1901). Après avoir indiqué une assez forte hypertrophie de la muqueuse nasale gauche, avec hypersécrétion muco-purulente, l'intégrité du sinus frontal droit et la possibilité d'une affection du sinus frontal gauche, M. Molinié conclut que l'analyse chimique du liquide nasal permettra seule de donner une certitude au sujet de l'origine du liquide.

Les analyses de liquide céphalo-rachidien écoulé hors du crâne par le nez (1), par l'oreille (2), par le rachis (3) sont actuellement assez nombreuses. Quoique le liquide céphalo-rachidien soit pollué par le produit de sécrétion des muqueuses nasales qui donne au liquide recueilli quelques-uns des caractères propres de ces humeurs, on pourra, d'après Mestrezat (4), auquel il faut toujours se rapporter en ce qui concerne la chimie du liquide céphalo-rachidien, caractériser un écoulement vrai du liquide céphalo-rachidien d'après les trois données suivantes :

1° Taux des cendres compris entre 8 et 9 g.;

2° Taux élevé des chlorures, 7 à 8 g.;

3° Présence de matière réductrice.

Chez notre malade voici le résultat de l'analyse du liquide nasal tel qu'il nous est communiqué par le Dr Lafond.

Après élimination du mucus par l'acide acétique :

Albumine : 0 (louche, à peine sensible à l'acide trichloracétique + B).
Sucre : 0 (aucune réduction au Fehling).
Urée : 0 (pas de dégagement à l'hypobromite).
Extrait : 6g50.
Chlorures : 6g40 (NaCl).

Cette analyse demande quelques commentaires. L'absence d'albumine, après élimination de la mucine, n'est pas en faveur de l'écoulement du liquide céphalo-rachidien, de même l'absence de sucre (car si l'infection peut diminuer le sucre rachidien elle ne le fait pas complètement disparaître). Enfin, l'extrait est bien inférieur à celui du liquide céphalo-rachidien qui est habituellement de 10g90; or, le liquide céphalo-rachidien, en filtrant à travers la lame criblée ethmoïdale ne pourrait que s'enrichir en extrait plutôt que s'appauvrir.

Le chiffre relativement élevé de chlorures (6,4), quoique inférieur à celui du liquide céphalo-rachidien normal (7-0, 7-3) est plutôt en faveur d'un écoulement inflammatoire plus ou moins pollué par les larmes.

Quant au point de départ de cette rhino-hydrorrhée, il faut sans doute le rechercher dans une irritation de la muqueuse du sinus frontal gauche consécutive au traumatisme.

(1) Vigouroux. Ecoulement du liquide céphalo-rachidien par les fosses nasales, *Presse méd.*, 1909, p. 345.

(2) Gatteschi. *Arch. ital. d'otol.*, 1913, p. 11-18. — Aboulker. *Congrès franç. d'oto-rhino-laryngol.*, 6 mai 1913. — Rault. *Th. de Paris*, 1913, n° 221. — F. O. Malley. *Proc. of the royal Soc. of med.*, sect. d'otol., 18 mai 1917.

(3) Sarda. Des grandes pertes de liquide céphalo-rachidien, *Th. de Montpellier*, 1912.

(4) Mestrezat. *Le Liquide céphalo-rachidien normal et pathologique*, 1911, Paris, Maloine.

XXIXe CONGRÈS

DE

L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Tenu à Paris du 4 au 9 octobre 1920 (1)

DEUXIÈME QUESTION

ULCÈRE DE LA PETITE COURBURE DE L'ESTOMAC

Les deux rapporteurs se sont ainsi partagé l'étude de la question : M. Delagénière a traité l'anatomie pathologique et la technique opératoire; M. P. Duval, les symptômes, la radiologie et les indications des divers modes de traitement.

Rapport de M. Delagénière (du Mans).

I. Anatomie pathologique. — L'ulcère de la petite courbure, qui, d'après la statistique de l'auteur, est le plus fréquent après celui des régions pylorique et prépylorique (37,5 pour 100 cas d'ulcères gastriques), se présente sous deux formes, selon qu'il est aigu ou chronique.

Ulcère aigu. — L'ulcère aigu n'a pas dans cette région un type spécial. Exulcératio simplex de Dieulafoy, c'est, comme l'a dit Lecène, une plaque de nécrose hémorragique qui a subi l'autodigestion et qui est souvent difficile à découvrir à l'autopsie comme au cours de l'intervention chirurgicale. On peut sans doute ranger dans cette catégorie quelques ulcères perforants à marche rapide dont le premier symptôme est la perforation; en pareil cas, il n'y a ni adhérences, ni induration, ni épaississement des bords de l'ouverture.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 86, p. 1372, et n° 87, p. 1387.

ULCÈRES CHRONIQUES. — Ceux-ci doivent être divisés en ulcères simples et calleux.

1° *Ulcère simple ou rond. — Etude anatomique.* — Du côté de la muqueuse on trouve une petite ulcération à bords modérément épaissis, à fond lisse, dépourvue de muqueuse. Du côté péritonéal, la séreuse est dépolie, congestionnée avec points rougeâtres, œdémateuse, elle présente parfois un aspect cicatriciel. Les ganglions de la petite courbure sont volumineux, mous, mobiles.

A l'ouverture du ventre, l'estomac a gardé sa forme habituelle, ce qui frappe c'est la disposition du petit épiploon, infiltré, coiffant la petite courbure et adhérant souvent au point qui correspond à l'ulcération. En palpant ce point on sent un épaississement et en invaginant la paroi on peut percevoir avec l'extrémité du doigt la petite cupule que forme l'ulcération du côté de la cavité gastrique.

Etude histologique. — La muqueuse est brusquement interrompue au niveau de l'ulcération, la perte de substance peut d'ailleurs intéresser toutes les tuniques de l'estomac. Les parois de cette ulcération sont généralement inclinées en biseau. Le fond, de nature variable, net et lisse, est parfois recouvert d'un tissu de nécrose fibrinoïde. Lésions artérielles fréquentes et connues. En dehors de l'ulcère, il existe de la gastrite mixte, aiguë ou subaiguë.

2° *Ulcère calleux. — Etude anatomique.* — L'ulcère calleux est la forme la plus caractéristique, on ne le rencontre guère qu'au niveau de la petite courbure et du pylore.

Examiné par la muqueuse il offre les caractères suivants : bourrelet annulaire, quelquefois ovalaire, de même hauteur partout ou moins élevé du côté du pylore (Michaud), dur comme du cartilage ; dépression profonde de 2 à 3 cm., bordée par la muqueuse stomacale froncée et dont le fond lisse est arrondi ou ovalaire à grand axe dirigé dans le sens de la petite courbure.

Extérieurement, l'ulcère se traduit par une tumeur rétractée plus ou moins volumineuse. Quand l'infiltration s'étend à une portion des deux faces de l'estomac, la lésion porte le nom d'ulcère en selle ; circonscrivant les deux faces l'ulcère est dit annulaire ou médiogastrique; enfin, l'ulcère géant occupe la presque totalité de l'estomac. La surface péritonéale de la tumeur est souvent irrégulière, bosselée, blanchâtre avec piqueté rougeâtre ou jaune et œdémateux. La déformation est augmentée par les adhérences qui sont, tantôt lamelleuses et minces, tantôt solides et dures, fixant l'estomac au foie, aux voies biliaires, au pancréas, au duodénum. Les ganglions proprement inflammatoires de l'ulcère sont mous, rouges, mobiles et s'opposent aux ganglions petits, durs et blancs du cancer. On les trouve au niveau de la petite courbure et dans les régions sous et rétropyloriques. Cette dernière localisation assez singulière s'explique peut-être par les petites ulcérations juxtapyloriques que Weiss et Hamant ont constatées dans les cas d'ulcères calleux de la petite courbure. Et s'il en était toujours ainsi l'adénopathie sous et rétropylorique serait une indication à pratiquer, soit la résection de la portion stomacale sous-jacente à l'ulcère, soit au moins l'exclusion du pylore.

Les *complications* de l'ulcère sont fréquentes et importantes au point de vue anatomique. On observe des rétractions sténosantes pyloriques ou médiogastriques. Le pylore peut être attiré et déformé, c'est une fausse sténose qui devient réelle quand l'infiltration a envahi les tissus juxtapyloriques. Si la rétraction porte sur la région médiogastrique, elle amène une biloculation de l'organe mais ici il faut distinguer deux variétés : dans l'une l'ulcère rétractile attire concentriquement la paroi sans que celle-ci soit réellement malade en dehors de la lésion, dans l'autre la biloculation est due à la destruction progressive et incessante de la paroi.

La perforation est rarement ouverte, libre, en cas d'ulcère calleux. On observe beaucoup plus souvent la perforation fermée et isolée, cause d'adhérences périphériques et d'abcès localisés ou étendus aux régions sous-hépatique et sous-phrénique. La perforation peut être fermée par un organe voisin. Lorsque l'ulcère pénètre dans un de ces organes, il est dit pénétrant ou térébrant. La pénétration se fait dans le petit épiploon, dans le ligament suspenseur du foie, dans la paroi abdominale qui peut être tout entière traversée, dans le pancréas souvent atteint de pancréatite réactionnelle différente de la pancréatite d'origine biliaire, dans le foie dont les parties les plus fréquemment envahies sont le lobe de Spiegel et la face inférieure du lobe gauche.

L'ulcéro-cancer est une question particulièrement intéressante au point de vue chirurgical. S'agit-il d'une dégénérescence cancéreuse de l'ulcère, d'une coïncidence du cancer et d'ulcère ou d'une confusion, certains cancers pouvant prendre l'aspect d'un ulcère calleux? Tout d'abord la transformation cancéreuse de certains ulcères existe indubitablement, Kummer et Tuffier en ont publié des cas qui ne peuvent être contestés. Mais il serait utile de savoir dans quelles proportions les ulcères calleux de la petite courbure sont de nature maligne, et les statistiques donnent à ce point de vue les chiffres les plus divergents de 6 à 71 p. 100, probablement parce qu'elles sont basées sur des classifications différentes. Delagénière, sur ses 20 derniers cas d'ulcères calleux, a eu 9 ulcères calleux simples, 4 ulcères cancérisés et 7 cancers ulcérés, soit 11 cancers sur 20 cas, soit 55 p. 100 et 20 p. 100 seulement si l'on élimine les cancers ulcérés qui, théoriquement, représentent une lésion différente, mais, pratiquement, ne peuvent être différenciés de l'ulcère par le simple examen macroscopique. A cause de l'incertitude qu'il y a donc toujours au sujet de l'ulcère calleux, il faut donc logiquement en pratiquer l'exérèse. Le moyen de diagnostic immédiat proposé par les Mayo, l'examen histologique extemporané d'un fragment de la tumeur ou d'un ganglion, est insuffisant, car dans un ulcère dégénéré on n'est pas sûr, à l'aide d'une seule coupe, de découvrir les éléments cancéreux.

Etude histologique. — En coupe la paroi de l'ulcère calleux est formée de trois couches : la première, du côté de la cavité gastrique, est composée de débris cellulaires et de tissus dégénérés; la seconde est faite de tissu conjonctif plus ou moins dense dans lequel on peut retrouver les tuniques musculaires; la troisième est constituée par la séreuse très épaissie. Les lésions vasculaires sont constantes. La péri et l'endartérite inflammatoires rétrécissent la lumière et aboutissent souvent à l'oblitération complète. En outre, on observe des lésions aiguës consistant en hyperdiapédèse, en manchons lymphoïdes périvasculaires avec envahissement des divers plans pariétaux par des cellules embryonnaires. Les veines très dilatées restent perméables. Quelquefois une mince couche fibrineuse adhère à la paroi tapissée de polynucléaires. Les filets nerveux sont atteints de névrite interstitielle péri et intrafasciculaire.

La muqueuse voisine de l'ulcération présente des lésions de gastrite mixte avec grosse infiltration leucocytaire; l'épithélium de recouvrement et les collets glandulaires très hypertrophiés forment des végétations adénomateuses avec dégénérescence muqueuse.

II. Technique. — La gastro-entérostomie ne peut plus être considérée, sauf de rares exceptions, comme une opération suffisante parce que, dans l'ulcère simple, elle ne suffit pas toujours à amener la disparition des troubles fonctionnels ; parce que, dans l'ulcère calleux, elle ne guérit pas la lésion et laisse le malade exposé à des complications dont la plus grave est la dégénérescence cancéreuse.

Excision de l'ulcère simple. — L'ulcère peut siéger sur le versant antérieur de la petite courbure, sur la petite courbure elle-même dans l'épaisseur de l'épiploon gastro-hépatique ou sur le versant postérieur de la petite courbure. Dans les deux premiers cas l'opération est simple, surtout s'il est possible de placer une pince à coprostase sur l'estomac au-dessous de

l'ulcération. L'excision faite on suture à deux plans. Dans le troisième cas les difficultés sont plus grandes; il faut souvent pratiquer le décollement colo-épiploïque pour découvrir la lésion. On pratique l'excision, soit par la voie postérieure, soit mieux par la voie antérieure en attirant la zone malade à travers la brèche créée par le décollement du petit épiploon. Cette technique est meilleure que l'excision par voie transgastrique de W. Mayo qui ne permet pas, dans de bonnes conditions, de disséquer les adhérences postérieures.

Excision de l'ulcère calleux. — Au point de vue opératoire, il faut distinguer quatre variétés :

1° *Ulcère juxtapylorique.* — Ici la technique ressemble à une pylorectomie pour cancer; on enlève la petite courbure et un segment de la grande courbure à l'aide d'une section gauche très oblique. Pour rétablir la continuité gastro-intestinale, on peut aboucher le duodénum à l'estomac, l'implanter à la face postérieure de l'organe ou, ayant fermé duodénum et estomac, procéder, comme Billroth, à une gastro-entérostomie. C'est cette dernière technique qu'a adoptée Delagénière.

Les lavages préopératoires répétés de l'estomac sont indispensables. Comme anesthésie on emploie une méthode mixte : chloroforme au début, éther ensuite.

Comme instrumentation pas de boutons, pas de pinces à écrasement mais de longues pinces à coprostase de 35 cm. dont les extrémités se fixent par accrochage, aiguilles rondes, fines, demi-circulaires, manœuvrées au porte-aiguille.

L'incision est médiane avec, si besoin est, un débridement transversal allant de l'ombilic au rebord costal gauche. L'opération elle-même comprend 4 temps qui sont : 1° la résection gastrique analogue à une pylorectomie; 2° la fermeture du duodénum; 3° celle de l'estomac; 4° la gastroentérostomie complémentaire à anse courte.

2° *Ulcère calleux en selle.* — C'est une forme qu'on traitait le plus souvent autrefois par la gastroentérostomie, redoutant, après la résection, de ne pouvoir reconstituer le tube digestif. Ici le pylore intact n'a pas besoin d'être réséqué, mais les sections nerveuses au cours de l'opération ont de telles conséquences pour la motilité de l'estomac qu'il est nécessaire de faire la gastroentérostomie capable d'assurer une évacuation régulière.

Il faut d'abord explorer l'estomac, le libérer de ses adhérences antérieures et — grâce au décollement colo-épiploïque — postérieures, puis dégager complètement la petite courbure en sectionnant le petit épiploon. Pour réséquer la tumeur on sectionne, tout autour d'elle, la paroi gastrique en se guidant sur l'index gauche introduit dans la cavité. Afin d'éviter toute contamination, il est bon au début d'aspirer le liquide gastrique et d'introduire des compresses dans l'estomac. Après hémostase on reconstitue l'estomac par suture des bords correspondants de la brèche, en commençant par les parties postérieures, suture totale et sous-séreuse, chacun de ces temps effectué par segments, afin de faire commodément le tour de l'estomac. On termine par l'abouchement intestinal qui est placé sur la région prépylorique postérieure.

3° *Ulcère avec rétraction gastrique en bissac.* — Dans ce cas l'opération logique est la résection segmentaire de l'estomac. Les premiers temps sont semblables à ceux de l'opération précédente. On tâchera en disposant les pinces de les placer avec une obliquité telle que les deux sections de l'estomac aient une longueur à peu près égale, afin de faciliter l'affrontement. Après suture en deux plans on fait une gastroentérostomie complémentaire.

4° *Ulcère juxtacardiaque.* — La technique de cette variété est loin d'être arrêtée. L'auteur a opéré deux cas, le second a guéri mais le premier est mort parce que, le cardia et l'œsophage n'ayant pas été mobilisés avant la résection, les sutures ont été insuffisantes. Il semble donc qu'il soit indispensable, quand l'ulcère est aussi haut placé, de pousser le décollement très loin pour libérer la partie inférieure de l'œsophage sur laquelle une pince sera placée transversalement à 2 cm. au-dessus de la section. Une seconde pince étant placée un peu au-dessous, on sectionne entre les deux et on reconstitue soit par une suture bout à bout, soit par une implantation du cardia ou de l'œsophage dans l'estomac. En pareil cas encore, pour obvier aux inconvénients des sections nerveuses, il conviendrait de compléter l'opération par une gastroentérostomie.

Rapport de M. Pierre Duval.

I. Fréquence. — Les statistiques de Cruveilhier, Martin, Kümmer, Enstermann, Udaondo donnent au sujet de la localisation de l'ulcère gastrique à la petite courbure des chiffres très divers qui oscillent entre 26,8 p. 100 et 63 p. 100. Le rapporteur, d'après sa statistique personnelle, indique 50 p. 100.

II. Symptomatologie. — Le syndrome de l'ulcère de la petite courbure a été individualisé par Mathieu. Il comporte les particularités suivantes : La douleur apparaît plus tôt, moins de 3 heures après le repas, que dans les lésions pyloro-duodénales; elle est exagérée par les efforts musculaires et la station verticale après le repas; la douleur de faim et la sensation de constriction sous-costale sont moins nettes, quand l'ulcère est avancé, par suite des lésions nerveuses; les douleurs deviennent continues parfois très intenses et peuvent prendre le type des crises gastriques du tabès. Le vomissement est plutôt rare de même que la rétention à jeun, celle-ci fait en effet partie du syndrome pylorique qui n'existe que dans un tiers des cas d'ulcère de la petite courbure; d'ailleurs la stase, quand elle existe, peut quelquefois tenir à une atonie de l'estomac au-dessus d'un ulcère plus ou moins sténosant de la partie moyenne. A la palpation on note une contracture du grand droit gauche avec douleur provoquée sous-jacente et irradiation de cette douleur à la région paravertébrale gauche de la 4e à la 10e vertèbre. Comme petits signes particuliers à cet ulcère on a en outre signalé le spasme du cardia, un état nauséeux avec salivation, la bradycardie, le myosis et l'accentuation du réflexe oculo-cardiaque.

III. Radiologie. — Dans cette étude il convient d'envisager à part les modifications de la petite courbure, celles de la grande courbure, l'aspect général de l'estomac.

Au niveau de la *petite courbure* on observe toujours une modification de la ligne qui dans la portion sous-jacente à l'ulcère présente une rectitude anormale tranchant nettement avec la souplesse de la portion cardiaque et dans certains cas une niche diverticulaire dite niche de Haudek.

Alors que la rectitude segmentaire de la petite courbure s'observe dès le début de l'ulcère, la niche est le signe d'un ulcère « extériorisé » ou « perforé bouché ». La niche typique se caractérise par l'horizontalité très nette de l'ombre bismuthée et la bulle d'air sus-jacente. En outre elle est permanente et se retrouve parfois 24 à 36 heures après l'évacuation gastrique, elle est fixe pendant la mobilisation manuelle de l'estomac, elle correspond à la zone de la douleur provoquée, elle peut manquer dans l'examen antéro-postérieur et apparaître en position oblique.

Au niveau de la *grande courbure*, la modification correspondant à un ulcère de la petite courbure est habituellement un spasme localisé qui se traduit par une encoche pourvue des caractères suivants : l'encoche est profonde, arrondie et non en coup de hache; elle est permanente ou bien on peut, par la palpation du point douloureux, en déterminer la formation toujours à la même place; elle siège en face de l'ulcère, c'est-à-dire en regard de l'angulation de la petite courbure ou de la niche de Handek; l'anesthésie générale la fait disparaître mais non les manœuvres d'examens ni même l'atropine ou la paparisine. Cependant on ne peut dire qu'elle impose le diagnostic d'ulcère de la petite courbure car elle n'est pas constante quoique son absence soit exceptionnelle, d'autre part toute irritation localisée de la petite courbure : cicatrice,

adhérence, bride, peut la déterminer, enfin on l'observe sans lésions dans l'estomac biloculaire, fonctionnel spasmodique, où elle a un aspect différent, il est vrai.

Lorsque l'ulcère a envahi les deux faces de l'estomac ou provoqué une rétraction cicatricielle angulaire de la petite courbure avec encoche spasmodique de la grande, l'image radiologique est celle d'un estomac biloculaire qui devra être différenciée de l'image d'une sténose médiogastrique vraie. Dans la sténose mixte, la poche inférieure se remplit la première et n'a pas de niveau ni de poche à air propres, la mobilité de la grande courbure s'oppose à la fixité de la petite, la percussion de la poche inférieure donne du flot sur le niveau supérieur.

L'*aspect général de l'estomac* atteint d'ulcère de la petite courbure est toujours modifié. Dans la majorité des cas il y a atonie avec retard de l'évacuation et dilatation de la poche prépylorique. On ne peut dire encore dans quelle mesure intervient le spasme du pylore, il est en tout cas beaucoup moins fréquent qu'on ne l'avait dit tout d'abord.

En résumé l'*ulcère au début* se manifeste par la rectitude segmentaire de la petite courbure, l'encoche temporaire de la grande provoquée par la palpation, l'évacuation accélérée surtout au début de la réplétion gastrique. L'*ulcère constitué pariétal* détermine la rigidité et la fixité de la petite courbure avec angulation marquée, encoche permanente de la grande courbure et atonie générale de l'estomac. Dans l'*ulcère perforé bouché* on constate outre les signes précédents plus accusés, la niche de Haudek. Enfin quand il s'agit d'*ulcère avec biloculation mixte* on a un aspect de biloculation franche avec réplétion immédiate de la poche inférieure dont le liquide, sous l'influence de la pression, reflue facilement dans la poche supérieure.

IV. Traitement. — Tout d'abord on peut dire qu'actuellement certaines formes ne relèvent que du traitement opératoire, ce sont l'ulcère pariétal confirmé, l'ulcère perforé bouché, l'ulcère avec sténose médiogastrique mixte, l'ulcère compliqué soit d'hémorragies à répétition, soit d'hypersécrétions avec hyperchlorhydrie. Le traitement médical n'est indiqué à titre curatif que dans les formes de début. Mais il est fort utile dans tous les autres cas pour préparer le malade à l'intervention et, plus tard, pour compléter la cure opératoire.

Le *traitement médical* s'inspire des principes suivants : le repos prolongé sur le dos sans mouvement est indispensable pendant une longue période; le travail gastrique sera réduit au minimum par une diète presque complète pendant les crises aiguës et par un régime très sévère plus tard, il ne faut pas oublier que le malade reste longtemps exposé aux récidives; le pansement bismuthé sera administré en position déclive ou latérale droite.

Le *traitement chirurgical* comprend la méthode indirecte, la méthode directe et la méthode mixte. La première est représentée par la gastroentérostomie, la seconde par tous les traitements directs de l'ulcère : excision, etc., la troisième par l'association de la gastroentérostomie avec une action directe quelconque.

On a opposé méthodes directe et indirecte, leurs avantages et leurs inconvénients respectifs; la discussion à ce sujet n'est pas close. Certains chirurgiens comme Kümmer et Küttner proclament encore aujourd'hui la supériorité de la gastroentérostomie. D'autres comme Brenner, Schwarz et Henrovsky qui furent les premiers protagonistes du traitement direct sont revenus à la gastroentérostomie. D'autres encore ont voulu garder la gastroentérostomie en essayant de l'améliorer, soit comme Kocher, Hochenegg, Spannaus par une anastomose plus haut placée, soit comme Baum par une exclusion de toute la partie basse de l'estomac en y comprenant l'ulcère. Mais les partisans de la méthode directe sont de plus en plus nombreux et le rapporteur se range résolument parmi eux. La gastroentérostomie n'a pour elle que sa mortalité très faible, sa facilité, sa régularité d'exécution. Ses résultats, comme les statistiques le prouvent, sont inconstants et dans l'ensemble mauvais. Ce n'est pas une opération curatrice; elle expose à l'ulcère peptique du jejunum; elle laisse subsister la possibilité d'une cancérisation de l'ulcère. Le traitement direct un peu plus grave a tous les avantages inverses et au total il doit être préféré quel que soit la forme de l'ulcère et le moment de son évolution.

Ce traitement direct comprend : 1° l'opération de Balfour; 2° l'excision simple et la résection en selle; 3° la résection transgastrique de W. Mayo; 4° la résection circulaire segmentaire de l'estomac de Riedel; 5° la faltungs tamponnade de Roth.

La *méthode de Balfour*, thermocautérisation suivie d'enfouissement, a une mortalité très faible de 1 p. 100 et donne d'après Balfour 80 p. 100 de bons résultats, 15 p. 100 d'états stationnaires, 4 p. 100 d'aggravations. Un de ses avantages indiscutables est la qualité du fonctionnement ultérieur de l'estomac. La petite et la grande courbure reprennent radioscopiquement un aspect normal. Ainsi le Balfour est l'opération qui donne la guérison la plus complète. Cependant quelquefois, quoique rarement, les troubles fonctionnels tardent à disparaître. Et quand l'ulcère provoque de la rétention gastrique avec hyperacidité, il faut, pour assurer la bonne vidange immédiate de l'estomac ajouter à la thermo-cautérisation, la gastroentérostomie.

Dans les ulcères postérieurs très adhérents, surtout au voisinage du cardia, il peut être utile de faire par voie transgastrique l'excision de la thermocautérisation avec suture endomuqueuse.

L'*excision* de l'ulcère limitée à la lésion elle-même et la *résection en selle* qui enlève un triangle plus ou moins étendu de chaque face gastrique sont deux opérations différentes, la première touche peu à la musculature longitudinale et aux nerfs de l'estomac que divise complètement la seconde. L'excision est moins grave et moins difficile que la résection en selle; s'il y a spasme du pylore il faut la compléter par une gastroentérostomie. La résection en selle au contraire n'a pas besoin de ce complément car sectionnant les nerfs gastriques elle supprime le spasme du pylore, mais elle laisse persister une biloculation radioscopique.

La *résection médiogastrique annulaire* a la mortalité la plus élevée 8 à 12 p. 100, elle est très vantée par Hedlung, Payr et Riedel parce qu'elle permet l'ablation des ganglions et de la zone péri-ulcéreuse et parce qu'elle préviendrait plus sûrement l'apparition du cancer. En tout cas elle a une conséquence invariable, c'est la biloculation gastrique. Mais sur les conséquences de cette biloculation au point de vue fonctionnel, c'est-à-dire au point de vue de l'évacuation, les avis sont très partagés. Pour les uns comme Rednitz, la résection annulaire n'a qu'une influence minime. Kaplan, Stierlin, Kümmel, trouvent l'évacuation postopératoire très accélérée. Kümmer cite des cas où elle est extrêmement ralentie. Pierre Duval base sur l'observation de ses malades l'opinion suivante : dans une première période la section du pneumogastrique entraîne la béance pylorique et l'évacuation précipitée, dans une seconde période le pylore retrouve son automatisme et son fonctionnement normal. Les auteurs se contredisent parce qu'ils ont étudié leurs malades à des périodes différentes.

Dans le « *faltungs tamponnade* de Roth » on plisse la portion pylorique de l'estomac et on la bourre dans la cavité ulcéreuse réalisant une véritable exclusion, après quoi on fait une gastroentérostomie. Diederichs a eu 3 succès sur 5 cas par cette méthode.

Mais comment doivent s'appliquer les diverses méthodes opératoires? Cela dépend du stade et de la forme anatomo-clinique de l'ulcère. L'ulcère au début n'est justiciable que de la destruction locale réalisée par l'excision simple ou peut-être mieux par la méthode de Balfour, l'une ou l'autre d'ailleurs

complétées par la gastroentérostomie quand il y a stase gastrique.

L'ulcère calleux adhérent en arrière avec plaque de gastrite moyennement étendue doit être traité par la résection en selle.

L'ulcère largement ouvert dans le pancréas ou le foie avec large plaque de gastrite et l'ulcère avec sténose médiogastrique mixte appartiennent à la résection médiogastrique annulaire.

Les ulcères postérieurs juxta-cardiaques ou inséparables du pancréas sont justiciables de l'excision ou de la thermocautérisation transgastriques.

A l'ulcère compliqué d'hémorragies répétées convient la méthode de Balfour.

Le traitement médical postopératoire, c'est-à-dire surtout le régime devra être continué en moyenne pendant un an.

Discussion.

M. Kummer (de Genève), qui a employé un peu tous les procédés de traitement chirurgical, apporte une statistique de 43 opérations d'ulcère avec une mortalité de 4 p. 100. Il recommande les interventions précoces et assurant une évacuation aussi normale que possible. Cette dernière condition, qui devra être vérifiée par la radioscopie post-opératoire, donne seule la garantie d'une guérison durable.

M. de Beule (de Gand), traite l'ulcus de la petite courbure non plus par la gastro-entérostémie qui ne lui a donné que des déboires, mais par la résection, avec pylorectomie quand l'ulcère est prépylorique. Il attache une grande importance à certains détails du traitement aussi bien avant que pendant et après l'acte opératoire. Avant l'opération il faut laver régulièrement l'estomac pendant quelques jours pour ne laisser subsister aucun liquide de stase et habituer le malade au passage de la sonde; à la veille même de l'opération, sérum glucosé, et des calmants comme le véronal et la morphine combinés, pour éviter toute dépression, à l'huile camphrée.

Au cours de l'opération il importe de rétablir partout la continuité de la séreuse par péritonisation. Après l'opération les lavages devront être pratiqués même en l'absence de vomissements.

M. Marc Roussiel (de Bruxelles) a traité 21 cas d'ulcères jeunes par la gastroentérostomie avec 19 succès. Il s'est servi presque uniformément de l'anesthésie régionale.

M. Monprofit (d'Angers) est très heureux de constater que le traitement de l'ulcère gastrique devient de plus en plus chirurgical, ainsi qu'il l'avait prévu et annoncé il y a de nombreuses années. L'opération qui lui paraît s'adapter au plus grand nombre de cas est la gastro-entérostomie en Y de Roux, qui ne prédispose pas comme on l'a dit à l'ulcère peptique. Cette complication est évitée quand on suture la muqueuse au catgut. Pour M. Monprofit les écraseurs sont des instruments démodés qui n'ont plus place dans son arsenal.

M. de Martel (de Paris) a créé pour l'écrasement et la fermeture de la brèche gastrique une instrumentation tout à fait différente des anciens écraseurs et qui permet d'opérer plus commodément et plus aseptiquement.

M. Témoin (de Bourges) a traité chirurgicalement 442 ulcus dont un tiers siégeaient au niveau de la petite courbure en comprenant parmi ceux-ci les ulcères prépyloriques. Une telle localisation est excessivement fréquente, sur les 31 derniers cas opérés, 26 occupaient la petite courbure. L'auteur fait remarquer que trop souvent on se contente en clinique du diagnostic d'ulcère alors qu'il serait possible d'aller plus avant et de préciser le siège de la lésion, en tenant compte en particulier de l'intensité des douleurs et du point, correspondant à la petite courbure, où la palpation les réveille. L'opération est facile et rapide quand l'estomac est libre, très pénible au contraire si l'ulcère a déterminé des adhérences et pénétré les organes voisins. M. Témoin n'emploie pas les écraseurs, mais une pince de Delagénière légèrement modifiée. Frappé de ce qu'un grand nombre de ses anciens opérés d'ulcus ont été ultérieurement atteints de cancer pylorique, il traite systématiquement et depuis longtemps tous les cas d'ulcus par la pylorectomie.

M. Hartmann (de Paris) a remarqué que la biloculation et d'ailleurs aussi la perforation étaient notablement plus fréquentes chez la femme. Anatomiquement l'ulcère se développe sur des tissus chimiquement enflammés, aussi est-il vraisemblable que l'infection joue un rôle dans la genèse de la maladie, n'a-t-on pas soutenu d'ailleurs que l'ulcus était dû au streptocoque? M. Hartmann ne croit pas, comme les rapporteurs, que la résection mette à l'abri de toute récidive et qu'il faille complètement abandonner la gastro-entérostomie. Pour sa part il doit à cette dernière opération de beaux succès : une de ses malades opérée en 1903 était toujours bien portante en 1914, et de même il a revu en 1917 parfaitement guérie une femme dont la gastro-entérostomie remontait à 1904. Au point de vue de la technique opératoire l'auteur décrit une incision qui lui donne beaucoup de jour et insiste sur les avantages de l'attitude en hyperextension donnée au malade comme dans les interventions hépatiques.

M. Dujarier (de Paris) pratique la résection dans tous les cas, mais s'il s'agit d'un ulcère au début, il recommande de ménager le plus possible les vaisseaux et les nerfs afin de ne pas troubler le fonctionnement ultérieur de l'organe. La gastro-pylorectomie est indiquée dans les ulcères avancés et très adhérents. La dissection des parties adhérentes est moins difficile et moins dangereuse qu'on ne le croyait à l'origine, on opère dans un tissu de sclérose qui ne saigne pas énormément. D'ailleurs on ne doit pas s'acharner à vouloir enlever le fond de l'ulcère. Les soins postopératoires ont une grosse importance, surtout les lavages de l'estomac qui doivent être pratiqués largement et d'une façon précoce. L'exérèse est d'autant plus indiquée que la proportion des ulcus qui se cancérisent est relativement très élevée, 16,6 p. 100.

M. Victor Pauchet (de Paris). Un ulcus peut être duodénal, gastrique ou jéjunal (secondaire). L'ulcus gastrique siège, pratiquement parlant, toujours sur la petite courbure. Les dénominations de juxta-pylorique, juxta-cardiaque, face antérieure, face postérieure, sont souvent des erreurs d'interprétation. Si on examine les pièces de gastrectomie, pour ulcus, le point de départ est la petite courbure, avec extension vers les orifices ou les faces de l'estomac.

Le *diagnostic* clinique n'est pas toujours aisé. Le syndrome classique (vomissements, douleurs, hémorragies) fait le plus souvent défaut. C'est l'hyperacidité, l'horaire des douleurs par rapport aux repas, l'intermittence des crises avec intervalles de guérison apparente qui constituent le syndrome; l'examen radiographique est d'une utilité capitale. En dehors de lui, deux diagnostics d'ulcus gastrique sur trois sont faux. Les erreurs tiennent le plus souvent aux dyspepsies réflexes dues à la cholécystite, calculeuse, à une coudure de Lane, à l'appendicite chronique, à la ptose, etc... Le diagnostic se fait d'après les déformations de la petite courbure et l'encoche de la grande courbure.

Etiologie. — Elle n'est pas connue d'une façon précise. Mais l'ulcus est favorisé par la mauvaise hygiène générale, la déglutition des liquides trop chauds, les infections des dents, gencives, nez, amygdales, sinus, l'appendicite et la constipation chronique. La tuberculose n'est pas la cause des ulcus, mais souvent elle en est la conséquence, par dénutrition. La syphilis est à rechercher. Le médecin qui soigne ou le chirurgien qui opère, doivent rechercher les causes précédentes pour diminuer les chances de récidive.

Pronostic. — Avant 40 ans, essayer le traitement médical; s'il échoue, opérer. Après 40 ans, opérer toujours, à cause des nombreuses transformations cancéreuses. En effet, l'examen des pièces opératoires montre qu'il y a des cellules can-

céreuses dans 1/10e des cas moyens et dans une proportion beaucoup plus grande des gros ulcus. Il faut donc toujours réséquer ces derniers. Pourquoi faut-il opérer les ulcus chroniques? 1° Parce qu'ils menacent le sujet par l'hémorragie, ou la perforation; 2° parce qu'ils diminuent le rendement vital, social, intellectuel du sujet, parce qu'ils l'exposent à la tuberculose pulmonaire; 3° parce qu'ils se transforment souvent en cancer.

Quelle opération choisir? — La *gastro-entérostomie* efface souvent les troubles mais ne guérit pas l'ulcus. C'est une intervention à conseiller aux chirurgiens qui n'ont pas une très grande expérience de la chirurgie gastrique. Le *brûlage* (Balfour) combiné ou non à la gastro-entérostomie ou à la pyloroplastie a l'avantage de la facilité, de la rapidité, de la bénignité; elle peut convenir aux petits ulcus non calleux, mobiles, non adhérents ou bien aux cas hémorragiques ou perforants, chez sujets faibles. L'*opération de Moynihan* (G-E combinée à la jéjunostomie) est à conseiller aux malades affaiblis et porteurs d'une lésion grave; on peut la compléter par une résection quelques mois plus tard. La *pylorogastrectomie* est, l'opération de choix; l'auteur la pratique depuis 1911. Elle est plus grave que le brûlage. Le brûlage donne 1 p. 100 de morts; la gastrectomie donne 5 p. 100, mais la gastrectomie s'adresse aussi à des cas plus graves.

Complication éloignée. — C'est l'*ulcus secondaire*. L'ulcus peut réapparaître sur la bouche anastomotique ou sur le jéjunum; surtout si on emploie du fil non résorbable; n'employer exclusivement que du catgut; ce n'est d'ailleurs pas infaillible. Après chaque opération, soigner les dents, gencives et toutes les affections causales.

Le nombre des opérations pratiquées par l'auteur pour ulcus gastriques et duodénaux dépassent 700, dont plus de la moitié sont des résections.

M. Lapeyre (de Tours) est partisan de l'exérèse avec gastro-entérostomie.

M. Tisserand (de Besançon) croit aussi à la supériorité de la résection à laquelle il ajoute une anastomose au bouton de Jaboulay.

M. Lambret (de Lille) est loin d'avoir le même enthousiasme que les rapporteurs au sujet de l'efficacité des opérations dirigées contre l'ulcère. L'ulcère gastrique est fort difficile à guérir chirurgicalement car il constitue une maladie dont la lésion locale n'est qu'un élément. La gastro-pylorectomie est la meilleure intervention; le procédé de Balfour est mauvais, c'est une opération aveugle qui expose à laisser un second ulcère sans traitement.

M. Abadie (d'Oran). Sur 54 cas de gastropylorectomie pour ulcère de l'estomac et qui ont donné 52 guérisons et 2 morts, 16 cas concernaient des ulcères de la petite courbure; tous les 16 ont guéri. Pourquoi dans tous ces cas l'auteur a-t-il employé la résection large, comprenant le pylore et parfois une grande étendue de l'estomac, plutôt que d'adopter la résection limitée à l'ulcère ou la thermocautérisation de Balfour, à cause surtout de la grande étendue et de la profondeur des lésions ulcéreuses, des adhérences très serrées avec les organes voisins, de la coexistence d'autres ulcères au pylore. La méthode de Balfour ne semble pouvoir être qu'assez rarement applicable. Dans la chirurgie gastro-intestinale, la méthode de l'écrasement avec enfouissement sans ouverture des cavités offre des avantages et une sécurité indéniables; de même l'emploi des pinces couplées. L'analgésie pariétale associée à la rachianalgésie remplace avantageusement l'anesthésie générale. Il semble opportun, dans la plupart des cas d'ulcère, sinon dans tous, de supprimer délibérément le pylore.

(*A suivre.*) P. CHASTENET DE GÉRY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 8 OCTOBRE 1920)

Sur le traitement des pleurésies purulentes. — M. Maurice Renaud, à la suite du débat qui vient d'avoir lieu au Congrès de chirurgie sur le traitement des pleurésies purulentes et auquel il a pris part, croit utile de noter les changements d'opinion qui se sont produits au cours de ces dernières années. Après avoir rappelé les principales communications faites à ce Congrès, M. Renaud est porté à conclure que le dogme de l'ouverture précoce et large du thorax dès qu'apparaît le pus a cessé d'avoir cours. Les déboires éprouvés, quand on pratique des pleurotomies précoces, s'expliquent par ce fait, que la gravité de la situation au cours des lésions pleuro-pulmonaires aiguës dépend bien plus de l'état du poumon et du cœur que de celui de la plèvre. Bénigne en elle-même, l'ouverture du thorax entraîne de graves conséquences tant qu'il existe des lésions inflammatoires pulmonaires en extension. Elle conduit au collapsus cardiaque et à l'adynamie et prive l'organisme de ses meilleurs moyens de défense. La pleurotomie précoce et large est une opération qu'il faut abandonner. Dans une prochaine communication, M. Renaud prendra l'attitude qu'il est légitime d'adopter.

A l'occasion des difficultés de diagnostic de l'encéphalite léthargique. — MM. Noel Fiessinger et Henri Janet rapportent trois observations curieuses où le diagnostic d'encéphalite fut posé au début et démontré faux ultérieurement. Dans le premier cas, il s'agit d'une hémorragie méningée à rechute et tardivement accompagnée d'hémiplégie. L'examen anatomique et histologique des centres nerveux, l'inoculation des centres du mésocéphale au lapin, démontrèrent qu'il ne s'agissait pas d'encéphalite. Le deuxième cas se manifeste, au début par une paralysie de la 3e paire du côté droit et une paralysie du facial gauche. On croit qu'il s'agit d'une mésocéphalite. L'évolution ultérieure montra qu'il existait en réalité une sarcomatose diffuse avec atteinte des nerfs crâniens. Dans la troisième observation, une granulie commence par une somnolence et une paralysie banale périphérique et ce n'est que plus tard que se dévoile la véritable nature de la maladie.

Dans ces deux derniers cas, le liquide céphalo-rachidien était normal et ne présentait aucune lymphocytose.

Ces faits montrent, une fois de plus, qu'il faut se montrer prudent pour le diagnostic, au début de l'encéphalite dans ses formes frustes et irrégulières.

Etat méningé éberthien primitif à forme léthargique. Autosérothérapie rachidienne. Guérison. — MM. Delabret et Marcandier. Il s'agit d'un syndrome méningé observé au début d'une fièvre typhoïde et diagnostiqué tout d'abord encéphalite léthargique. L'autosérothérapie intrarachidienne fut tentée. Bien que plus tard, l'évolution de la maladie et les recherches de laboratoire aient fait écarter le diagnostic d'encéphalite léthargique, le succès thérapeutique obtenu dans ce cas très grave, sinon désespéré fut complet. Aussi cette méthode semble-t-elle devoir être conseillée dans les états méningés infectieux aigus graves.

Sur un cas de pleurésie interlobaire. — M. Dumitrescu-Mente (de Bucarest) adresse une observation de pleurésie interlobaire avec vomiques abondantes et fétides, traitée avec succès par les insufflations dans la plèvre et les injections intraveineuses d'arsenobenzol.

JURISPRUDENCE

SPÉCULATION ILLICITE EN MATIÈRE DE LOYERS

La loi du 23 octobre 1919 qui a pour objet : 1° de proroger et de modifier l'article 10 de la loi du 20 avril 1916; 2° de proroger et d'étendre les dispositions du décret du 13 août 1919 relatif à l'affichage des prix de vente; 3° de réprimer la spéculation illicite sur les loyers, contient, en ce qui concerne ce dernier objet, un article 6 ainsi conçu :

« Pendant la période d'application de la présente loi, seront punis des peines portées en l'article 419 du Code pénal ceux qui, dans un but de spéculation illicite, soit individuellement, soit collectivement, auront provoqué ou tenté de provoquer la hausse du prix des baux à loyer au delà des taux que représentent l'augmentation des charges de la propriété bâtie et la concurrence naturelle et libre du commerce. »

Avec l'application de la loi du 9 mars 1918, les propriétaires ont déjà vu réduire et même disparaître le montant des créances qu'ils avaient contre leurs locataires pour loyers non payés pendant la durée de la guerre. La loi du 23 octobre 1919 vient mettre une restriction très importante à la possibilité qu'ils ont pu envisager à un moment donné d'augmenter les loyers.

Sans doute, on conçoit que le législateur protège contre des appétits excessifs ceux dont la situation s'est trouvée modifiée du fait de la guerre. Il faut que chacun puisse se loger; il ne faut pas qu'une personne soit exposée à être mise sur le pavé parce qu'un propriétaire, peu soucieux pour autrui des difficultés de la vie, veut lui imposer le paiement d'un loyer hors de toute proportion.

Mais, d'un autre côté, ce n'est pas sans une certaine amertume que le propriétaire voit fondre sur lui toutes les rigueurs de la loi. Il est obligé de s'habiller; or, le tailleur, le bottier, le chemisier lui font les prix qu'ils veulent ; ils ne sont soumis à aucune restriction; le propriétaire comme les autres paie son fournisseur exigeant. Les nécessités de la vie rendent obligatoire l'acquisition d'un certain nombre d'objets; on ne peut s'en passer : il faut vivre et faire vivre ceux dont le propriétaire a la charge.

Rien d'étonnant dès lors que, par tous les moyens, les propriétaires aient cherché à augmenter les loyers de leurs maisons. Certains l'ont fait d'une manière exagérée et malhonnête.

Contre eux, les tribunaux ont appliqué sévèrement la loi. A ce sujet, il nous paraît intéressant de signaler quelques décisions judiciaires pour que l'on puisse se rendre compte des conditions dans lesquelles le texte de loi, que nous avons rappelé au début de cet article, reçoit son application.

La loi réprime la spéculation illicite en matière de loyers; plus simplement, elle empêche l'augmentation excessive des loyers sous toutes formes.

La première forme de spéculation est l'augmentation pure et simple des loyers hors d'une proportion normale. Qui va déterminer cette proportion? La loi reste dans le vague; il résulte de ses dispositions que les tribunaux auront à en faire l'appréciation souveraine. Un jugement du Tribunal correctionnel de la Seine du 28 juin 1920 a considéré comme répréhensible pénalement un propriétaire qui avait majoré de 55 p. 100 en 1919 un loyer déjà augmenté en 1915, cette majoration constituant une augmentation de loyer de 30 p. 100 en sus de l'augmentation des charges.

Une deuxième forme de la spéculation sur les loyers est la vente du mobilier contenu dans l'appartement qui est demandé. Le loyer reste le même que celui précédemment payé; mais on met comme condition à la cession du bail ou à la location l'obligation pour le preneur d'acquérir le mobilier pour un prix très élevé. Le même Tribunal correctionnel de la Seine a prononcé, le 29 mars 1920, une condamnation contre un individu qui cédait son droit à une location, renouvelable, de trois mois, en imposant l'achat des objets mobiliers moyennant 75.000 fr., alors que, de l'avis de l'expert, ces objets mobiliers valaient environ 45.000 fr. seulement.

Signalons, enfin, le cas très fréquent de la location en meublé. Le Tribunal correctionnel de la Seine a condamné, le 1er mars 1920, un hôtelier qui, louant avant la guerre un cabinet 12 fr. par mois, exigea, en octobre 1919, 18 fr. pour cette location, et, en novembre de la même année, 24 fr.; pour forcer le locataire à accepter le prix nouveau l'hôtelier n'avait pas craint d'apposer un cadenas sur la porte pour empêcher son locataire de pénétrer dans sa chambre; il fut condamné à un mois de prison et 1.000 fr. d'amende. De même a été condamné un locataire principal qui, louant un meublé 250 fr. par mois, l'a porté à 300 fr. au mois de septembre 1919, puis, peu de temps après, à 400 fr. De nombreuses autres décisions ont été rendues pour mettre fin à « ces progressions, dit un jugement, non justifiées et incessantes qui sont intolérables. »

Les chiffres qui viennent d'être cités permettent de se rendre compte que les augmentations de loyers doivent être faites d'une manière extrêmement modérée. Ce qui doit motiver l'augmentation du loyer, c'est principalement l'augmentation des charges; bien entendu, celles-ci doivent être établies sérieusement et ne pas comprendre des sommes qui ne seraient pas justifiées par une dépense réelle.

Nous aurons à revenir ultérieurement sur cette question au fur et à mesure que la jurisprudence se fixera. En réalité, en cette matière, c'est le fait qui domine : l'augmentation du loyer doit être appréciée en tenant compte de la nature et de l'importance de chaque immeuble; le taux normal de l'argent doit être pris aussi en considération.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

NOTES POUR L'INTERNAT

EMPHYSÈME PULMONAIRE [1]

Evolution. — L'emphysème évolue très lentement, mais progressivement.

1. PHASE DE TOLÉRANCE. — Elle est de durée variable et passe inaperçue.

2. PHASE DE TOLÉRANCE RELATIVE. — Le malade se plaint d'avoir l'haleine courte, de l'oppression à la suite de marche précipitée. Cette dyspnée d'effort est d'abord passagère, puis elle s'installe d'une façon permanente.

3. GRAND EMPHYSÉMATEUX. — C'est le stade de la période d'état, c'est-à-dire d'emphysème généralisé et confirmé. L'essoufflement est constant, la respiration est courte, la toux quinteuse est pénible, l'expectoration muco-purulente. Les bronchites surviennent à répétition. A l'auscultation des poumons, on trouve le bruit classique du pigeonnier : mélange de râles ronflants, sébilants et muqueux.

D'autres fois, la dyspnée revêt le type d'asthme : ce sont des poussées aiguës, surtout nocturnes, avec apparence d'une crise d'asthme avec suffocation, étouffement et expectoration secondaire. Entre les accès, le malade reste un dyspnéique. Ces deux maladies, asthme et emphysème, se confondent bien souvent et l'on sait que l'emphysème succède fréquemment à l'asthme.

4. PHASE CARDIAQUE. — Mais à la longue, à cet état se surajoute un élément cardiaque : le cœur droit se laisse dilater et il s'établit une asystolie d'origine pulmonaire avec dilatation cardiaque et insuffisance tricuspidienne. Cette asystolie cardio-pulmonaire se caractérise par la cyanose, la turgescence des jugulaires, les œdèmes périphériques, une dyspnée extrêmement vive.

D'ailleurs ces troubles cardiaques vont de l'hyposystolie à l'asystolie aiguë, franche, qui peut emporter le malade.

Complications. — 1. TROUBLES DYSPEPTIQUES. — Les emphysémateux ont fréquemment des troubles gastriques : il s'agit de dyspepsie hyposthénique avec dilatation gastrique, hypochlorhydrie, lenteur des digestions, météorisme abdominal, constipation, hémorroïdes. Ces troubles dyspeptiques peuvent d'ailleurs provoquer, après les repas, des paroxysmes dyspnéiques (pseudoasthme gastrique). Pour expliquer ces troubles, on a invoqué tour à tour la stase veineuse de l'estomac, le ralentissement général de la nutrition, la gêne réciproque de l'expansion gastrique et respiratoire,

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 85, p. 1359, et n° 87, p. 1397.

des réactions nerveuses. On est même allé jusqu'à prétendre que ces divers phénomènes gastro-intestinaux primitifs peuvent, dans certains cas, favoriser le développement de l'emphysème.

2. COMPLICATIONS PULMONAIRES. — La bronchite chronique est fréquente, elle est même fatale à la période avancée de la maladie. Les mucosités stagnent dans les bronches et le courant expiratoire est insuffisant à les expulser.

Les bronchites capillaires et les broncho-pneumonies sont particulièrement graves par le nouvel obstacle qu'elles apportent brusquement à l'hématose.

Enfin des complications mécaniques peuvent survenir : c'est le *pneumothorax*, pur et bénin, qui survient parfois d'emblée chez un homme en pleine santé, et à la suite d'un effort ou d'une quinte de toux. Ce pneumothorax accidentel est dû à la rupture d'une bulle sous-pleurale d'emphysème. Ce n'est la complication que d'un emphysème partiel et rarement d'emphysème généralisé.

L'*emphysème interstitiel* survient à la suite d'efforts, de quintes de toux, et constitue un accident très grave, heureusement rare. Il complique les emphysèmes partiels ou l'emphysème aigu. A l'auscultation, on trouve des râles crépitants à grosses bulles et de l'emphysème sous-cutané.

Emphysème et tuberculose. — La tuberculose serait une complication rare pour les classiques. Pour d'autres, au contraire, la tuberculose pulmonaire serait fréquente : il s'agirait d'une tuberculose à marche lente, fibreuse, curable, véritable tuberculose larvée. Il faudrait même, pour certains, invoquer la tuberculose comme facteur étiologique principal de l'emphysème (Hirtz, Landouzy, Bériel). On a également signalé un certain angonisme entre l'emphysème et les affections valvulaires du cœur gauche.

PRONOSTIC. — C'est une maladie incurable, mais compatible avec une longue survie. Elle peut demeurer stationnaire très longtemps, 10, 20 et même 30 ans, et rester à l'état d'une infirmité peu gênante. Ce qui fait la gravité de l'emphysème, c'est, d'une part, l'état du cœur et, d'autre part, les poussées récidivantes d'asthme ou de bronchite chronique.

Par l'examen radioscopique et la spirométrie, on peut en quelque sorte mesurer le degré de la lésion.

DIAGNOSTIC. — L'emphysème partiel, localisé, n'est qu'une trouvaille d'autopsie ; quant à l'emphysème généralisé, c'est par l'étude de ses symptômes physiques qu'on précise le diagnostic.

1. **En cas d'emphysème localisé au sommet**, le diagnostic peut se poser avec la tuberculose pulmonaire au début, qui donne aussi une diminution du murmure vésiculaire. La radioscopie est ici, d'un précieux secours, mais on n'oubliera pas que l'emphysème peut être un signe de tuberculose arrêtée et guérie.

2. **A la phase des troubles pulmonaires** : le diagnostic se pose avec :

Les crises d'*asthme*, à la fin d'une crise, on peut constater de la distension thoracique, la dyspnée expiratoire, des râles sibilants, de l'exagération de la sonorité, l'inspiration humée, et l'expiration prolongée. Mais tous ces symptômes succèdent à une crise de dyspnée aiguë et passagère. Cependant, on ne saurait d'emblée préciser quelle part revient à l'asthme ou à l'emphysème qui se surajoute fréquemment.

Le *pneumothorax* débute brusquement; il est unilatéral. Le début brusque, l'unilatéralité des lésions, l'existence de bruits surajoutés (bruits métalliques, silence absolu respiratoire, succussion, abolition complète des vibrations) font le diagnostic.

Les *sténoses et compressions trachéo-bronchiques*, s'accompagnent de diminution du murmure vésiculaire, d'exagération de la sonorité, de toux quinteuse, de dyspnée pouvant faire croire à de l'emphysème. Mais le thorax n'est pas dilaté, il y a du cornage, du tirage, et des signes de compressions concomitantes des organes du médiastin.

Ces symptômes attirent l'attention vers la lésion sténosante : anévrisme aortique, adénopathie trachéo-bronchique, etc.

L'*hypertrophie congénitale ou compensatrice du poumon* s'accompagne de dilatation du thorax ; les limites du poumon sont reculées, mais le murmure n'est pas affaibli et la capacité pulmonaire est normale.

Caussade et Leven ont rapporté des cas, dans lesquels certains dyspnéiques tousseurs, ressemblant en tous points à un emphysémateux, n'étaient que des aérophages, dont les gaz gastriques et intestinaux refoulent le diaphragme, rétrécissent la cage thoracique et dilatent la cavité abdominale. L'examen des crachats, l'inspection du nez, une auscultation attentive et l'examen radioscopique permettront de préciser le diagnostic dans ces cas difficiles.

3. **A la phase cardiaque.** — A ce moment-là, il est bien souvent difficile de préciser la nature exacte des lésions : s'agit-il d'une lésion cardiaque primitive, ou d'une lésion rénale ou encore d'un cœur pulmonaire ? L'histoire des accidents peut permettre, cependant, de préciser la filiation des symptômes observés, quoique l'exploration du cœur soit toujours très difficile chez les bronchitiques emphysémateux.

TRAITEMENT. — 1. **Emphysème sans complications.** — Le traitement peut être hygiénique et médical.

On évitera les crises d'asthme, les poussées de bronchite, les sautes brusques de température, les climats humides. Les repas seront modérés, la vie calme.

Entre les poussées, on pourra prescrire de l'iodure et de l'arsenic. Des saisons dans les stations thermales élevées, comme le Mont-Dore, sont à recommander.

On a essayé aussi le traitement kinésithérapique, l'aérothérapie et la pneumothérapie. Le bain d'air comprimé, à 30 cm. au-dessus de la pression atmosphérique, doit être administré avec une extrême lenteur, et dure une demi-heure. La pression reste constante pendant 1 heure et la décompression doit se faire en une demi-heure. Les effets physiologiques du bain d'air comprimé se traduiraient par l'accroissement d'amplitude des inspirations, une durée plus longue de l'expiration et une augmentation de la capacité pulmonaire.

La pneumothérapie se propose de faire inspirer le malade dans un milieu où l'air est comprimé et de le faire expirer dans un milieu où l'air est raréfié (inhalations de Waldenburg). Ce sont là des traitements d'exception.

La kinésithérapie consiste surtout en gymnastique respiratoire pour arriver à donner plus d'ampleur aux mouvements de la cage thoracique. L'hydrothérapie, avec frictions au gant de crin, certains sports (golf, marche, etc.) pourront être utiles.

2. **Au cours de crises dyspnéiques.** — Donner des préparations opiacées, des inhalations d'oxygène, des injections sous-cutanées d'oxygène, de l'iodure à faible dose, les cigarettes de datura, les inhalations de pyridine, les révulsifs thoraciques : ventouses, sinapismes.

3. **A la période de défaillance cardiaque.** — On opposera la médication cardiosthénique : digitale, strophantus, théobromine, caféine et huile camphrée. La saignée pourra trouver des indications.

4. Enfin la théorie de Freund a été le point de départ d'un traitement chirurgical : la chondrectomie, ou résection des 2e, 3e et 4e cartilages costaux, d'un ou des deux côtés du thorax pour lui redonner de la mobilité (Lejars, Lenormant, Tuffier).

Cette opération augmenterait la capacité vitale du poumon, mais les résultats obtenus ne sont pas de longue durée. L'indication de cette intervention n'est pas l'emphysème ou l'asthme, mais la calcification des cartilages costaux qui entraîne la rigidité du thorax.

BIBLIOGRAPHIE. — Outre les traités classiques, nous signalons :

HIRTZ. *Thèse de Paris*, 1878. — CAUSSADE et LEVEN. *Soc. de thérap.*, 27 mars 1912. — BÉRIEL. Les scléroses pulmonaires discrètes tuberculeuses, *Thèse de Lyon*, 1905. — KLIPPEL. *Arch. gén. de méd.*, 1903. — LEJARS. *Semaine méd.*, 6 nov. 1907. — LENORMANT. *Revue de chir.*, 1908. — AMEUILLE. Recherches sur l'anatomie pathologique de l'emphysème pulmonaire, *Thèse de Paris*, 1908. — ROUX-BERGER. Les emphysèmes pulmonaires par thorax dilaté, d'origine cartilagineuse, *Thèse de Paris*, 1911. — HIRTZ et BRAUN. *Progrès méd.*, déc. 1912 et fév. 1913.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 90. — SAMEDI 23 OCT. 1920 — 93e ANNÉE. — SAMEDI 23 OCT. 1920. — N° 90.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 20 octobre. — MM. Mouton et Weill (René), 11 ; Seillé, 10; Teurnier, 8; Ameline, 10; Lautmann, 11 ; Charpin, 7; Chevallier (Henri), 12.

Anatomie. — Séance du 19 octobre. — MM. Thomas, 8; Baranger (Jacques) et Gueullette, 9; Chavany, 11, Chereau, 7; Foucault, 12; Engelhard, 11; Bayle, 12; Bazert, 13; Turpin, 10.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 18 octobre. — Question donnée : « Signes, évolution et traitement de la tumeur blanche. »

M. Weber, 13; Mlle Wachi, 15; MM. Vialard, 19; Worms, 12; Widlocher et Vilenski (André), 16; Verholes, 13; Wolff (André), 14; Mlle Vogt, 16; MM. Violet, 14; Widiez, 13 1/2; Vincent du Laurier, 15; Vernier (Pierre), 12; Mlle Zimmer, 15 1/2; M. Zuber, 14 1/2.

Séance du 20 octobre. — Question donnée : Signes, diagnostic et traitement du chancre syphilitique. »

MM. Vincent, 14 1/2; Bonnemaison, 11; Queuza, 9; Queinnec (Bernard), 16; Maximin (René), 12; Piton, 13; Martin (René), 18 1/2; Ogliastri et Martin (Robert), 16; Petrignani, 18 1/2; Poulet, 14; Mazet et Mauvoisin, 15 1/2; Marot, 13; Mathias, 14; Mary, 12; Pépin-Lehalleur, Paumelle et Piédallu, 11; Mlle Parmentier, 15 1/2; M. Menguy, 12.

Anatomie. — Séance du 19 octobre. — Question donnée : « Configuration de la vessie chez l'homme. »

M. Grenierboley et Mlles Gravier, 14; Henry (G.), 17; MM. Guérin (Henri) et Henne, 12; Gricouroff, 15; Gritty, 8; Garigoux, 18; Garand, 9; Gache, 14 1/2; Deslandres, 9; Fulconis, 8; Desgrez, 11; Girard (Lionel), 18; Girard (Henri), 8; Dessus, 15; Mlle Deschamps, 18; MM. Drouineau, 11; Durand (Marcel), 12; Drouart, 7.

Séance du 20 octobre. — Question donnée : « Omoplate. »

Mlle Desbrousses, 15; MM. Gorostidi, 13; Dubar, 9; Mlle Gaumont, 10; MM. Gomet, 12; Emerit, 15 1/2; Mlle Dolkewitch, 11; MM. Diriart, 13; Dimitracoff, 16; Genieys, 18; Gaguel, 12; Duruy, 14 1/2; Gauch, 7; Dubois, 10; Godart, 9; Ducroquet, 14; Derbyshire et Gloser, 13; Digeon, 5.

HOPITAUX DE PROVINCE. — ANGERS. — Après concours, M. le Dr V. Barbary a été nommé médecin adjoint des hôpitaux.

VAL-DE-GRACE. — Les chaires suivantes viennent d'être créées à l'Ecole d'application du Service de santé militaire du Val-de-Grâce :

Chaire d'expertises médicales attribuée à M. le médecin principal Rieux.

Chaire d'expertises chirurgicales et appareillage attribuée à M. le médecin principal Duguet.

Chaire de radiologie, électrologie, physiothérapie et radiumthérapie attribuée à M. le médecin principal Hirtz.

GUERRE. — MM. Schneider, médecin-major de 1re classe à la direction du Service de santé du gouvernement militaire de Paris, et Boyé, médecin-major de 2e classe à la Commission consultative médicale, ont été désignés comme stagiaires à l'Ecole supérieure de guerre en 1920.

MINISTÈRE DES PENSIONS. — Le *Journal officiel* du 20 octobre publie un décret modifiant la compétence des organismes consultatifs médicaux pour l'attribution des pensions de guerre. Désormais le procès-verbal de la Commission de réforme accompagné de toutes les pièces du dossier sera transmis au ministre compétent qui, après avoir pris l'avis d'un organisme consultatif médical, procédera à la liquidation de la pension.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

(Active.) *Au grade de commandeur.* — M. le médecin principal de 1re classe Provendier.

Au grade d'officier. — M. le médecin principal Letonturier; MM. les médecins-majors Bernard et Heckenroth (des troupes coloniales).

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors Combalat, Christofle, Ehringer, Pillot, Stefanini, Schonsboe,

Thouverez; les médecins-majors Vadon, Allary, Denœux, Morin, Caillet, Montel, Sice, Bablet et Dejean (des troupes coloniales).

(Réserve.) *Au grade de commandeur.* — MM. le médecin principal Gruson et le médecin inspecteur Dupard.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors Benichon, Courtot, Flèche, Hude, Le Lorier, Lescuyer, Liégard, Maître, Merle et Pasquereau.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — Le bureau pour 1921 est ainsi composé : M. Putzeys, président; M. Lentz, 1er vice-président; M. Firket, 2e vice-président.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Audhouy (de Frossay).

NOTES DE PRATIQUE

A PROPOS DE LA MÉDICATION DIGITALIQUE

Par le Dr E. Glaize (d'Alfortville).

L'action physiologique ou pharmacodynamique des extraits végétaux complets diffère souvent notablement des principes actifs correspondants isolés à l'état de pureté, que ces principes soient représentés par des alcaloïdes, comme la quinine, la strychnine, l'atropine; ou par des glucosides, comme la digitaline, la strophantine, l'adonidine, etc. Cette constatation a été faite à maintes reprises depuis plusieurs années; elle a donné lieu à de nombreux travaux scientifiques, et les pharmacologues en ont tiré parti en créant toute une série de préparations qui diffèrent des produits purs isolables de certains végétaux en ce qu'ils contiennent la totalité (ou presque) des éléments actifs de ces végétaux. Il est rare, en effet, qu'un glucoside ou un alcaloïde constitue l'unique principe actif d'une plante; presque toujours il y est associé à un ou plusieurs autres dont l'action physiologique est plus ou moins voisine; généralement aussi, ce ne sont pas deux, trois, quatre alcaloïdes ou glucosides, avec leur individualité chimique bien nette que renferme le végétal, mais un complexe qui, tout en ayant les caractères de chacun de ses composants, les retient cependant plus ou moins solidaires les uns des autres et ne les libère pas, le plus souvent, sans une modification plus ou moins profonde de leurs molécules initiales.

De telle sorte qu'il est maintenant bien établi que ces préparations galéniques nouvelles, qui pourraient apparaître *a priori* comme un recul vers les « simples » de jadis, réalisent au contraire, grâce aux méthodes actuelles d'extraction qui permettent d'en éliminer les substances grossières, nuisibles ou inutiles, pour n'en conserver que les éléments proprement actifs, un incontestable progrès, et ont doté la thérapeutique d'un certain nombre de préparations de tout premier ordre.

Ces données sont maintenant trop connues pour que nous jugions à propos de nous étendre plus longuement sur ce point qui a donné lieu, d'autre part, à d'abondants développements que renferme la littérature médicale de ces dernières années. Nous voudrions simplement apporter ici la relation de deux cas que nous avons eu l'occasion d'observer récemment et qui montrent particulièrement bien, nous semble-t-il, la justesse de vues qui a fait s'orienter la thérapeutique vers cette utilisation de plus en plus large des extraits végétaux complets. Il s'agit de deux malades atteints de cardiopathies graves et traités successivement par la digitaline, la spartéine, le strophantus, puis par un extrait presque total de la digitale, la digifoline. Voici ces deux observations.

Grippe grave avec congestion pulmonaire double. Asystolie, anasarque et foie cardiaque énorme. — Femme de 57 ans. Ancienne cliente que je retrouve après la guerre dans un état extrêmement grave. Cette malade aurait eu, en novembre 1913, une congestion pulmonaire grippale avec rechute grave en décembre : double congestion pulmonaire, dyspnée intense; au bout de quelques jours fléchissement du cœur, œdème des jambes puis anasarque. Le foie avait atteint un volume tel, la malade était si amaigrie et d'aspect si cachectique, que le confrère qui la soignait crut à un néoplasme du foie avec issue fatale probable en quelques jours.

Je vois la malade le 3 février 1919. Aspect très cachectique, œdème énorme du ventre et des membres inférieurs, orthopnée, douleur intense au creux épigastrique, vomissements et intolérance gastrique presque absolue. Râles humides aux deux bases pulmonaires et remontant de chaque côté à l'épine de l'omoplate; cœur en complète asystolie, battements tumultueux dans les vaisseaux du cou. Foie énorme, lisse, atteignant l'épine iliaque antéro-supérieure et remplissant la moitié de l'abdomen. Météorisme et ascite. Urines rares et rougeâtres, très albumineuses. Traitement antérieur : spartéine, digitaline cristallisée, injections de caféine et d'huile camphrée, le tout sans aucune amélioration. Je prescris : diète hydrique, eau d'Evian lactosée, lavements purgatifs, ventouses scarifiées sur les bases pulmonaires et la région lombaire; théobromine, un cachet de 0g50 avec phosphate de soude, toutes les quatre heures; puis, les urines restant rares et le cœur asystolique, vin de Trousseau, lequel est rejeté par vomissements. J'essaie alors digifoline, 0g40 par 24 heures, avec continuation de la diète.

Au troisième jour s'installe une diurèse formidable, 3 litres en 24 heures, l'anasarque diminue rapidement, le cœur reprend un rythme plus régulier, la danse des jugulaires disparaît, la malade, moins dyspnéique, peut rester étendue. On perçoit alors nettement un souffle mitral.

La médication par la digifoline est continuée à raison de 30 puis 20 cg. par jour; l'amélioration va toujours s'accentuant. Au bout de dix jours l'œdème a disparu, sauf aux malléoles, le cœur a repris un rythme tout à fait régulier. Fait très remarquable, diminution graduelle et progressive de ce foie colossal qui n'était qu'un foie cardiaque, comme la suite le montra.

A fin mars, en effet, le régime lacto-végétarien déchloruré ayant été régulièrement observé, plus d'albumine, foie rentré sous les fausses côtes. Le 15 avril la malade entrait en pleine convalescence et depuis son état continue à s'améliorer. Son cœur est redevenu à peu près normal, à part un léger souffle à l'orifice mitral; elle peut vaquer aux soins de son ménage et son état reste bon avec, pour tout traitement, 2 comprimés de 10 cg. de digifoline pendant dix jours par mois.

Tachycardie et arythmie cardiaque avec dyspnée. — Femme de 40 ans, d'aspect trompeur avec teint rosé, embonpoint modéré, mais présentant une irrégularité tumultueuse et vraiment surprenante des battements du cœur; pas de souffle cependant, mais arythmie et tachycardie intenses; dyspnée telle que la malade peut à peine marcher et ne peut rester étendue dans son lit. Léger œdème des jambes, pas d'albumine, pas de goitre. Ces troubles auraient débuté en mai 1917 et furent traités par repos prolongé au lit avec spartéine et gouttes de digitaline cristallisée. Appelé en mai 1919, après un traitement par la spartéine et le bromure de sodium associés à la valériane et au muguet, qui ne donne aucun résultat, j'essaie la digifoline à la dose de 0g20 par 24 heures. Au bout de huit jours, amélioration nette : ébauche de rythme cardiaque, disparition de l'œdème et de la dyspnée. Huit jours après les battements de cœur sont presque réguliers, la malade peut s'étendre et faire quelques promenades. Cette amélioration se maintient depuis, le traitement par la digifoline étant continué à la dose de 0g10 pro die, par périodes de quinze jours alternées avec suspension de dix.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Jeudi 21 octobre. — Jury : MM. de Lapersonne, président; Achard, Carnot et Couvelaire. — M. Alyanakian Hagop (Mikaël). Des causes déterminantes de la kératite interstitielle. — M. Devauchelle (André). Hypertension et hyperglycémie. — M. Bertin-Mourot (Pierre). Contribution à l'étude de la nature syphilitique. — M. Cohn (Joseph). L'angle colique gauche.

REVUE GÉNÉRALE

DONNÉES ACTUELLES
SUR LA
PHYSIOLOGIE DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN[1]

Par Pierre WERTHEIMER.

V. Les voies d'évacuation du liquide céphalo-rachidien. — Une seconde partie du problème que constitue l'étude du céphalo-rachidien est représentée par celle de son évacuation des voies d'écoulement. La conception purement hypothétique de Magendie, suivant laquelle il constitue un milieu stagnant, est abandonnée depuis longtemps. Mais la description des voies d'échappement suppose la mise au point d'une technique précise et sûre.

Technique. — Weed, sous l'inspiration de Cushing, s'est efforcé d'y parvenir. Avant lui, on avait utilisé surtout les granulations en suspension. C'est ainsi que Quincke (2) avait utilisé la poudre de cinabre qu'il injectait dans les espaces sous-arachnoïdiens de la moelle. On s'adressa de même à l'encre de Chine et au noir de fumée. Mais on pouvait à juste titre se demander si l'absorption de granulations insolubles pouvait être identifiée à celle d'un liquide, le rôle de la phagocytose étant, pour les premières, prépondérant, on fit usage également de liquides visqueux; Key, et Retzius en particulier, emploient des masses de gélatine colorées au bleu de Prusse. Mais de telles injections ne peuvent être effectuées que pendant l'agonie ou après la mort; en outre, elles ne passent pas dans les petits vaisseaux, altèrent les éléments cellulaires et par la présence de substances protéiques modifient les conditions normales d'absorption. L'emploi d'émulsions doit être seulement mentionné. Au contraire, les solutions ont une valeur plus grande; on en a employé de toutes sortes : nitrate d'argent (Key et Retzius), bleu de méthylène, fuchsine. Mais toutes apparaissent insuffisantes pour suivre au microscope le mécanisme intime de l'absorption. Par contre, la réaction au bleu de Prusse, utilisée pour l'étude de la fonction rénale, apparut comme le procédé le plus sûr pour suivre les processus d'absorption. L. Weiss (3) l'utilisa pour les milieux oculaires. Reiner et Schnitzler (4), Ziegler (5) s'en servirent pour le liquide céphalo-rachidien. Weed l'adopte en perfectionnant la technique. Il utilise un mélange en quantités égales de ferrocyanure de potassium et de citrate ammoniacal de fer en solution à peu près isotonique. Suivant la formule :

Ferrocyanure de K.......... } *àâ* 0g5
Citrate ammoniacale de Fe ... }
(dans 100 cmc. d'eau distillée).

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 88, p. 1405.

(2) Quincke. Zur Physiologie der cerebrospinal flüssigkeit. *Arch. f. anat. and physiol.*, 1872, p. 153.

(3) Weiss. L. Uber die Abflusswege der Intraoculären Flussigkeit, *Arch. f. ophtalmol.*, 1879, XXV, p. 243.

(4) Reiner et Schnitzler, Uber die Abflusswege des Liquor cerebrospinalis, *C. R. Centralbl. f. physiol.*, 1894, VIII, p. 684.

(5) Ziegler. Uber die Mechanik des normalen und pathologischen Hirndrukes, *Arch. f. Klin. chir.*, 1896, LIII, p. 75.

L'injection est faite pendant la vie ou la période agonique, dans l'espace sous-arachnoïdien de la moelle en introduisant une canule dans la partie inférieure de la colonne lombaire. L'injection doit être effectuée sous une pression très faible (130 à 180 mm. d'eau).

A la fin de l'injection après avoir auparavant enlevé les muscles temporaux, on sépare la tête de l'animal du reste du corps et on effectue une fixation in situ en le plaçant dans une solution de formol à 40 p. 1000 contenant 1 p. 1000 d'acide chlorhydrique. La fixation est effectuée au bout de 24 heures. On fait alors des deux côtés une ouverture à la région temporale et on l'agrandit à mesure que la fixation progresse. On enlève le crâne et la méninge dure; on lave 24 heures dans l'eau courante. On fait alors effectuer après inclusion à la parafine des coupes sériées, qu'on colore à l'hématoxyline et à l'éosine.

On peut également après avoir lavé l'appareil circulatoire avec une solution saline chaude faire une injection intracarotidienne sous une pression de 80 à 150 mm. de mercure. Cette technique de Weed permet des examens microscopiques faciles; l'injection n'est pas toxique. Faite 24 ou 48 heures après la mort elle donne des résultats tout différents; effectuée sous forte pression elle ouvre des voies anormales au liquide céphalo-rachidien et tue les cellules.

Ce n'est pas à dire que ce soit la seule technique actuellement employée. C'est ainsi que Babes et Buia (1) en 1914 auraient employé le mélange de Gerota (émulsion térébenthino-éthérique de bleu de Prusse) qu'ils injectent chez le fœtus dans les espaces sous-arachnoïdiens cérébraux au niveau des trois fontanelles, que, en 1916, Buia et Stepleanu-Horbatsky (2) injectent la même substance dans l'espace périmédullaire. Ce dernier auteur tout récemment rapporte le résultat d'injections de 1 cmc. de bleu de méthylène faites in vivo; elles ont l'avantage de n'utiliser qu'une faible quantité de colorant, donc une pression insignifiante.

L'expérience nous manque pour effectuer un choix critique entre ces méthodes. Une chose certaine est que la technique de Weed a permis à cet auteur des conclusions très catégoriques touchant les voies d'écoulement du liquide céphalo-rachidien. Enfin Dandy a imaginé au cours de ses études sur l'hydrocéphalie expérimentale une méthode en quelque sorte chirurgicale qui trouve sa place dans ce chapitre de technique. Elle consiste à créer des barrages artificiels, à en étudier les conséquences et de celles-ci déduire les zones d'absorption du liquide céphalo-rachidien. Pour ce faire il réalise soit l'obstruction de l'aqueduc de Sylvius, soit l'oblitération d'un ou des deux trous de Momo, soit l'occlusion par formation d'adhérences de cette brèche durale à

(1) A. Babes et I. Buia. Etudes sur la résorption et la circulation du liquide céphalo-rachidien, *C. R. de la Soc. de biol.*, Bucarest, déc. 1914.

(2) V. Stepleanu-Horbatsky. Nouvelles recherches sur la circulation du liquide céphalo-rachidien, *Presse méd.*, 1920, 28 avril, n° 20, p. 254.

travers laquelle passe le mésencéphale. En même temps qu'il établit les bases expérimentales de l'hydrocéphalie, Dandy, par une technique opératoire dont il indique tous les détails, démontre que le liquide céphalo-rachidien est absorbé à peu près uniquement dans l'espace sous-arachnoïdien et que l'absorption ventriculaire peut être considérée comme négligeable.

Mais en réalité les espaces sous-arachnoïdiens ne représentent qu'un stade dans les voies d'échappement du liquide céphalorachidien. Il nous appartient d'en rechercher l'évacuation au delà. Trois voies ont été identifiées que nous pourrions appeler veineuse, lymphatique et nerveuse.

Weed grâce à sa technique montre que dans sa plus grande partie le liquide céphalo-rachidien retourne à la circulation générale par l'intermédiaire des sinus de la dure-mère et accessoirement par les canaux lymphatiques. Pendant plusieurs années à la suite de Key et Retzius on avait admis que le passage dans les sinus craniens s'effectuait par l'intermédiaire des granulations de Pacchioni, mais on comprenait mal que ces formations gratifiées d'un rôle important soient inconstantes, absentes chez les petits animaux, les grands anthropoïdes, les jeunes enfants et toujours d'apparition tardive. Elles apparurent de plus en plus comme des lésions pathologiques et non comme les agents d'un mécanisme normal d'absorption. En réalité les erreurs relevaient surtout de la technique; celle de Weed permit une interprétation plus précise des faits. La méthode de la fixation in situ après injection de ferrocyanure sous faible pression montre le trajet suivi par les granulations. Celles-ci passent à travers les villosités arachnoïdiennes qui sont des prolongements à structure réticulée, de l'arachnoïde dans les parois de la dure-mère. Les corpuscules de Pacchioni seraient en somme des villosités hypertrophiées. De là les granulations passent dans la lumière des sinus. Suivant la pression de l'injection, l'endroit où elle est faite, sa durée, on voit les granulations atteindre les systèmes de la base ou bien la convexité et le sinus longitudinal supérieur. Le liquide céphalo-rachidien passe à travers les cellules arachnoïdiennes et non entre les cellules ainsi que Key et Retzius l'avaient prétendu. Il se fait là un processus de filtration dans lequel interviennent les facteurs d'osmose et de diffusion. Il y a filtration du point où la pression est la plus élevée vers celui où elle est moindre. Weed s'est efforcé de préciser la possibilité d'une voie rétrograde. Sur des chiens anesthésiés, il a sectionné les deux carotides, les deux pneumogastriques, la trachée et appliqué un lien serré sur la nuque de telle façon qu'il a supprimé toute voie de retour au sang des vaisseaux cérébraux et déterminé une congestion des veines cérébrales intense. Après sacrifice de l'animal et fixation in situ il observa dans un seul cas le passage de quelques globules rouges dans les espaces sous-duraux et pas une fois l'envahissement des villosités ou des espaces sous-arachnoïdiens. Par contre les liquides peuvent passer ainsi que le prouve une injection de ferrocyanure faite sous faible pression dans le jugulaire après évacuation du sang par lavage. En second lieu Weed montra que l'absorption est moins rapide lorsqu'on isole les espaces sous-arachnoïdiens craniens de l'espace périmédullaire où est faite une injection. En définitive les constatations de Weed sur le passage du liquide céphalo-rachidien à travers les villosités arachnoïdiennes confirment celles de Key et Retzius avec cette modification que l'évacuation se fait à travers une villosité arachnoïdienne et non à travers les corpuscules de Pacchioni, transformations anormales des villosités. Il n'est point nécessaire d'imaginer un dispositif valvulaire ainsi que Cushing et Kocher en avaient formé l'hypothèse. Il s'agit d'un simple processus de filtration. De même les larges canaux dont Cushing avait en 1900 admis l'existence reliant directement les espaces méningés aux sinus n'existent pas. On comprend ainsi combien facilement l'inflammation de l'arachnoïde peut mettre obstacle à l'écoulement du liquide céphalo-rachidien et peut être aussi, ainsi que le suggère Cushing (1), certaines hydrocéphalies essentielles relèvent-elles de l'absence des villosités arachnoïdiennes plutôt que de malformations portant sur les orifices ventriculaires. Encore devrait-on dans ces cas observer une hydrocéphalie externe et non interne si peut-être une sécrétion choroïdienne exagérée et la rétention ventriculaire n'avaient pour effet d'accoler les hémisphères contre leurs enveloppes empêchant ainsi le développement d'une hydrocéphalie externe. Une démonstration ingénieuse des idées de Weed touchant l'évacuation du liquide céphalo-rachidien à travers les villosités dans les sinus veineux par un simple processus de filtration fut fournie par Wegefarth (2) faisant une assimilation entre les milieux oculaires et les milieux craniens, assimilation sur laquelle nous reviendrons. Il découvre le sinus longitudinal supérieur sur la ligne médiane par une petite incision en respectant le plus possible l'intégrité du squelette. Par un étroit orifice de trépanation il introduit une aiguille dont la pointe est enfoncée dans le sinus dont elle perfore le toit puis la paroi latérale pour être conduite dans l'espace sous-arachnoïdien ou bien à travers le corps calleux dans le 3e ventricule jusqu'à ce que le liquide céphalo-rachidien apparaisse. On en laisse écouler 2 à 3 gouttes. Le chien est sacrifié deux ou trois jours plus tard. En dehors d'un seul cas il n'y eut pas d'hémorragie dans les espaces cérébro-spinaux bien que la communication soit demeurée béante. Inversement une communication étant établie entre les veines du crâne et les systèmes liquides si on produit un abaissement artificiel de la pression les espaces méningés sont inondés par le sang. On avait proposé déjà de draîner les réservoirs du liquide céphalo-rachidien dans les troncs

(1) Harvey Cushing M. D. *Studies in the cerebrospinal fluid and its pathway*. Introduction, n° 1, Boston 1914 (Peter Bent Brigham Hospital and surgical laboratory of the Harvard medical School).

(2) Wegefarth. The drainage of intra-oculer fluids, *Ibid.*, n° 5, p. 129. — The Establishment of drainage of intra-oculer and intracranial fluids into the venous system, *Ibid.*, n° 6, p. 149. — Wegefarth and Weed. The analogous processes of the cerebral and ocular fluids, *Ibid.*, n° 7, p. 167.

veineux de la tête (Gartner (1), Payr (2), Mc Clure (3), en transplantant un segment de veine basilique, mit en relation la jugulaire externe et les espaces liquidiens; Haynes (4) unit par un tube de caoutchouc le sinus longitudinal supérieur et le lac médian de la base. Wegefarth, s'appuyant sur ses expériences, a tenté chez un jeune chat atteint d'une hydrocéphalie interne idiopathique de ponctionner les cavités ventriculaires à travers le sinus longitudinal supérieur. Chacune de ces ponctions sino-ventriculaires fut suivie d'une amélioration et l'animal fut observé pendant plus de 6 semaines. Mais Wegefarth avoue qu'il ignore si le soulagement était dû simplement à la diminution de pression créée par la ponction ou si dans ces cas d'hypertension ventriculaire, l'ouverture du sinus facilita le drainage. Mais, en tout cas, l'ouverture demeurant béante, il n'y eut pas d'extravasats sanguins.

La voie sinusienne, si elle est prépondérante, n'est pas unique. Key et Retzius, après injection de gélatine colorée dans les espaces sous-arachnoïdiens, avaient observé le passage de cette substance dans les lymphatiques cervicaux. Hill (5), utilisant une solution saline colorée par le bleu de méthylène, avait de même noté au bout d'une heure la coloration des ganglions cervicaux. Ainsi apparaît la notion d'une voie lymphatique. Elle ne tarde pas à prendre une place prépondérante. Flatau aurait montré qu'une injection faite dans les gaines périneurales du nerf olfactif du lapin passait directement dans les lymphatiques du nez puis gagnait les ganglions du cou. Sicard (6) déclare qu'après une injection d'encre de Chine poussée dans le liquide céphalo-rachidien, tous les ganglions sont colorés. S'appuyant en partie sur ces faits, Cathelin (7) nie l'absorption par voie veineuse et n'admet que la voie lymphatique, entraîné par ce fait à des déductions dont nous ferons la critique. Dandy et Blackfan (8) avec la phénosulphonephtaléine trouvent la matière colorante jusque dans le canal thoracique. Weed fut d'abord porté à nier la voie lymphatique. Mais ayant introduit dans cette étude l'usage de sa technique telle que nous l'avons exposée il vit à la dissection que les ganglions lymphatiques du cou étaient colorés et plus particulièrement le ganglion rétromaxillaire. En réalité les mots ici perdent de leur valeur. Pour admettre l'existence d'une voie lymphatique véritable il faudrait admettre à la base l'existence d'un système lymphatique dans les espaces méningés. Nous avons déjà discuté sur l'existence de lymphatiques périvasculaires dont Weed ne reconnaît pas l'existence. Il en est de même pour les méninges. Les lymphatiques de la dure-mère, sont en réalité des espaces mal délimités entre les courbes denses du tissu conjonctif. Comment donc expliquer la coloration des ganglions lymphatiques dans les expériences signalées? Elle s'effectue par l'intermédiaire des gaines périneurales. C'est dans ce sens qu'il faut interpréter l'existence d'une voie lymphatique, dans ce sens également qu'il faut admettre une voie nerveuse. Ces deux voies n'en font qu'une seule. « La voie périneurale, dit Weed, n'est qu'une phase, un degré de la voie d'échappement lymphatique ».

En effet on savait depuis longtemps que l'arachnoïde se prolonge le long des nerfs craniens et rachidiens; on décrivait ces prolongements comme se terminant en culs-de-sac par dessus lesquels la dure-mère se continuait un peu plus loin vers la périphérie. Mais en outre de ce cul-de-sac méningé il existe autour de chaque nerf un espace périneural injectable par une injection faite dans l'espace sous-arachnoïdien. C'est ainsi qu'après emploi de ferrocyanure on trouve des granulations dans l'espace périneural du nerf olfactif; très abondantes sur la lame criblée elles passent dans les fosses nasales. Là elles se pressent au contact de l'épithélium, dans les mailles du réseau conjonctif de la muqueuse et en réalité elles se trouvent à l'intérieur des lymphatiques. Mais le passage entre l'espace périneural et les lymphatiques n'est pas direct; il s'effectue à travers le tissu conjonctif. Ceci explique dans les cas d'hypertension des espaces sous-arachnoïdiens la possibilité d'un écoulement de liquide céphalo-rachidien par les fosses nasales. D'ailleurs on a pu observer cet envahissement des gaines périneurales par les substances injectées pour d'autres nerfs. On a vu en particulier après injection de ferrocyanure la coloration de l'espace infravaginal du nerf optique et de l'espace épiscléral. Il existe une communication entre l'espace sous-arachnoïdien et les cavités de l'oreille interne.

Par ces intermédiaires s'effectue l'envahissement des ganglions lymphatiques. Cet envahissement, pour Weed, nécessite un passage à travers le tissu conjonctif environnant; pour lui il ne saurait y avoir de communications directes. Ce qui est vrai des nerfs craniens l'est-il également des nerfs rachidiens? Weed a observé le passage de granulations colorées dans les espaces périneuraux qui, sur une courte distance, accompagnent les racines antérieures et postérieures. Bien plus pour la moelle la voie lymphatique est peut-être la seule utilisée par le liquide céphalo-rachidien. Il faut reconnaître que les données touchant l'évacuation des espaces sous-arachnoïdiens de la moelle sont dans l'état actuel de nos connaissances très incertaines. L'absence de sinus veineux enlève à la voie vasculaire son impor-

(1) Gartner. *Discussions bemerkung. Naturforschersammlung*, 1895, part. II, cahier n° 2, p. 67.

(2) Payr. Drainage eines Seitenventrikels bei Hydrocephalus internus, *Deutsch. med. Wochensch.*, 1998, XXXIX, p. 382. — Drainage der Hirnventsikel mittelst frei transplentirter Blutgefässe, *Arch. f. klin. chir.*, 1908, LXXXVII, 801.

(3) Mc Clure. Hydrocephalus treated by drainage into a vein of the neck, *John Hopkins hospit. Bull.*, 1909, XX, p. 110.

(4) Haynes, Congenital internal Hydrocephalus. Its treatment by drainage of the cisterna magna into the cranial sinuses, *Ann. of surg.*, 1913, LVII, p. 449.

(5) Hill-Leonard. *Physiology and Pathology of the cerebral circulation*, Churchill, London, 1895.

(6) Sicard, *Le liquide céphalo-rachidien*, Paris, Masson et Cie, collection Léauté, Paris 1902.

(7) Cathelin. La circulation du liquide céphalo-rachidien, *Bull. de la Soc. de biol.*, 1903, p. 1167 et *Presse méd.*, 11 nov. 1903, p. 781. — *La circul. du liquide C. R. avec applic. à la thérap.*, Paris Baillière, 1912.

(8) Dandy W. and Blackfank. D. An experimental and clinical study of internal hydrocephalus, *Journ. Amer. med. Assoc.*, 1913, LXI, n° 25, p. 2216.

tance. Il est possible qu'il existe un courant ascendant dans le canal central de la moelle, possible également que des gaines périvasculaires assurent une communication entre l'espace sous-arachnoïdien et le canal central, mais il faut avouer l'imprécision de ces faits.

On peut conclure, en définitive, à l'existence de deux voies d'évacuation du liquide céphalo-rachidien, l'une principale, la voie veineuse représentée au niveau du crâne par les sinus de la dure-mère, encore inconnue au niveau de la moelle, l'autre accessoire, appelée à tort lymphatique, représentée en réalité par les gaines périneurales dans une première étape, par les canaux lymphatiques dans une seconde.

Faut-il admettre une absorption par les veines cérébrales? Selon Dandy et Blackfan l'absorption serait un phénomène diffus s'effectuant en tous les points de l'arachnoïde dans les capillaires de la pia-arachnoïde. Mais une telle théorie s'oppose à un fait anatomique précis, à savoir l'absence de vaisseaux dans l'arachnoïde et de couche capillaire dans la pie-mère. En outre, Weed, au cours de ces expériences, n'a trouvé des granulations dans les veines cérébrales qu'avec des pressions supérieures à 100 mm. de mercure. Dans le même ordre d'idées nous retrouvons la théorie de Mott déjà exposée à propos des origines du liquide céphalo-rachidien, à savoir l'absorption de celui-ci par les capillaires cérébraux. Dans les préparations de Weed jamais on ne vit de granulations passer dans ces capillaires, même dans les cas où les espaces péricapillaires en étaient remplis. Il paraît d'ailleurs peu vraisemblable d'admettre comme normal un tel processus d'absorption étant donné que la pression dans les capillaires cérébraux est plus élevée que celle du liquide céphalo-rachidien. Nous avons vu Weed montrer que pour permettre le passage dans les capillaires cérébraux il fallait à la fois une pression cérébro-spinale élevée et un état d'anémie du système nerveux, et ces deux conditions ne peuvent être envisagées comme normales.

De ce que nous venons d'exposer touchant les voies d'évacuation du liquide céphalo-rachidien il apparaît que ce dernier ne saurait être assimilé à un liquide stagnant ou susceptible seulement de légers mouvements de flux et de reflux. Il était légitime dès lors de raisonner par comparaison et d'imaginer une circulation du liquide céphalo-rachidien. Le mot fut prononcé par Cathelin. Il ruine d'abord les théories existantes; celle du flux et du reflux suppose le passage du liquide du crâne dans le rachis en rapport avec la systole cardiaque, mais aussi l'écoulement en sens inverse, d'où soit une opposition entre deux forces égales et contraires qui s'annulent, soit une supériorité de la première d'où accumulation de liquide dans l'espace périmédullaire. Ses deux autres arguments ont moins de valeur; il envisage l'arachnoïde comme une séreuse et, arguant de ce fait, déclare que l'étude du liquide céphalo-rachidien doit être faite en dehors de celle-ci d'autant que le liquide des séreuses, exceptionnel à l'état physiologique, doit de plus renfermer de l'albumine; or, pour Cathelin, invoquant l'opinion de Schmidt et Arthus, le liquide céphalo-rachidien ne contient ni sérine ni albumine. Un fait le frappe: une plaie du rachis donne issue à une quantité considérable de liquide; il ne peut s'empêcher de créer un rapprochement avec la blessure d'une artère, d'une veine ou d'un canal lymphatique. De ce rapprochement basé sur une comparaison, une intuition, Cathelin infère une théorie dont lui-même avoue qu'elle s'appuie sur des expériences qui lui sont étrangères. On ne peut manquer de mettre en parallèle un tel raisonnement avec les patientes et minutieuses recherches de Weed. Ainsi le liquide céphalo-rachidien viendrait du sang et retournerait à celui-ci par l'intermédiaire de la circulation lymphatique. Le sang afférent aux plexus choroïdes apporterait à ces organes les éléments de leur sécrétion. Les gaines périvasculaires seraient les intermédiaires entre le sac arachnoïdien et les voies lymphatiques, quelque chose comme les capillaires placés entre les circulations artérielle et veineuse. Les expériences de Flattau, de Sicard fournissent l'appoint physiologique et expérimental; le passage dans le liquide céphalo-rachidien de l'iodure de potassium, du mercure, de l'alcool, du bacille de Koch apporte la confirmation de la clinique. Tout récemment, un auteur roumain, Stepleanu Horbastky, a tenté d'apporter à la théorie de Cathelin une confirmation expérimentale. Utilisant les injections au bleu de Prusse faites dans l'espace sous-arachnoïdien, il colore les ganglions lymphatiques, la citerne de Paquet, le canal thoracique, la grande veine lymphatique. Mais de lui-même il apporte de notables atténuations à la théorie de Cathelin. Tout d'abord il admet que l'injection du système lymphatique se fait par l'intermédiaire des gaines périneurales; en outre, il constate le passage de la substance colorante dans les jugulaires et les sinus de la dure-mère. Bien plus il note la coloration des vaisseaux du diploé et de la circulation veineuse épicranienne. C'était découvrir à nouveau, longtemps après Key et Retzius, la voie veineuse. Par contre il écarte, à juste titre, dans celle-ci le rôle des granulations de Pacchioni, mais ignorant les villosités arachnoïdiennes ne peut s'expliquer comment s'est opéré le passage des granulations colorées.

En fait la théorie de Cathelin apparaît difficilement soutenable; ses bases sont fragiles, les confirmations expérimentales font défaut, elle tire parti d'erreurs anatomiques : assimilation de l'arachnoïde à une séreuse, continuité entre les gaines périvasculaires et les canaux lymphatiques, méconnaissance des gaines périneurales. Les expériences de Weed, appuyées sur une technique précise, ont mis en relief l'importance de la voie veineuse, son rôle prépondérant sans nier l'existence d'une voie collatérale, accessoire que l'on peut appeler voie lymphatique sous la réserve que dans le système lymphatique sont incorporées les gaines périneurales.

Ce n'est pas à dire qu'il n'y ait pas une circulation du liquide céphalo-rachidien? A la lumière des faits récemment acquis il nous est permis de la définir. Le liquide céphalo-rachidien passe des ventricules latéraux dans le troisième ventricule par les trous de Mouro. Dandy a pu réaliser leur oblitéra-

tion et produire de l'hydrocéphalie interne. Du troisième ventricule il s'écoule dans le quatrième par l'aqueduc de Sylvius dont Dandy a pu de même produire l'obstruction en poussant à son intérieur un bourdonnet de coton. Le liquide ventriculaire passe dans l'espace sous-arachnoïdien à travers les trous de Magendie et de Luschke. Par là il gagne les lacs de la base, progressivement arrive dans le voisinage des sinus craniens, de ceux de la base d'abord, du sinus longitudinal supérieur ensuite, et par cette voie en grande partie s'échappe dans le système veineux. Dandy, il est vrai, admet que l'absorption s'effectue d'une façon diffuse dans tout l'espace sous-arachnoïdien d'où la possibilité d'un type d'hydrocéphalie communicante dans lequel l'absorption est diminuée du fait d'adhérences obstruant un territoire sous-arachnoïdien plus ou moins étendu mais qu'il évalue habituellement au 1/4 ou au 1/5 de la normale. Quoi qu'il en soit de ce point déjà discuté nous retenons seulement l'existence d'un « courant » des cavités ventriculaires vers les espaces sous-arachnoïdiens. L'hydrocéphalie obtenue en isolant les ventricules de ces derniers en est un témoignage. La stase papillaire est le signe le plus important de cette hydrocéphalie interne. Dans une thèse récente, Bollack (1) s'est efforcé d'établir les rapports qui unissent ce symptôme et la dilatation des ventricules. Il traduit l'hypertension ventriculaire qu'il fait agir, soit de façon indirecte par distension des parois ventriculaires augmentant la pression dans les espaces sous-arachnoïdiens, soit de façon directe par compression des voies optiques, à moins encore qu'il ne faille incriminer avec Dor l'irritation des filets sympathiques émanés de la lame grise sus-optique et suivant la gaine piale du chiasma, ou plus simplement la compression de la gaine périneurale du nerf optique.

VI. Pression du liquide céphalo-rachidien et pression sanguine. — Pas plus qu'il ne représente un système clos indépendant des autres systèmes de l'organisme le liquide céphalo-rachidien n'est insensible au jeu des divers appareils. Nous avons vu qu'il était toujours sous tension dans les espaces cérébro-spinaux. Or cette pression du liquide est le fait de la pression artérielle. Il est donc logique d'imaginer que les variations de celles-ci auront un retentissement sur la pression céphalo-rachidien. Selon Claude (2) qui a imaginé un dispositif permettant de mesurer celle-ci au cours d'une ponction lombaire on affirmera l'hypertension pour une pression supérieure à 150 mm. d'eau dans la position couchée, à 180-250 mm. dans la position assise. De cette façon peuvent être expliquées les manifestations cérébrales souvent constatées chez les malades atteints d'hypertension artérielle ou d'urémie. Selon Vaquez (Les manifestations cérébrales de l'hypertension artérielle. G. Foy. *Th. de Paris*, 1911), ces manifestations urémiques où hypertensives relèvent si bien de l'augmentation de pression du liquide céphalo-rachidien que la ponction lombaire les soulage. Les études histologiques faites par Grynfelt et Euzière sur la structure des cellules choroïdiennes ont permis à ces auteurs de montrer par un autre moyen l'influence des variations de la tension sanguine intracranienne et intrarachidienne sur l'activité sécrétoire de ces éléments. Ils avaient remarqué en effet au cours de leurs expériences des différences structurales qu'ils attribuèrent au mode de sacrifice employé pour leurs animaux. Chez l'animal saigné, pour lequel la tension sanguine atteint la limite extrême on voit presque uniquement les stades vésiculaire et vacuolaires, ce qui traduit l'épuisement cellulaire par hyperfonctionnement. Si l'animal est pendu la tension augmente, les cellules sont riches en chondriosomes, pauvres en vacuoles; elles sont au repos.

Mais il est d'autres façons de considérer l'influence d'une cause hypertensive sur la secrétion du liquide céphalo-rachidien. On sait en particulier que les injections intraveineuses de lobe postérieur de l'hypophyse produisent après une baisse passagère l'élévation de la pression artérielle. Ces faits notés par Schäfer (1) furent interprétés par Howell (2) comme dus à des substances situées dans le pars nervosa. En 1913 Dixon et Halliburton (3) observent que l'injection d'extraits secs de la glande pituitaire produit une augmentation notable dans la sécrétion du liquide céphalo-rachidien. Weed et Cushing (4) reprennent cette étude. Ils introduisent une aiguille calibrée dans la 3e ventricule par ponction du corps calleux. Pour cela ils font une trépanation sur la ligne médiane, obturent l'orifice avec de la cire et introduisent le trocart à travers le sinus et le long de la fente du cerveau dans le 3e ventricule, c'est-à-dire à une profondeur de 2cm5 à 3cm5. L'animal est en position ventrale; on évite l'anesthésie au chloroforme ou à l'éther. On prend la pression artérielle dans la carotide; on inscrit les mouvements respiratoires et on recueille les urines par cathétérisme des uretères. Les injections d'extraits pituitaires sont faites dans la veine saphène. Or dans ces conditions d'expérience Weed et Cushing ont observé l'influence activante des extraits pituitaires sur la sécrétion des plexus choroïdes. Ils ne pensent pas que cette hypersécrétion soit en rapport avec les variations de la pression sanguine et l'écoulement du liquide par le trocart peut se prolonger après la mort. Il ne s'agit pas d'une sécrétion due à des modifications dans le volume du cerveau mais d'une action excito-sécrétrice propre. Pourtant on ne peut manquer de noter la coexistence d'une hypersécrétion et d'une hypertension vasculaire. Il nous paraît intéressant de rapprocher ces notions des constata-

(1) Bollack J. Rapports entre la stase papillaire et la dilatation des ventricules au cours des tumeurs cérébrales, *Th. de Paris* 1919.

(2) Claude H. Le syndrome d'hypertension intracranienne, *Journ. med. franç.*, 15 mai 1914, n° 5, p. 185.

(1) Schafer. The physiological effects of extracts of the pituitery body, *Journ. of Physiol.*, 1899-1900, XXV, p. 87.

(2) Howell. The physiological effects of extracts of the hypophysis cerebri and infundibuler body, *Journ. of Experim. med.*, III, p. 245.

(3) Dixon and Halliburton. Cerebrospinal fluid I. The secretion of the fluid, *Journ. of Physiol.*, 1913, LXVII, p. 215.

(4) Weed and Cushing. The Effect of pituitary extract upon its secretion, *The Amer. Journ. of Physiol.*, vol. XXXVI, n° 2, Janery 1915, p. 77.

tions faites par Weed, Cushing et Jacobson (1) touchant l'effet glycogénolytique obtenu par excitation du ganglion cervical supérieur du sympathique, effet qu'ils interprètent comme le résultat d'une action du sympathique sur la glande pituitaire. Dandy et Goetsch (2) ont en effet décrit des rameaux sympathiques allant à cet organe. Shamoff (3) a poursuivi des recherches sur les « décharges sécrétoires » émises par le corps pituitaire en relation avec l'excitation du ganglion cervical supérieur. Nous n'entrerons pas dans le détail de ces expériences qui ont surtout pour objet les modifications de la sécrétion urinaire et dont les conclusions sont peut-être discutables, Shamoff prétendant qu'après section de tous les nerfs cervicaux et de la moelle au-dessus de l'émergence des splanchniques, les modifications observées dans la tension artérielle et la sécrétion urinaire doivent être obligatoirement rapportées à la mise en action de la glande pituitaire. Le raisonnement par comparaison qu'il invoque, similitude entre les phénomènes observés et ceux qui résultent d'une injection d'extrait de lobe postérieur, n'entraîne pas la conviction. D'autre part il est certain que dans les expériences de Cushing et de ses élèves on note un oubli regrettable du plexus péricarotidien et de la part que prennent à sa constitution les rameaux afférents du ganglion cervical supérieur. Déduire des phénomènes consécutifs à l'excitation de ce ganglion après section des nerfs cervicaux et de la moelle que ceux-ci sont en rapport avec une décharge sécrétoire effectuée par la glande pituitaire nous semble une conclusion au moins hasardée. Il est possible, puisqu'il existe une innervation sympathique de l'organe, que ce dernier participe aux modifications engendrées par la mise en jeu du sympathique cranien. Mais peut-être ce dernier système est-il appelé à intervenir beaucoup plus largement dans la physiologie du liquide céphalo-rachidien et en particulier dans l'explication des modifications volumétriques dues à l'excitation du ganglion cervical supérieur. Dans un article récent, Leriche (4) a rendu compte « des effets de la sympathectomie péricarotidienne ». Il a noté après un effet primaire de vasoconstriction des phénomènes secondaires de vasodilatation au nombre desquels nous retenons la vasodilatation des vaisseaux cérébraux, en particulier celle des vaisseaux rétiniens. On peut imaginer qu'une expérimentation plus précise permettra peut-être d'observer une hypersécrétion du liquide céphalo-rachidien en rapport avec la vasodilatation des vaisseaux afférents aux plexus choroïdes, l'augmentation de calibre des vaisseaux cérébraux étant par elle-même une cause efficiente d'hyperproduction si l'on admet les idées de Weed touchant la dualité d'origine du liquide céphalo-rachidien. Il y a dans cette intervention du système symphatique matière à des recherches expérimentales que nous tenterons de réaliser et qui peut-être éclaireront d'un jour nouveau la physiologie du liquide céphalo-rachidien. C'est d'ailleurs un fait biologique intéressant que cet effet du produit de la pars posterior de l'hypophyse sur la sécrétion chroïdienne si on considère les relations encore obscures et mal définies unissant entre elles les glandes endocrines et rapprochant d'autre part du système sympathique certaines d'entre elles. Les travaux modernes tendent en effet à établir une homologie fonctionnelle entre la pars posterior de l'hypophyse et le médullosurrénale. Et celle-ci est sécrétrice de l'adrénaline, substance qui a mérité le titre de sympathique chimique tant ses effets apparaissent comparables à ceux produits par l'excitation du système sympathique. Il est permis de penser que d'autres sécrétions seront sans doute capables d'influencer celle du liquide céphalo-rachidien, de même qu'une étude anatomique et expérimentale de l'innervation des plexus choroïdes fournira peut-être des vues nouvelles touchant les origines et les variations quantitatives du liquide céphalo-rachidien.

VII. **Le rôle du liquide céphalo-rachidien.** — A la lumière de toutes ces notions, il est permis d'étendre le rôle du liquide céphalo-rachidien au delà du cadre qui lui était jusqu'alors assigné. Il est possible tout d'abord qu'il intervienne dans l'évolution embryologique du système nerveux. Cushing s'est efforcé d'établir les relations chronologiques unissant les débuts de la sécrétion choroïdienne, le développement des sinus de la dure-mère, des cavités ventriculaires, l'individualisation des méninges, la constitution des voies d'évacuation. En fait, ces rapports chronologiques n'ont pu être établis de façon absolue. Cushing admet pourtant comme probable que la sécrétion du liquide céphalo-rachidien prend une part dans la rupture de la chambre ventriculaire, dans la formation des lacs et des espaces sous-arachnoïdiens, d'où la possibilité d'interpréter de nombreuses malformations congénitales et partant de les traiter de façon plus rationnelle.

En dehors de cette fonction, en quelque sorte embryonnaire, on peut attribuer au liquide céphalo-rachidien, un double rôle physique et biologique.

Nous signalerons seulement le premier, sur les fonctions de protection et de suspension hydraulique. Cette dernière étant due à la transformation du poids véritable du cerveau en un poids apparent plus léger. Par contre Mestrezat dans l'étude chimique qu'il a faite assimile la composition du liquide céphalo-rachidien à celle d'un sérum minéral assurant au système nerveux, un milieu idéal de vie et de fonctionnement. De là son emploi dans les expériences de reviviscence, de là son utilisation par Fleig (1) comme milieu de conservation des organes.

(1) Weed, Cushing and Jacobson. *Bull. Johns Hopkins Hospital*, 1913, XXIX, p. 40-52.

(2) Dandy and Goetsch. *Amer. Journ. of Anat.*, 1910, XI, p. 137.

(3) Shamoff V. N. On the secretary sischarge of the pituitary body produced by stimulation of the superior cervical sympathetic ganglion, *Amer. Journ. of Physiol.*, vol. XXXIX, n° 3, January 1916, p. 279.

(4) R. Leriche. Des effets de la sympathectomie péricarotidienne interne chez l'homme, *Presse méd.*, 15 mai 1920, n° 31, p. 301.

(1) C. Fleig. Des divers liquides organiques en tant que milieux nutritifs artificiels pour les organes isolés du corps, *C. R. de la Soc. de biol.*, 27 oct., t. LXIII, p. 362.

Il est au plus haut point, un milieu physiologique, vital dans lequel l'excitabilité cellulaire se maintient aisément et s'exerce commodément. On a voulu l'assimiler à la lymphe et voir dans le système céphalo-rachidien le système lymphatique des centres. En réalité, sa fonction est plus élevée. Le système nerveux manque de lymphatiques ; ceux-ci sont représentés par les espaces périvasculaires, péricapillaires et péricellulaires. Nous avons exposé les thèses opposées de Mott et de Weed touchant le sens du courant liquide dans ces zones. Nous avons vu l'expérimentation affirmer que l'écoulement s'effectue des espaces périvasculaires et péricapillaires vers les cavités sous-arachnoïdiennes. Ainsi s'éclaire le rôle biologique du liquide céphalo-rachidien ; il intervient dans le métabolisme cellulaire; il entraîne les produits de déchets ; il a sa part dans les phénomènes nutritifs intéressant la cellule nerveuse. Mestrezat, en dehors de lui, admet l'existence d'une circulation lymphatique des centres mais nous avouons ne pas avoir acquis une compréhension très nette de la distinction qu'il établit entre la lymphe vraie demeurant à l'extrémité d'une gaine périvasculaire et le liquide céphalo-rachidien relégué à l'autre extrémité, la confusion entre les deux milieux étant, d'après Mestrezat, impossible du fait de la virtualité des gaines, de leur longueur, de la disposition trabéculaire et de leurs propriétés résorbantes. Ce n'est pas à dire, cependant, que le liquide céphalo-rachidien apparaisse dans l'organisme comme une entité, un milieu particulier, sans homologues. Mestrezat établit son identité avec les milieux oculaires, avec ceux de l'oreille interne, identité de composition basée sur celle de leur formule clinique et identité fonctionnelle. Ces liquides sont neuroprotecteurs et ils sont redevables de cette qualité à leur composition presque exclusivement minérale. Peut-être même y a-t-il plus qu'une identité structurale et physiologique. Wegefarth (1) ayant repris l'étude expérimentale des milieux oculaires parallèlement aux recherches de Weed sur le liquide céphalo-rachidien établit dans une première série de recherches que l'évacuation de l'humeur aqueuse s'effectue au niveau de l'angle de filtration de la chambre antérieure vers les sinus de la sclérotique par l'intermédiaire des villosités pectinéales, homologues des villosités arachnoïdiennes ; qu'il existe autour des grands neurones de la rétine des espaces péricellulaires communiquant avec les réservoirs aqueux et que, par leur intermédiaire, sont éliminés les produits de déchets des cellules ; qu'en outre, chez le lapin, les liquides oculaire et cranien entrent en contact direct autour des vaisseaux centraux et dans le nerf optique. Plus tard, il pousse le parallélisme beaucoup plus loin. Il montre les analogies qui existent entre le développement du cerveau et celui de l'œil, établit l'homologie des méninges et des tuniques de l'œil ; la sclérotique correspond à la dure-mère ; leur structure est identique et toutes deux contiennent dans leur épaisseur des sinus veineux incompressibles. A l'arachnoïde s'oppose le ligament pectiné, à la pie-mère, le tractus uvéal.

A l'espace subdural correspond l'espace périchoroïdal, tous deux virtuels ; aux lacs sous-arachnoïdiens la chambre antérieure et peut-être aux ventricules cérébraux, la chambre postérieure. Les origines des deux liquides sont comparables, les plexus choroïdes ont leurs homologues dans les corps ciliaires, source actuellement admise pour l'humeur aqueuse, et de même que les produits du métabolisme des cellules nerveuses sont entraînées vers le liquide céphalo-rachidien, de même se déversent dans les espaces liquides de l'œil, les résidus de l'activité des cellules rétiniennes. En dernière analyse, Wegefarth compare les trajets des deux liquides. L'humeur aqueuse élaborée par les corps ciliaires qui sont ses plexus choroïdes se déverse dans la chambre postérieure homologue des ventricules cérébraux, passe à travers la pupille qui correspond aux trous de Magendie et de Luschka dans son espace sous-arachnoïdien : la chambre antérieure et à travers les cellules pectinéales gagne le canal de Schlemm ou le plexus ciliaire antérieur. Bien plus en injectant les espaces sous-arachnoïdiens, on injecte l'espace infravaginal de Schwalbe, l'espace épichoroïdal, la capsule de Tenon. L'épreuve inverse a pu être réalisée chez le lapin. Sans doute, il faut se garder de prêter à cette assimilation, une valeur absolue ; il est possible que dans sa construction l'imagination ait une part. Il n'en reste pas moins qu'elle conserve la valeur d'un schéma élégant par lequel apparaît la parenté qui, selon Mestrezat, unit le liquide céphalo-rachidien aux milieux de l'œil et de l'oreille interne ; ils constituent, dit-il « une famille homogène » réclamant une place à part dans la classification des humeurs de l'organisme.

VIII. **Applications des données nouvelles concernant le liquide céphalo-rachidien à quelques notions pathologiques et chirurgicales.** — L'introduction de la ponction lombaire au nombre des moyens dont dispose l'investigation médicale a fourni un « accès clinique » vers les espaces sous-arachnoïdiens. La ponction ventriculaire entrée moins avant dans la pratique courante est cependant utilisée. De là sont nées des possibilités de vérifier la coloration du liquide céphalo-rachidien, les variations de sa composition chimique, les altérations cytologiques ou bactériologiques, d'apprécier à l'aide du manomètre de Claude les modifications de sa pression. Au cours de ces dernières années les résultats obtenus par ces recherches dans les divers états pathologiques ont été abondamment exposés. Tout n'est pas dit sur ce sujet. Des discussions récentes à la Société de chirurgie de Paris (1) au sujet de la ponction lombaire et de la trépanation décompressive témoi-

(1) WEGEFARTH. Studies on the cerebrospinal fluid aut its Pathway, loc. cit.

(1) ROUX-BERGER (rapp. de Lecène). Quatre cas de traumatismes craniens traités par la trépanation sous-temporale, *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, t. XLVI, 1920, n° 6, p. 221. — DE MARTEL. Sur les fractures de la base du crâne. A propos de l'opération de Cushing, *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, t. XLVI, 1920, n° 11, p. 464. — Discussion : *Ibid.*, t. XLVI, 1920, n° 12, p. 511 ; n° 13, p. 561.

gnent de l'incertitude où l'on est encore touchant la valeur de ces deux procédés dans le traitement des fractures du crâne. Une connaissance plus exacte de la physiologie du liquide céphalo-rachidien permettra peut-être, ainsi que le suggère Cushing, de fournir un substratum anatomique au méningisme, aux méningites séreuses amicrobiennes, à l'œdème cérébral de l'urémie ou de l'alcoolisme aigu. Wegefarth va jusqu'à superposer les états pathologiques auxquels sont exposés le liquide céphalo-rachidien et les milieux oculaires, comparant l'hydrophtalmie, l'hydropisie congénitale de l'œil, le glaucome aux hydrocéphalies acquises et congénitales.

C'est, en effet, sur ce terrain des malformations congénitales du système nerveux central ou de ses enveloppes que des notions pathogéniques neuves ont été acquises permettant la mise au point de tentatives thérapeutiques appropriées à celles-ci. Pour Cushing la physiologie du liquide céphalo-rachidien fournira l'explication des différentes formes de spina bifida, des encéphalocèles, de l'hydrocéphalie essentielle. Un lien unit selon lui ces diverses malformations : l'ablation chirurgicale d'une méningocèle cranienne ou rachidienne augmente habituellement l'hydropisie ventriculaire concomitante.

Dandy (1), de ses recherches expérimentales, déduit l'existence de deux grands types d'hydrocéphalie dont l'un est dû à l'hypersécrétion et l'autre à l'hyporésorption. Le premier sera celui de l'hydrocéphalie aiguë consécutive aux traumatismes, aux méningites, ou chronique en rapport avec l'occlusion de la grande veine de Gallien. Le second, beaucoup plus fréquent, comprend les cas où l'hydrocéphalie est communicante, c'est-à-dire où l'obstruction siège au niveau des espaces sous-arachnoïdiens et ceux où elle est obstructive, c'est-à-dire où l'obstacle porte sur le système des cavités ventriculaires. De là des conduites thérapeutiques différentes qui consisteront, soit dans la destruction des adhérences obstruant les espaces sous-arachnoïdiens, intervention impraticable dans les conditions actuelles, soit dans l'ablation des plexus choroïdes des ventricules latéraux, afin de limiter la production pour établir un équilibre entre celle-ci et le débit. Dandy, dans la clinique du prof. Halsted, a pratiqué 4 fois cette plexectomie et l'un des opérés vivait encore, très amélioré, quatre mois après l'intervention.

Il s'agit là de tentatives chirurgicales audacieuses; mais il est peut-être des moyens plus simples qui permettront de limiter l'activité sécrétoire des plexus, que ce soit par l'injection d'extraits glandulaires, par des ligatures vasculaires ou des sections nerveuses.

Cushing, dans la préface qu'il écrit aux travaux de ses élèves sur le liquide céphalo-rachidien et ses voies d'évacuation, déclare que sur ce sujet nous en sommes actuellement au point où se trouvait avant Harvey l'étude de la circulation sanguine. L'exposé que nous avons tenté des données nouvelles acquises sur le liquide céphalo-rachidien, sans prétendre être complet, nous autorise à démentir une opinion aussi pessimiste. Il reste cependant sur de nombreux points suffisamment d'incertitudes et de confusions pour autoriser de nouvelles recherches.

(1) Dandy W. F. Extirpation des plexus choroïdes des ventricules latéraux dans l'hydrocéphalie communicante, *Ann. of surg.*, LXVIII, n° 6, déc. 1910, p. 569.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 4 octobre 1920)

Sur la structure fine des discontinuités d'absorption dans les spectres de rayons X. — MM. M. de Broglie et A. Dauvillier.

Sur le mécanisme des actions chimiques provoquées par les rayons X. — M. A. Dauvillier.

(Séance du 11 octobre 1920)

Relations entre les éléments météorologiques et le nombre de décès par maladies inflammatoires des organes de la respiration à Paris. — M. Louis Besson. Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé en moyenne à Paris, pour la période 1904-1913, 142 décès par semaine. La variation annuelle est très marquée et se reproduit à peu près la même tous les ans. Le maximum est de 237 décès en février, le minimum de 72 en septembre. En comparant la variation du nombre des décès avec celle de la température on constate que le nombre de décès paraît déterminé presque exclusivement par trois causes : la température, la fréquence des vents de la région Nord-Est et la saison. En particulier, l'humidité n'a qu'une importance secondaire car elle est sous la dépendance de la direction du vent. Et comme les vents de N.-N.-E. à E., les plus défavorables, sont aussi les plus secs, la statistique indique que, en moyenne, une diminution de l'humidité est suivie d'une augmentation du nombre de décès, résultat qui ne justifie pas la bonne réputation du « petit froid sec ».

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 19 octobre 1920)

Un essai cantonal de puériculture. — Sous ce titre, M. Vidal (d'Hyères) fait une communication sur l'organisation à Hyères, à l'hôpital et au bureau de bienfaisance de séries de mesures propres à protéger les mères et les enfants nouveau-nés.

Les femmes qui sont sur le point d'accoucher sont reçues à l'hôpital où elles restent un mois après leur accouchement. Elles sont nettoyées, désinfectées, soignées et accouchées. Les enfants sont traités au bureau de bienfaisance, allaités quand ils ne peuvent pas l'être par leur mère, soignés, pesés et tenus très proprement.

Sur 250 accouchements faits dans ces conditions, en dix ans, il n'y a pas eu à déplorer un seul cas de mort, ni du côté des mères, ni du côté des enfants. Si l'on songe que ces résultats ont été obtenus sur des montagnardes habituellement très sales, vivant dans des conditions hygiéniques déplorables, on ne saurait trop se féliciter des résultats vraiment merveilleux qui ont été obtenus.

L'exemple d'Hyères devrait être suivi dans tous les cantons.

Nouveau procédé de préparation des sérums thérapeutiques. — M. Jorge W. Howard (de Buenos-Ayres) fait connaître la méthode qu'il réalise pratiquement à Buenos-Ayres et qui est basée sur les principes suivants :

1° Préparer l'animal producteur du sérum avec la quantité nécessaire et suffisamment active de sérum immunisant pour

que l'animal n'accuse aucune manifestation morbide ni réaction importante.

2° Abréger le plus possible la durée de la préparation des animaux.

3° Obtenir au fur et à mesure de l'inoculation que les bactéries soient lysées.

4° Eviter la sursaturation microbienne et toxique de chaque animal producteur de sérum; c'est-à-dire ne jamais arriver à la limite de tolérance de l'animal qui, bien que cette sursaturation ne se manifeste pas par des signes cliniques apparents, peut occasionner consécutivement à l'emploi de cultures vivantes et virulentes la dissémination ou la persistance de substances toxiques et aussi de microorganismes dans leurs sérums.

Pour éviter la sursaturation, l'auteur emploie uniquement la voie intraveineuse; il limite les injections de cultures vivantes; et, pour activer la bactériolyse, il injecte du sérum frais d'animaux d'une autre espèce.

Pour la typhoïde, cé procédé permet d'obtenir un sérum qui a donné en clinique les résultats suivants : la fièvre cesse sous l'influence des injections; l'évolution générale est améliorée; la convalescence est abrégée et les complications moins fréquentes; l'efficacité de cette sérothérapie est en raison directe de la précocité du traitement. (Expérimentation faite en collaboration avec le Dr Santiago Rano.)

On notera, enfin, que ce sérum est doué de propriétés fortement bactériolytiques, agglutinantes, précipitantes in vivo et in vitro.

Les séquelles de l'encéphalite léthargique. — M. Rémond (de Metz) communique une note sur ce sujet.

Myocardite tuberculeuse et myocardite bacillaire. — M. Lenoble, dans une communication sur ce sujet, établit une distinction très nette entre ces deux variétés de myocardite.

A 4 heures, l'Académie se forme en comité.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 16 octobre 1920)

Procédé colorimétrique de dosage de l'acide urique dans le sang. — M. A. Grigaut. Ce procédé est basé sur la coloration bleue que donne l'acide urique avec le réactif phosphotungstique de Folin et Denis. La réaction est pratiquée directement sur le filtrat de sang désalbuminé au lieu de porter, comme dans les procédés antérieurs, sur l'acide urique séparé sous forme de précipité argentico-magnésien. Il en résulte que les chiffres trouvés par l'auteur (0g045 à 0g05 d'acide urique par litre de sérum humain normal) sont supérieurs à ceux donnés par ses devanciers car on évite ainsi la cause d'erreur due à la solubilisation de l'urate d'argent et de magnésie dans l'eau.

Note sur la recherche du bacille de Koch dans le sang. — MM. L.-G. Sabathé et E. Buguet ont imaginé une méthode excessivement simple pour déceler dans le sang les bacilles de Koch. Il suffit de recueillir 4 à 5 cm. de sang dans un tube à essai; de laisser se former le caillot puis d'en prélever une parcelle à la surface, de l'étaler sur lame et de colorer par la méthode de Ziehl. Dans ces conditions, les bacilles ayant été exprimés par le réticulum fibrineux, les auteurs ont pu constater leur présence dans 100 p. 100 des cas examinés : chez des tuberculeux avérés, chez des malades suspects ne présentant pas de bacilles dans les crachats, chez des malades atteints seulement de localisations articulaires ou rénales. Cette méthode paraît devoir prendre une très grande importance en clinique.

Modifications bactériologiques et cytologiques dans les expectorations tuberculeuses après injections intratrachéales d'huile chargée des produits de macération des bacilles tuberculeux. — MM. Berthelon et Delbecq, expérimentant au sanatorium de Sainte-Feyre, ont observé que, après des injections intratrachéales d'huile renfermant les produits de macération des bacilles tuberculeux chez des malades tuberculeux, les bacilles présentent des modifications profondes dans les crachats, indiquant leur dégénérescence, et finissent par disparaître; en même temps, on observe la présence de cellules éosinophiles, alors que leur nombre n'est pas augmenté dans le sang.

Du diagnostic de la peste bubonique. — M. H. Violle. Le diagnostic de la peste bubonique se fait actuellement suivant deux méthodes :

1° Par la recherche du bacille de Yersin dans le bubon, lorsque la lésion est récente; le diagnostic est alors aisé et certain;

2° Par la recherche des anticorps dans le sérum sanguin, tels que les sensibilisatrices, agglutinines, précipitines, lorsque la lésion est ancienne. Les réactions sont alors délicates à exécuter ou si faibles qu'elles ne présentent qu'une valeur diagnostique très modérée.

Or, le foyer de développement du bacille de la peste est le bubon; le lieu primitif des réactions est également le bubon; les anticorps paraissent d'abord s'élaborer là où est l'antigène, c'est-à-dire dans ce tissu ganglionnaire et ne se répandre dans la circulation générale qu'ultérieurement. Les phénomènes réactionnels (tissulaires ou humoraux) semblent ainsi être tout d'abord locaux.

Des remarques précédentes, il découle un fait pratique intéressant :

Les agglutinines, c'est-à-dire les anticorps les plus aisés à mettre en évidence, se rencontrent d'abord, dans le cas de peste bubonique, au niveau du bubon. Les agglutinations faites avec le liquide extrait de ce bubon sont positives.

La méthode est aisée à suivre; c'est celle de la séro-agglutination, mais, dans notre cas, le sérum est remplacé par du pus bubonique.

La réaction est positive avec des pus de lésion datant de plusieurs jours et même de plusieurs semaines. Elle est négative avec les sérosités des bubons très récents. Elle n'apparaît point avec les pus d'adénite d'origine étrangère, staphylocoques, streptocoques, etc.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(séance du 1er octobre 1920)

Reconstitution des ligaments de l'articulation du genou. — M. Dupuy de Frenelle rapporte l'observation d'un jeune homme de 18 ans présentant, par suite d'une paralysie infantile, un genou ballant. Il rendit à ce genou la solidité tout en lui conservant sa modalité par l'opération suivante : reconstitution d'un ligament croisé antérieur à l'aide du tenseur fascia lata auquel il fait traverser le condyle interne pour le fixer sur le troisième adducteur; reconstitution d'un ligament croisé postérieur à l'aide du demi-tendineux auquel il fait traverser le condyle interne pour le fixer sur l'insertion postérieure du ligament croisé; reconstitution de deux ligaments latéraux à l'aide d'un volumineux tendon de veau auquel il fait traverser en boucle le condyle externe du fémur et du tibia.

Sur un cas de tuberculose mammaire. — M. Le Fur communique l'observation d'une malade de 44 ans ayant présenté, en 1894, un abcès tuberculeux du sein droit diagnostiqué par Lucas-Championnière et qui guérit à la suite d'une seule ponction avec injection d'huile iodoformée.

Vingt ans après, elle présenta en même temps qu'une tuberculose rénale gauche une récidive d'abcès tuberculeux du sein droit qui nécessita l'amputation. La pièce enlevée montrait un volumineux kyste à parois lisses et un kyste moins volumineux nettement caséeux. Pas de ganglions axillaires. Quatre ans après la guérison se maintenait parfaite.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis d'urologie, par le prof. Legueu, professeur à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Necker et le Dr Edmond Papin, ancien chef de clinique à la Faculté. In-18, 479 fig. — Prix : 50 fr.; franco, 55 fr. — Paris 1921, A. Maloine et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, **20** francs par an.
Étudiants étrangers, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . : 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE : 3 mois : **9** fr. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Pathologie.* — Séance du 22 octobre. — MM. Chauveau, 9; Isch-Wall, 13; Mlle Lévy (Gabrielle), 12; MM. Lange, 8; Séguy, 6; Vigneron, 11; Jacquemaire, 5; Laquière, 6; Cahen, 8; Panis, 6.

Séance du 25 octobre. — MM. Denis le Sève, 9; Jossand et Plichon, 5; Barry, 7; Bernard (Etienne), 14; Autier, 6; Coste, 13; Poincloux, 10; Lallemant, 8, Dayras, 11.

Anatomie. — Séance du 21 octobre. — MM. Blum, 9; Desoubry, 8; Ravina, 7; Chabanier, 12; Descharmes, 6; Tassin, 11; Cuvigny, 12; Alary, 7; Machavoine, 8; Ducrohet, 7.

Séance du 22 octobre. — MM. Castéran, 11; Oberthür, 6; Duhail, 9; Lelong, 14; Richon, 11; Magnillat, 8; Mme Brian-Garfield, 10; MM. Rachet, 8; Ricard (Raoul), 6; Allaire, 8.

Séance du 25 octobre. — MM. Andral, 9; Ferrier (Marcel), 6; Cournand, 7; Démelin et Rémy-Néris, 8; Bonnet (Louis), 13; Laurent (Marcel), 12; Tierny, 9; Terris, 10.

— Concours de l'externat. — *Pathologie.* — Séance du 21 octobre. — Question donnée : « Erysipèle de la face. »

MM. Noguères, 15; Petit (Pierre), 13; Megret, 16; Mounier, 17 1/2; Poulain, 13; Pasquet, 14 1/2; Mevel, 16; Meurs et Méry, 17; Pellerin, 15; Picard, 14; Mlles Oumansky, 17; Merlhès, 15; M. Maziol, 19; Mlle Morin, 16; MM. Nitzberg, 9; Merle d'Aubigné, 17; Petit (Marcel), 15; Mlles Masse, 8; Pithon et MM. Mercier, 14; Marx, 15.

Séance du 25 octobre. — Question donnée : « Signes et complications de la lithiase biliaire. »

MM. Perrin, 12; Montassut, 16; Mayer, 16 1/2; Mirault, 10; Perret (Antoine), 12; Petit (René), 15; Minet, 15 1/2; Poisson, 8; Queinnec (Jean), 12; Mme Poulain, 16 1/2; MM. Pélissier, 18 1/2; Néron, 12; Marion, 13; Piussan, 12; Mugnier, 13; Paillard, 7; Mitelette, 9; Oumansky (Victor), 14; Maximin (Maurice), 16; Pannier, 14 1/2.

Anatomie. — Séance du 21 octobre. — Question donnée : « Os maxillaire inférieur. »

MM. Grandperrin, 18 1/2; Derocque, 17 1/2; Devois, 15; Faure, 19 1/2; Farrand, 10; Fribourg et Fremiot, 13; Ferciot, 18; Fesquet, 9; Mlle Gauthier-Villars, 6; MM. Foulon, 18; Gasser, 8; Georges, 14; Mlle Gelé de Francony, 8; MM. Dercheu, 14; Derome, 6; Fourniat, 10; Frantz, 16; Frossard, 11.

Séance du 22 octobre. — Question donnée : Appareil ligamenteux du genou. »

MM. Dulac, 12; Dufour et Bernard (René), 16; Froument, 10; Eliet, 14 1/2; Duminil, 13; Gerson, 16; Dupont, 10; Ferrière, 17; Elich, 8; Foyatier, 16 1/2; Durand (Marcel), 12; Duprez, 14; Foubert, 15; Boulland, 7; Bernard (Jean), 8; Auvinet et Benoist (Fernand), 12.

Séance du 24 octobre. — Question donnée : « Les deux muscles longs fléchisseurs superficiel et profond des doigts et leurs lombricaux. »

MM. Beau (Henri), 8; Antonini, 16 1/2; Abd el Nour, 14; Mlles Astaix, 6; Besson, 10; MM. Asselin de Williancourt, 12; Bidoir, 14; Artigues, 5; Barbé, 16; Beaugeard et Bas, 11; Aragon, 13; Andrieu, 7; Bachelin, 16 1/2; Mlle Bouisson, 18 1/2; MM. Berson, 12; Bernheim (Robert), 17 1/2.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Lequeux, agrégé, est chargé d'un cours de clinique obstétricale.

Sont chargés, des enseignements ci-après désignés, les agrégés dont les noms suivent : MM. Chevassu, Desmarest et Mocquot (pathologie externe), Ribierre, Clerc et Baudouin (pathologie interne).

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — Un concours pour dix places d'internes en médecine titulaires et la désignation de dix internes provisoires des asiles d'aliénés de la Seine et de l'infirmerie spéciale des aliénés à la Préfecture de police s'ouvrira à Paris, le lundi 29 novembre 1920.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (service des aliénés, 1er bureau, annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau) tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 10 à 12 heures et de 14 à 17 heures, du 1er au 13 novembre 1920.

SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE. — Le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine vient de voter l'ordre du jour suivant :

« Le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de

la Seine, rappelant l'ordre du jour voté par le Syndicat des médecins de la Seine dans son assemblée générale du 13 juin 1920, tient à protester à nouveau avec énergie contre les tendances de l'administration d'adresser à l'hôpital tous les mutilés bénéficiaires de la loi des pensions quand ceux-ci ont besoin de soins spéciaux ou d'opérations, cette façon de faire étant d'ailleurs absolument contraire à la loi qui prévoit en toutes lettres le libre choix du médecin par le mutilé, et au principe défendu par tous les syndicats : de l'hôpital gratuit exclusivement réservé aux indigents.

Il réclame l'adoption par M. le Préfet de la Seine du tarif médical élaboré d'accord avec l'Union des Syndicats médicaux de France, et demande à M. le Ministre des Pensions de vouloir bien réaliser le plus rapidement possible l' « entente » prévue par la loi entre l'administration et les syndicats médicaux en vue de l'application de ce tarif.

Il tient à faire observer que la dernière réunion de la Commission centrale provoquée par M. le Ministre des Pensions à cet effet remonte à plus de six mois déjà et que la question des soins spéciaux et des opérations reste toujours en suspens.

Le Syndicat des médecins de la Seine se permet d'insister encore auprès de M. le Ministre des Pensions et de M. le Préfet de la Seine sur la nécessité absolue d'une organisation rapide et définitive des soins à donner aux réformés et mutilés de la guerre, tant dans l'intérêt de ces derniers, si respectable à tous les points de vue, que dans l'intérêt du corps médical qui assume depuis plus d'un an déjà les soins aux bénéficiaires de la loi des pensions sans avoir touché de l'Etat aucune rémunération. »

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Etienne Guenot (de La Roche-en-Brénil, Côte-d'Or), mort à 78 ans.

JURISPRUDENCE

LOI DU 25 JUIN 1920 CONCERNANT L'IMPOT SUR LE CHIFFRE D'AFFAIRES.

NON-ASSUJETTISSEMENT DES MÉDECINS.

La loi du 25 juin 1920, portant création de nouvelles ressources fiscales, renferme sous les articles 59 à 73 diverses dispositions relatives à l'établissement d'un impôt sur le chiffre d'affaires des commerçants et industriels, en remplacement des taxes sur les paiements qui avaient été instituées par la loi du 31 décembre 1917.

Un règlement d'administration publique du 24 juillet 1920 a été rendu pour assurer l'exécution de ces dispositions qui sont applicables, d'après l'article 59, à partir du premier jour du mois suivant la promulgation de la loi, c'est-à-dire à partir du 1er juillet 1920. Toutefois le recouvrement de l'impôt n'a été opéré, pour la première fois, que le troisième mois après la promulgation (art. 67 dernier alinéa), c'est-à-dire en septembre 1920.

Une instruction du 29 août 1920 a tracé les règles essentielles qui président à l'exigibilité, à la liquidation et au recouvrement du nouvel impôt.

Examinant les personnes assujetties à l'impôt, l'instruction contient un alinéa ainsi conçu :

« *Professions libérales assujetties à la patente.* — L'article 59 de la loi du 25 juin 1920 ne se réfère qu'à la loi du 31 juillet 1917, qui a institué l'impôt cédulaire sur les professions industrielles et commerciales et non aux lois qui ont édicté la contribution des patentes. Il s'ensuit que le seul fait d'être patenté ou patentable ne suffit pas à rendre redevable de l'impôt sur le chiffre d'affaires. Tel est le cas de toutes les personnes qui exercent des professions libérales telles que celles d'avocat, de *médecin*, d'officier ministériel; *bien qu'assujetties à la contribution des patentes, elles ne sont pas soumises à l'impôt sur le chiffre d'affaires*, puisqu'au point de vue de l'impôt cédulaire elles rentrent, non dans la catégorie des redevables visés par le titre Ier de la loi du 31 juillet 1917, mais dans celle des redevables visés par le titre IV de la même loi, relatif à l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales. »

En effet, le chiffre d'affaires soumis à l'impôt établi par les articles 59 et suivants de la loi du 25 juin 1920 est le montant des affaires réalisées par « les personnes qui, habituellement ou occasionnellement, achètent pour revendre, ou accomplissent les actes relevant des professions assujetties à l'impôt sur les bénéfices industriels ou commerciaux institué *par le titre Ier de la loi du 31 juillet 1917*, ainsi que les exploitants d'entreprises assujetties à la redevance proportionnelle prévue par l'article 33 de la loi du 21 avril 1810 ».

Il n'y a donc aucune incertitude : *le médecin n'est pas soumis au paiement de l'impôt sur le chiffre d'affaires.*

Il y a lieu de noter parmi les exonérations prévues par l'article 60 : les affaires effectuées par les fabricants ou importateurs et portant sur des produits pharmaceutiques et assimilés sur lesquels est perçu l'impôt de 10 p. 100 institué par l'article 16 de la loi du 30 décembre 1916. Du moment, en effet, que les fabricants et les importateurs de spécialités pharmaceutiques acquittent une taxe de 10 p. 100, il n'y avait pas lieu de les grever, en outre, de la taxe sur le chiffre d'affaires. Mais l'exemption ne bénéficie qu'à ceux qui acquittent l'impôt, de sorte que toutes transactions ultérieures ayant pour objet ces mêmes produits doivent figurer au chiffre d'affaires imposable du négociant qui les effectue.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

SOMMAIRE DES ANALYSES

NUMÉROS D'ANALYSES DÉJA PARUS

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

PÉDIATRIE

Sous la direction de M. L. BABONNEIX

MÉDECIN DES HÔPITAUX DE PARIS

A. AFFECTIONS DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE ET DU SANG

Angine de poitrine chez un enfant de six ans. (W. J. RUTHERFURD. *The Brit. medic. Journ. of Children's Diseases*, n°s 193-195, vol. XVII, janv.-mars 1920, p. 22-24, bibliogr.). — Ce cas concerne un enfant, sans antécédents rhumatismaux ou choréiques, et qui, au cours d'une péricardite sèche, fut pris de douleurs « angïnoïdes », à vrai dire un peu atypiques, puisqu'elles siégeaient, tantôt à la partie supérieure de l'abdomen, tantôt au niveau de l'insertion du deltoïde gauche. L'autotoxémie intestinale a peut-être joué un rôle dans la pathogénie des accidents.

A ce sujet, l'auteur rappelle un certain nombre de cas analogues et d'autres, où, toujours chez l'enfant, ont été notées des oblitérations artérielles, des anévrysmes, etc. Un de ces cas, dus à Bronson et Sutherland, a été analysé récemment ici même. (V. *Gaz. des hôpit.*, 1919, n° 52, p. 819.)

L. BABONNEIX.

Préleucémie dans l'enfance. (GORDON WARD. *The Brit. Journ. of Children's Diseases*, n°s 193-195, vol. XVII, janv.-mars 1920, p. 18-22, bibliogr.). — On sait que, sous les noms de maladie de v. Jack, de leukanémie, d'anémie pseudoleucémique, on décrit une affection propre aux nourrissons, et que caractérisent l'anémie et la splénomégalie. Cette affection doit-elle être considérée comme une leucémie en puissance, une préleucémie, un « stade agonique », comme le veut Mortelli, ou s'agit-il au contraire, d'un état voisin de la leucémie, d'étiologie complexe, mais qui, jamais, n'y aboutit (Hutchinson)? Telle est la question que discute l'auteur, sans d'ailleurs conclure.

L. BABONNEIX.

Un cas de leucémie avec nodules du cuir chevelu. (T. H. GUNEWARDENE. *The Brit. Journ. of Children's Diseases*, n°s 193-195, vol. XVII, janv.-mars 1920, p. 9-18, 2 fig., bibliogr.). — Un enfant de 3 ans et 4 mois, entré à l'hôpital pour une anémie sévère (11 p. 100 d'hémoglobine, 760.000 globules rouges) semble, sous l'influence d'un traitement approprié (injections intra-musculaire alternées de soamine 1 gr. alternée avec du citrate ammoniacal de fer, opothérapie médullaire, arsenic), guérit rapidement. Il contracte alors la rougeole. 3 mois après, apparaissent de nombreux nodules cutanés, surtout nets à l'épicrane. En même temps, sa formule sanguine, qui était redevenue normale, se modifie à nouveau, surtout par l'apparition de myéloblastes. On reprend, au bout de 3 semaines, une injection de soamine et de citrate de fer ammoniacal. Presque aussitôt, aggravation manifeste, fièvre, apparition de nouvelles tumeurs molles, signes d'anémie sévère, développement de foyers hémorragiques périostés; cachexie. L'examen du sang décèle, une fois, un chiffre très élevé de leucocytes (69.000), avec 86 p. 100 de myéloblastes, tombant en 14 jours à 7.200; à noter, aussi, la diminution progressive et lente du nombre des hématies de 5 à 3 millions, l'élévation momentanée des polynucléaires (86 p. 100) contrastant avec la chute des mononucléaires et survenant en même temps que l'état général s'améliorait; la substitution régulière, aux mononucléaires, des myélo et prémyéloblastes, les premiers donnant la réaction de v. Gierke.

De l'histoire clinique, des examens hématologiques et des résultats nécropsiques, l'auteur déduit qu'il s'agit d'une leucémie nodulaire, probablement myéloïde, bien qu'il n'y ait jamais eu de myélocytes en circulation, et pose, loyalement, la question de savoir si elle n'a pas été déclanchée par le traitement ferrugineux et arsenical.

Nous nous rappelons avoir lu, vers 1903, un travail de Syllaba, concluant que fer et arsenic provoquent, même à doses thérapeutiques, une hémolyse extrême, et peuvent, ainsi, et dans une certaine mesure, déterminer un syndrome d'anémie pernicieuse. D'autre part, on trouvera, dans la thèse de M. G. Brouardel, quelques expériences semblant démontrer que, consécutivement à l'administration de l'arsenic, dans des conditions encore mal déterminées, peuvent se développer certains épithéliomes cutanés.

L. BABONNEIX.

B. DYSCRASIES

Diabète sucré chez un nourrisson. (R. MESLAY et L. BABONNEIX. *La Pédiatrie pratique*, n° 345, 15 juillet 1920.) — Il s'agit d'un nourrisson de 13 mois que l'on amène parce que depuis 2 ou 3 jours, il est abattu, grognon, qu'il ne veut plus boire son biberon et qu'il a maigri d'une livre. L'enfant est abattu, comme anxieux, sans fièvre, sans réactions méningées, mais on est frappé des particularités suivantes : *odeur acétonémique de l'haleine, sécheresse de la langue et de la muqueuse buccale.* Temp. : 37°4; pouls : 120. En raison de certains antécédents familiaux et malgré une B.-W négative, on institue un traitement par frictions Hg.

Le lendemain, la température monte à 40°, puis apparaît un foyer de broncho-pneumonie et du météorisme, mais alors, l'analyse des urines aboutit à des résultats inattendus : *glycosurie* considérable, puisqu'elle dépassait 60 g. par litre, *lévulosurie*, beaucoup moins forte et n'atteignant pas 2g60 par litre; présence, en quantités considérables, de *corps acétoniques* : acétone et acide acétyldiacétique : 60 cg.; acide oxybutyrique : 2g80. L'examen du sang montre une anémie du second degré.

En présence de ce diabète, d'évolution si rapide, on prescrit du bicarbonate de soude, de l'antipyrine, de la lithine à petites doses, et, aussi un peu de pancréatine. Mais ce traitement n'a pas le temps d'agir et l'enfant s'éteint dans le coma, quatre jours après le premier examen. Les principales particularités de ce cas sont : 1° l'absence à peu près complète de tout signe pouvant, en dehors de l'examen chimique des urines, conduire au diagnostic; 2° l'existence d'antécédents diabétiques (grand-père maternel); 3° l'absence de tout signe d'HΣ; 4° la glycosurie considérable; 5° l'évolution rapide du diabète et la courte durée du coma, « comme dans l'immense majorité des cas observés, quels qu'aient été les régimes et les traitements prescrits. » La cause des accidents reste donc ignorée.

G. BLECHMANN.

De la carence alimentaire chez les enfants; 9 cas de scorbut infantile tardif. (E. WEILL et A. DUFOURT. *Arch. de méd. des enf.*, nov. 1919, n° 11.) — Les auteurs ont pu observer 9 cas fort typiques de scorbut infantile tardif dans une formation d'enfants rapatriés du Nord vers la fin de la guerre et *âgés de 2 ans 1/2 à 6 ans.* Il est rare de voir le scorbut se développer aussi tardivement, mais en fait la question d'âge est essentiellement secondaire et, ce qui importe, c'est l'absence prolongée d'aliments frais... « Nos compatriotes du Nord de la France envahie furent soumis, 4 ans et 1/2 durant, une gigantesque épreuve de carence alimentaire. » Le

régime alimentaire des petits scorbutiques observés par MM. Weill et Dufourt avait été constitué par du pain de fabrication équivoque et par le riz américain, les légumes frais manquant presque totalement. Au moment où ils furent examinés pour la première fois, ces enfants étaient en pleine période d'état.

La *gingivite* dominait habituellement le tableau. Plus accentuée à la gencive supérieure, elle constituait chez tous un bourrelet rouge vineux ou violacé plus ou moins saillant. A son plus haut degré, ce bourrelet descendant au devant des dents arrivait même à les cacher complètement. Ces gingivites étaient particulièrement douloureuses, et certains enfants pleuraient continuellement; les repas étaient devenus un cauchemar et la mastication produisait de fortes hémorragies. Tout traitement avait été inutile. Accompagnant dans la plupart des cas les lésions gingivales, les *troubles entéritiques* contribuaient à donner à l'affection un caractère particulier : tantôt simple susceptibilité gastro-intestinale, tantôt entérite aqueuse, glaireuse ou franchement sanglante, et une fillette de 5 ans 1/2 avait chaque jour 5 à 6 selles mêlées de sang rouge. Ces états diarrhéiques avaient résisté au traitement ordinaire.

Chez tous ces enfants existait de l'anémie, mais aucun n'a offert de pseudo-paralysie. « Par contre, nous avons compris, à la fréquence avec laquelle le rachitisme s'alliait au scorbut chez nos sujets, la confusion faite jadis par ceux qui décrivirent le rachitisme aigu ou hémorragique, et le grand mérite de Barlow qui sépare nettement ce qui appartenait à l'une et à l'autre maladie. »

La nature de l'affection de ces petits scorbutiques fut longtemps méconnue : les uns furent pris pour des entéritiques banaux ou des dysentériques, les autres pour des sujets atteints de gingivite liée à un mauvais état dentaire. Naturellement, malgré le régime le plus sévère, ces malades s'obstinèrent durant des mois à ne pas guérir! Les fruits crus furent bannis d'abord, puis les légumes verts, la viande, le pain... « Des infirmières, particulièrement documentées sur le régime prôné autrefois par Combe, n'hésitèrent pas à en faire chez ces enfants l'application intégrale, ce fut le règne des farineux. Les nouilles connurent leur apothéose. »

Le prof. Weill et M. Dufourt durent imposer, au grand étonnement pour ne pas dire au scandale du personnel, les oranges, citrons et légumes verts. Matin et soir après les repas les gencives étaient badigeonnées au jus de citron.

En un mois, tout fut guéri et il ne fut plus question de rien. « C'est une occasion nouvelle de répéter avec les cliniciens français que la thérapeutique doit être subordonnée au diagnostic, que le système des régimes suppose une uniformité des troubles digestifs qui a trouvé son expression officielle dans l'adoption d'une véritable formule orthodoxe, l'entérite chronique. » G. BLECHMANN.

C. FOIE

(AFFECTIONS DU — CHEZ L'ENFANT)

La clinique du kyste hydatique du foie chez l'enfant. (E. NOGUERAS CORONAS [de Salamanque]. *Archivos Españoles de Pediatria*, Madrid, mai 1920, n° 5). — Dans cet article, l'auteur s'occupe successivement : I. Du *kyste alvéolaire*, dont il a observé un cas, concernant un enfant de huit ans, présentant les symptômes suivants : dyspnée, augmentation de volume de l'abdomen, énorme hépatomégalie, tubérosités de la face supérieure du foie, refoulement du poumon droit vers le haut. On l'opère avec le diagnostic de kyste multiloculaire. A l'intervention, kystes multiples inopérables. L'autopsie montre la présence de nombreux kystes dans le foie, dans la queue du pancréas, dans la rate, dans le rein, dans les poumons. Il s'agissait donc de kyste alvéolaire, jusque-là inconnu en Espagne; à l'examen microscopique, on constatait la présence, à la face interne de chaque kyste, d'une membrane proligère typique; II. d'un *petit kyste hydatique unique du foie avec hépatomégalie, splénomégalie et ictère*, observé chez un enfant de 9 ans, lequel aurait pu, n'était l'existence de la fluctuation, faire penser à une cirrhose de Hanot; III. des *erreurs possibles de diagnostic du kyste hydatique chez l'enfant*: parfois un syndrome passager de perforation peut, comme dans une observation de l'auteur, révéler la présence d'un kyste jusque-là passé inaperçu; dans d'autres cas, comme dans celui de la petite M. Es....., on avait pensé, en raison d'une tumeur lisse, régulière, indolente, sans répercussion sur l'état général, à un kyste hydatique du foie; il s'agissait, en réalité d'une gomme qui guérit rapidement par le traitement spécifique; IV. des *méthodes auxiliaires de diagnostic* : rayons X, méthodes biologiques, éosinophilie, à peu près sans valeur; déviation du complément, qui laisse encore subsister quelques causes d'erreur (l'auteur a confondu un lipome de la jambe avec un kyste hydatique, en raison des constatations suivantes : éosinophilie forte, réaction de Weinberg, réactions d'importance secondaire ou encore mal déterminée. Une note histologique rédigée par M. Gallego termine cet excellent travail. L. BABONNEIX.

Les ictères syphilitiques de l'enfance. (G. BLECHMANN. Les ictères syphilitiques de la première enfance. *Journ. méd. franç.*, fév. 1920, n° 2. — *Id. Le Nourrisson*, n° 3, mai 1920.) — On doit être surpris que les rapports des ictères infantiles avec la syphilis n'aient que médiocrement attiré l'attention des classiques, si l'on songe à la fréquence des lésions hépatiques chez les nouveau-nés et nourrissons syphilitiques, si l'on se rappelle, avec le professeur Hutinel et Pr. Merklen, que le foie de l'embryon soumis par sa situation à l'influence immédiate des toxines maternelles est l'organe qui conserve l'un des plus facilement l'empreinte héréditaire.

Nous suivrons le plan de Blechmann dans l'analyse de son mémoire : I. *Ictère du nouveau-né et du nourrisson. a.* Ictères idiopathiques, physiologiques ou érythrodermie ictérogène (Moussous) : chez le nouveau-né existe une forme si commune d'ictère qu'on l'a dite physiologique ou idiopathique, sans cholémie, ni cholurie. Leuret a bien montré qu'il s'agissait là d'un ictère hémolytique : le nouveau-né a grande tendance à se refroidir, surtout en hiver et chez les prématurés, d'où diminution de la résistance globulaire. Blechmann rappelle que les accoucheurs ont remarqué depuis longtemps que l'ictère dit idiopathique survenait habituellement chez des prématurés, des débiles, des jumeaux, qu'il coïncidait avec l'œdème, le sclérème, etc. Or, « la syphilis, dans nos climats, constitue l'affection qui provoque, le plus communément, la naissance avant terme, la débilité congénitale, l'aspect chétif et vieillot, la grossesse gémellaire, le sclérème, etc. D'autre part, l'action des toxines maternelles ont pu produire, créer dans la cellule hépatique de l'embryon une susceptibilité fondamentale. *b.* Ictères par obstruction : on doit rapporter à la syphilis les cas où l'obstruction est causée par une compression, par des ganglions hilaires, par une gomme du foie, par des malformations ou des lésions cicatricielles (Castaigne et Simon). *c.* Ictères toxi-infectieux. Dans les ictères toxi-infectieux vulgaires (fièvre légère, selles verdâtres, diarrhéiques, souvent à la suite d'infection ombilicale) comme dans les ictères infectieux aggravés se terminant par la mort (hémorragies, convulsions), on a pu incriminer la syphilis (Ribadeau-Dumas et Poisot, spirochètes à l'examen du sang). Cette dernière forme répondrait à l'ictère avec hépatite diffuse retenue par MM. Hutinel et Lereboullet, d'après Hudelo, comme traduisant l'hérédosyphilis précoce. Quant à la maladie bronzée hématique de Laroyenne et Charrier, cyanose ictérique de Winckel, ses rapports avec la syphilis sont obscurs. II. *Ictères des grands enfants.* L'ictère syphilitique secondaire au cours d'une syphilis acquise est exceptionnel. Un ictère chronique par rétention (obstacle extracanaliculaire), un ictère infectieux grave (Parkes, Welses et Poynton)

ont pu être rapportés à la syphilis. Chez le grand enfant, l'étiologie syphilitique devra être recherchée dans toutes les cirrhoses s'accompagnant d'ictère : *a.* Cirrhoses veineuses : en dehors de l'ascite, de la dilatation veineuse sous-cutanée, de la splénomégalie, on peut rencontrer un foie gros et dur au lieu d'un foie atrophié. Il s'agit d'une cirrhose HΣ tardive; *b.* cirrhoses cardio-tuberculeuses : d'après le prof. Hutinel, cette panviscérite est dans la moitié des cas due à l'association de la syphilis et de la tuberculose; *c.* cirrhoses biliaires : certains cas de cirrhose biliaire hypertrophique, type Hanot et *familiale* sont peut-être d'origine syphilitique. Quant à la forme décrite par Hayem, foie modérément hypertrophié, mais rate énorme, elle serait presque toujours d'origine hérédosyphilitique.

Au cours de cette étude originale, Blechmann passe en revue certains signes mal connus, qu'à la suite de son maître, le prof. Marfan, il considère comme signalant l'infection due au tréponème : cranio-tabes, ganglion épitrochléen bilatéral, végétations adénoïdes précoces, splénomégalie avant le 6e mois, convulsions dites essentielles dans les premiers mois, maladie des vomissements habituels, encéphalopathies (Babonneix), strabisme interne convergent, etc. « Au risque de heurter les idées communément admises, la survenue d'un ictère le moins pathologique en apparence ne doit pas laisser le clinicien indifférent. »

L. GAYARD.

D. GÉNÉRALITÉS

Nanisme unilatéral des membres lié à la présence des chondromes multiples congénitaux. (F. PARKES WEBER. *The Brit. Journ. of Children's Diseases*, avril-juin 1920, p. 85, 1 fig.; 2 radio; bibliogr.) — Un garçon de 13 ans, bien portant, présente comme seule particularité morbide une déformation légère et un raccourcissement marqué des membres du côté droit. Rien d'intéressant dans ses antécédents. Les phénomènes pathologiques commencèrent, sans cause, vers 1 an et demi. A l'examen radiographique, on trouva deux larges chondromes de l'extrémité inférieure du tibia droit et d'autres productions de même nature dans le cubitus et dans le radius droits. Des points plus ou moins analogues ont été relatés par Adams, Camerou et Trathowka, Clemens.

L. BABONNEIX.

Deux cas d'anomalies de croissance : macrosomie unilatérale et développement excessif congénital du membre inférieur droit. (J. BLACK MILNE. *The Brit. Journ. of Children's Diseases*, nos 196-198, vol. XVII, avril-juin 1920, p. 79-85, fig. et bibliog.). — Le premier cas concerne un adolescent, entré à l'hôpital pour roséole, et qui présentait une hypertrophie congénitale du côté droit, appréciable à l'œil nu, et, mieux encore, aux mensurations. Comme dans quelques cas de ce genre (Hutchinson, Gardinier), elle portait aussi sur les viscères : le testicule droit était, par exemple, beaucoup plus gros que le gauche. La température était également plus élevée du côté hypertrophié. L'anomalie est congénitale, mais s'accentue-t-elle avec l'âge? La question est encore discutée. L'auteur fait remarquer : 1° que le côté « sain » présente toujours quelques troubles : décoloration de la peau, présence de nœvi capillaires, de verrues, hypertrophies partielles; 2° qu'il s'agit peut-être, dans quelques cas, de microsomie unilatérale associée à une macrosomie également unilatérale, et renvoie, pour plus de détails, au livre de J.-W. Ballantyne et à l'ouvrage récent de H.-R. Caston. Quant au second cas, il a trait à un jeune homme de 18 ans, atteint d'hypertrophie du membre inférieur droit, dont la musculature était d'ailleurs moins vigoureuse que celle du membre opposé. Elle s'accompagnait de scoliose et d'obliquité pelvienne. Ici encore, l'anomalie avait été remarquée à la naissance; elle offrait le caractère héréditaire, le père en présentant une identique.

L. BABONNEIX.

E. INFECTIONS

Syphilis héréditaire et dystrophies (aperçu de pathologie générale infantile. (Prof. HUTINEL et H. STÉVENIN. *Arch. de méd. des enf.*, t. XXIII, nos 1, 2, 3, 4; p. 5, 69, 145 et 201; janv.-fév.-mars-avril 1920.) — Les lésions qui dépendent de la syphilis héréditaire ont été souvent divisées en deux groupes : dans le premier se rangent les altérations spécifiques dans lesquelles on retrouve sinon le tréponème, du moins les lésions caractéristiques qu'il fait naître, dans le second, des troubles de nutrition, des *dystrophies*. Comme pour d'autres infections, on regardait les premières comme des lésions d'origine microbienne, les autres comme des altérations toxiniques. Mais les toxines sécrétées par le tréponème ne sont pas très diffusibles, leur action paraît locale; aussi semble-t-il plus naturel aux auteurs d'attribuer l'action dystrophiante de la syphilis aux lésions que cette maladie fait naître dans une foule d'organes importants, parmi lesquels les glandes endocrines dont le rôle est ici considérable.

Cette conception repose d'ailleurs sur les constatations anatomopathologiques, sur la présence dans ces organes soit des tréponèmes soit des lésions de type déterminé et reconnaissable qu'il détermine habituellement avec vascularite et périvascularite, tendance constante à s'orienter vers la sclérose. Cette évolution scléreuse n'est pas à vrai dire pathognomonique puisque chez l'adulte et chez le vieillard d'autres infections ou intoxications peuvent la réaliser, mais chez l'enfant, elle est en opposition avec les réactions vives et franches qu'on rencontre habituellement. Aussi la présence de grosses lésions scléreuses (dilatation des bronches, scléroses pulmonaires, néphrites), dont on s'explique mal l'apparition, si elle ne permet pas d'affirmer l'existence de la syphilis, commande-t-elle au moins de la rechercher. Parmi ces organes, il en est dont les altérations sont connues depuis longtemps et sur lesquelles il faut insister, ce sont celles des glandes endocrines (thyroïde, hypophyse, etc.), en raison de leur influence sur la nutrition et le développement des enfants et sur certains appareils comme le pancréas, les organes génitaux, la moelle osseuse, qui eux aussi, sont souvent responsables des dystrophies que fait apparaître l'hérido-syphilis. Sans doute la syphilis n'est pas la seule cause infectieuse capable de produire de tels désordres, mais elle en est une des plus fréquentes.

Ces perturbations nutritives, occasionnées par la syphilis héréditaire se présentent sous des aspects extrêmement nombreux et variables. Suivant le moment où le tréponème a exercé son action, on est en présence soit d'arrêts de développement, de malformations et de monstruosités, soit de dystrophies proprement dites, seules envisagées dans ce travail. Celles-ci revêtent des formes multiples, locales ou partielles, générales, héréditaires.

a. Dans les *dystrophies partielles*, la syphilis au lieu de troubler la nutrition dans son ensemble, localise son action, mais il est rare que cette infection locale soit unique, d'où les multiples dystrophies partielles parmi lesquelles il faut ranger les stigmates les plus caractéristiques de la maladie et dont le groupement a une telle valeur révélatrice : malformations craniennes, circulation cranienne supplémentaire, dystrophies auriculaires, oculaires, dentaires, etc. Faut-il attribuer à tous ces stigmates toute l'importance qu'on leur a longtemps accordée? Les auteurs ne le croient pas. Mais parmi les septicémies, les infections, les intoxications ou les dégénérescences qui atteignent l'enfant au début de la vie et dont l'issue n'est pas mortelle, la syphilis est certainement une des plus *fréquentes* et des plus durables; il est donc naturel qu'elle fasse naître *communément* des dystrophies que les autres affections ne réalisent qu'exceptionnellement.

Les organes qui ont été ainsi touchés par la syphilis ne se réparent pas complètement, cela est vraisemblable; ils gardent souvent des traces qui peuvent rester latentes et incon-

nues; elles expliquent les réveils souvent tardifs de l'infection spécifique, qui se produisent rarement d'une manière spontanée, mais surtout sous l'influence d'une fatigue, d'un surmenage, d'une déchéance de l'organisme, ou plus souvent encore à la suite d'une intoxication, d'une infection fortuite déterminée par des germes vulgaires, ou d'une pyrexie? Les exemples de reviviscence abondent. Elles sont la cause de certaines réactions méningo-encéphaliques et d'autres réactions viscérales. Il semble qu'en dehors des réveils toujours possibles d'une infection dont on ne peut jamais dire qu'elle soit définitivement éteinte, l'organe touché par la syphilis héréditaire ait cessé d'être normal. Fréquemment il paraît dystrophique et en état de moindre résistance; il a été vraisemblablement sensibilisé par l'infection spécifique. Cette infériorité fonctionnelle de certains organes explique encore qu'une insuffisance jusque-là passée inaperçue se manifeste tout à coup à l'occasion d'une infection grave. Les syndromes graves ou malins d'origine encéphalique, hépatique, pancréatique, et surtout surrénale, qu'on voit survenir chez certains sujets au cours d'épidémies de scarlatine, diphtérie ou typhoïde, ne sont pas toujours dus simplement à une localisation purement fortuite de l'agent infectieux; par la débilité organique qu'elle a créée, la syphilis, sans en être la raison unique, exerce son influence chez certains malades, comme le laissent supposer l'existence de stigmates ou une réaction de Wassermann positive.

b. Les *dystrophies générales* sont rarement totales, elles atteignent à des degrés divers toutes les pièces d'un même appareil, toutes les parties d'un même tissu; mais elles n'y sont pas toujours également réparties, elles ont en effet des sièges de prédilection. En général, elles sont d'autant plus accusées et ont d'autant plus de tendances à devenir totales que les sujets sont plus jeunes.

Il y a dans la vie de l'enfant des époques où elles se montrent avec une gravité et une fréquence spéciales : ce sont d'abord les trois premières années où la nutrition et la croissance se font avec une rapidité vraiment tumultueuse; c'est ensuite l'adolescence, c'est-à-dire le moment de la grande poussée évolutive qui accompagne l'entrée en fonction de l'appareil général.

Ces dystrophies doivent être rangées en trois groupes :

Dans le premier se classent celles que provoquent les altérations des glandes endocrines (thyroïde, hypophyse, surrénales), celles-ci se manifestant, la plupart du temps, non de façon isolée, mais sous forme de syndromes pluriglandulaires, soit en raison de la solidarité qui existe entre ces organes, soit en raison de leur atteinte simultanée par l'hérédosyphilis.

Dans le second, se placent les altérations sanguines qui sont sous la dépendance de la moelle osseuse, celle-ci étant très voisine des glandes endocrines par ses réactions et ses fonctions, et présentant avec elles une véritable solidarité.

Dans le troisième, on groupe une foule d'états dystrophiques dans lesquels l'action associée ou isolée des glandes endocrines ne saurait être incriminée du moins exclusivement et dont l'origine est complexe. D'autant plus menaçants qu'ils apparaissent chez des enfants plus jeunes, ces troubles de nutrition semblent, au premier abord, profondément distincts et éloignés les uns des autres; ce sont l'athrepsie, l'hypotrophie, le rachitisme, l'obésité, le nanisme, le gigantisme, l'infantilisme, etc.

Aucune de ces dystrophies n'est réalisée directement par l'action de la septicémie spécifique ou des poisons du tréponème, aucune ne peut être comparée à une granulie ou à une toxémie diphtérique; mais toutes peuvent être la conséquence immédiate des lésions causées par le tréponème dans les principaux organes, comme elles peuvent être réalisées par des causes banales, d'ordre alimentaire ou infectieuse. La plupart des dystrophies groupées dans ces trois classes ne sont donc pas d'origine exclusivement endocrinienne.

c. Les *dystrophies* d'origine hérédosyphilitique ne se rencontrent pas seulement chez les sujets contaminés par leurs parents; elles peuvent se retrouver chez leurs descendants. Ce sont là les *dystrophies héréditaires.* Ce qui se transmet, c'est non une affection donnée, mais une débilité glandulaire, susceptible d'aboutir à des résultats différents et parfois presque opposés, une débilité organique, dont les manifestations sont souvent variables chez les enfants d'une même famille tout en restant généralement dans un même groupe. En passant d'une génération à une autre, ces dystrophies subissent en effet des modifications qui les rendent plus ou moins méconnaissables. L'hérédité des dystrophies créées par la syphilis héréditaire n'a d'ailleurs rien qui lui soit propre. Mais ce qui mérite d'être signalé, en ce qui concerne la syphilis, c'est que l'hérédité d'une dystrophie ne comporte nullement une hérédité d'infection. La clinique a montré depuis longtemps en effet que les syphilis héréditaires de seconde génération, par exemple, sont plus souvent d'ordre dystrophique que de nature infectieuse. Le tréponème peut avoir disparu des tissus, non seulement du rejeton, mais même de ceux des générateurs, alors que les troubles de nutrition, jadis causés par son action, peuvent encore se transmettre.

Ces considérations sont importantes du point de vue thérapeutique; ce n'est plus en effet à une infection disparue qu'il faut s'attaquer, et le traitement spécifique n'a vraiment plus à intervenir; ce qu'il faut modifier ce sont les tares organiques, uni ou pluriglandulaire, et c'est là souvent qu'agit d'une manière efficace le traitement opothérapique.

P. PRUVOST.

F. MALADIES DES NOURRISSONS

(QUESTIONS RELATIVES A L'ALLAITEMENT)

Quelques remarques sur la protection des enfants du premier âge. La maison des nourrices et des nourrissons. Les asiles pour les enfants privés du sein. (A.-B. MARFAN. *Le Nourrisson,* n° 4, juillet 1920.) — Le 23 et le 24 mai, la ligue contre la mortalité infantile a tenu, à la Faculté de médecine de Paris, une « conférence nationale sur les moyens les plus efficaces pour combattre la mortalité des nourrissons. »

Deux questions avaient été mises à l'étude : 1° Encouragement à l'allaitement maternel; 2° placement des nourrissons que les mères ne peuvent garder. (Nous donnerons un aperçu des 7 rapports présentés quand ils auront été publiés.) Au cours de la discussion, M. Marfan a été amené à toucher quelques points essentiels :

1° Quand on examine les œuvres, d'ailleurs excellentes, qui favorisent l'allaitement maternel, ce qui frappe, c'est « leur isolement, leur dispersion, leur absence de cohésion ». Il y a des consultations de nourrissons, des crèches-garderies, des mutualités maternelles, des restaurants gratuits pour mères-nourrices, des crèches d'hôpital, des œuvres qui distribuent des secours aux mères-nourrices, des asiles pour les nourrices pauvres. Mais ces œuvres sont indépendantes, elles n'ont pas de relations entre elles : *elles s'ignorent.* Un groupe d'œuvres d'assistance aux nourrissons devrait exister dans tous les quartiers pauvres de Paris et devrait comprendre : 1° Une *consultation de nourrissons,* organe central; 2° une *crèche-garderie*; 3° un *restaurant gratuit* pour mères-nourrices; 4° un *asile ou refuge-ouvroir* pour nourrices saines, sans ressources; 5° une *crèche-hôpital* (pour nourrissons malades, avec ou sans la mère); 6° une *cuisine de lait.* Tous ces organes doivent être réunis dans des locaux contigus et soumis à une direction unique, véritable MAISON DES NOURRICES ET DES NOURRISSONS, avec des médecins compétents et ayant le goût de la médecine du 1er âge, des administrateurs choisis, des surveillantes et des infirmières « actives ou avisées » et des assistantes sociales ou infirmières-visiteuses.

2° Quand on réunit dans un même établissement des enfants *âgés de moins d'un an, nourris au biberon* et *séparés de leur mère*, la mortalité de ceux qui y font un séjour un peu prolongé est RAREMENT INFÉRIEURE A **50 p. 100**; elle dépasse parfois ce chiffre. « Les œuvres qui s'occupent des enfants âgés de moins d'un an, séparés de leur mère et privés du sein, entreprennent une des tâches les plus ingrates qui soient, une tâche vouée à un insuccès complet ou relatif. » Car il ne suffit pas de nourrir avec un bon lait, bien administré, le nourrisson séparé de sa mère, il faudrait presque pour lui seul, une infirmière qui remplaçât la mère défaillante. En fait, comme le disait Lagneau, la mère pauvre devrait être la nourrice payée de son enfant. G. BLECHMANN.

Recherches épidémiologiques sur les affections à pneumocoques du nourrisson. (P. NOBÉCOURT, J. PARAF et H. BONNET. *Presse méd.*, 19 mai 1920, p. 913.) — En 1915, Avery (*Journ. expérim. méd.*, p. 114) et Blake en 1917 (Id., p. 67) ont montré qu'il est possible, à l'aide des agglutinations par les sérums spécifiques, de caractériser 4 variétés de pneumocoques I, II, III et IV. Les variétés I, II et III comprennent presque tous les pneumocoques pathogènes (pneumonies, broncho-pneumonies, otites, etc.), tandis que le type IV correspond aux pneumocoques dits saprophytes, ne paraissant jouer aucun rôle pathogène. Au cours de l'hiver 1919-1920, à la Maternité, MM. P. Nobécourt, J. Paraf et H. Bonnet ont étudié systématiquement, par la méthode des sérums agglutinants, les types des pneumocoques rencontrés chez les mères hospitalisées avec leurs bébés, ainsi que chez les nourrissons de la crèche ; les résultats furent conformes en tous points aux conclusions des auteurs américains, le type II étant le plus fréquemment rencontré. Par les ensemencements pratiqués en série, il a été possible de constater le rôle prédominant de la contagion dans la diminution de ces pneumococcies, par contact direct ou indirect avec des angines, des rhinopharyngites, des broncho-pneumonies ou avec de simples porteurs de germes. C'est ainsi que l'arrivée d'un nourrisson porteur de pneumocoque II dans une salle dont aucun occupant n'était porteur de germes pathogènes, est suivie de l'apparition rapide de pneumocoque II, dans le rhino-pharynx des nourrissons couchés dans les berceaux voisins; puis de l'éclosion de broncho-pneumonies dues au même type de germe chez quelques-uns de ces nourrissons.

Il est donc nécessaire d'*isoler avec soin* tout porteur de pneumocoques pathogènes et à plus forte raison, tout malade atteint d'infection à pneumocoques. G. BLECHMANN.

Cf. — Traitement des pleurésies purulentes à pneumocoques des nourrissons par la sérothérapie spécifique. (P. NOBÉCOURT et J. PARAF. *Journ. de méd. de Paris*, oct. 1919, p. 539.)

Etude clinique sur les pneumococcies des nourrissons. (J. RENARD. *Th. de Paris*, 1920.)

Epidémie de pneumococcémie dans une crèche. (VARIOT. *Soc. de pédiat.*, 24 fév. 1920.)

G. NEUROLOGIE

La tache bleue mongolique chez les enfants européens. (J. COMBY. *Arch. de méd. des enf.*, n° 6, juin 1920.) — La tache bleue sacrée mongolique a été décrite pour la première fois en France par M. E. Apert (*Soc. méd. des hôp.*, 16 sept. 1909.)

La même année, en Hongrie, un élève de Bokay, A. V. Koos publiait un mémoire sur 30 cas recueillis sur un total de 15.000 enfants de Budapest. Depuis, les cas se sont rapidement multipliés : Tula Bovira (*Arch. lat. Amer. de pédiat.*, mai-juin 1911) a pu en observer 43 cas à Montevideo. Le mémoire de M. Comby rapporte 14 observations de cette tache congénitale bleue ou ardoisée de la région sacrée ou lombaire, unique ou multiple, d'étendue variable et qui peut être considérée comme un trait, comme une marque de la race jaune ; elle n'a donc aucune signification pathologique et elle est appelée à disparaître spontanément dans la seconde enfance. On ne la trouve, en Europe, que chez des enfants bruns, issus de parents bruns et elle est probablement le vestige d'un métissage lointain euro-asiatique, ajoutons que l'idiotie mongolienne, sorte d'idiotie congénitale avec facies asiatique, n'a rien de commun avec la tache bleue mongolique.

G. BLECHMANN.

Poliomyélite épidémique. (L. BABONNEIX. *Journ. méd. Français*, n° 3, mars 1920.) — On parle beaucoup, depuis quelques années, de poliomyélite épidémique. Faut-il supposer que, sous une même dénomination, les auteurs ont englobé les cas les plus disparates? M. L. Babonneix, rallié à la théorie qui considère la poliomyélite épidémique et la paralysie infantile comme une seule et même affection, fait valoir en faveur de la doctrine uniciste des arguments qui nous paraissent entraîner la conviction.

Tout d'abord L. Babonneix rappelle : *a*. qu'entre les deux affections, les analogies l'emportent de beaucoup sur les différences, celles-ci étant négligeables ; *b*. qu'elles sont reliées par toutes les formes possibles de transition ; *c*. que le virus de l'une peut être neutralisé par le sérum de rejets immunisés contre l'autre. Puis, l'auteur répond aux objections des dualistes : 1° la paralysie infantile n'est pas contagieuse, disent-ils. Or, la P. I. la plus classique peut être contagieuse et devenir l'origine d'une épidémie plus ou moins importante. A preuve, les cas de M. Cordier où un enfant atteint d'une indiscutable paralysie infantile *avec* hypotonie et atrophie musculaire, et *sans* troubles sensitifs, a été le point de départ d'une petite épidémie de village et a contaminé douze enfants ; 2° D'après les dualistes, dans la P. I. les lésions sont localisées aux cornes antérieures de la moelle, systématisées (Charcot), dans la poliomyélite épidémique, les lésions sont diffuses, s'étendant sur tout l'axe cérébro-spinal et atteignant, substance grise ou blanche et méninges. Mais avec Roger et Damaschino, avec Vulpian, il faut bien voir que la généralisation des lésions est constante. Quelques années après eux, M. Pierre Marie montrait que dans la P. I. le processus atteint le cordon antéro-latéral ; 3° les objections d'ordre clinique ne sont guère plus valables : dans la P. I., l'absence régulière des troubles et sphinctériens est loin d'être la règle et on a noté souvent des douleurs, parfois des contractures, de la rétention d'urine, de l'incontinence durable, etc. ; la régression des paralysies, au lieu d'être toujours limitée dans le temps et dans l'espace, peut être souvent très accusée ; 4° la théorie dualiste est bien incapable de rendre compte du fait que le sérum d'un sujet atteint de P. I. neutralise le sérum d'un poliomyélitique.

Cependant des recherches récentes ont remis certains des problèmes d'identité en question. Il s'agit des cas d'ictère avec réactions méningées chez lesquels notre collègue Pignot a pu constater que le sérum neutralisait le virus de la poliomyélite épidémique. Nous avions émis l'hypothèse dans ce journal (*Gaz. des hôpit.* La poliomyélite antérieure, n°s 32 et 33, 1919, voir p. 497, 2e col.) que ces déterminations cliniques : ictère avec réactions méningées, pouvaient caractériser au premier chef la spirochétose ictère-hémorragique, inconnue au moment des travaux de M. Pignot. Pour M. L. Babonneix, la question ne pourra être résolue que du jour où l'épreuve de neutralisation du virus fera ressortir certains cas à la poliomyélite épidémique, tandis que les autres seront attachés à la spirochétose par la mise en évidence des spirochètes dans les humeurs, l'inoculation au cobaye, la réaction des immunisines et le séro-diagnostic.

G. BLECHMANN.

NOTES POUR L'INTERNAT

PLAIES PÉNÉTRANTES DE L'ABDOMEN

DÉFINITION. — Les plaies pénétrantes de l'abdomen sont celles qui traversent les parois de l'abdomen et peuvent blesser ou non les organes de cette cavité. Elles sont donc caractérisées par une lésion constante du péritoine.

ETIOLOGIE. — **Agent vulnérant.** — En dehors des plaies exceptionnelles produites par arrachement, morsures, ou de plaies par échalas, crochet de bois, tige de fer, corne de taureau chez les toréadors, les plaies de l'abdomen sont produites soit par des armes blanches, soit par des armes à feu.

ARMES BLANCHES. — Ce sont soit des instruments piquants (épée, baïonnette, fleuret), soit des instruments tranchants (couteau, sabre) soit des instruments à la fois piquants et tranchants (poignards). Les lésions siègent dans le voisinage de la plaie ; ce sont des plaies à l'italienne faisant de gros dégâts.

ARMES A FEU. — Ce sont les plaies civiles et les plaies de guerre.

Les plaies civiles sont plus légères produites par des revolvers, ayant une force de pénétration moindre.

Les plaies par armes de guerre ont au contraire une grande force de pénétration, le projectile pouvait aborder l'abdomen après avoir traversé le thorax (soldat couché). Ce sont parfois des plaies par balle de fusil, plus souvent ce sont des plaies par éclat de grenade ou éclat d'obus. Dans cette guerre, les lésions par projectile d'artillerie ont été beaucoup plus fréquentes que toutes les autres, même réunies.

ETAT DE L'AGENT VULNÉRANT. — 1. *Aseptique.* — La balle est presque aseptique.

2. *Septique.* — Les plombs des armes de chasse sont plus septiques et souvent tétanigènes. Les armes blanches le sont peu, mais peuvent le devenir en traversant le tube intestinal. Quant aux projectiles d'artillerie, leur haute septicité est un fait indéniable.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — A. **Lésions de la paroi.** — VOIES DE PÉNÉTRATION. — Habituellement ces plaies se font à travers la musculation de la paroi abdominale. Mais souvent aussi, elles peuvent passer à travers le thorax (plaies en enfilade, ou plaies thoraco-abdominales) ; quelquefois à travers le périnée (empâtement, curettage utérin) à travers la cuisse (face antérieure), ou à travers la fesse et à cet égard on ne saurait trop attirer la méfiance sur ces dernières.

Au point de vue anatomique, ce sont les lésions habituelles de la plaie de guerre, avec la bouillie tissulaire au niveau du trajet, bouillie mélangée à des débris de vêtements, de projectiles, à du sang. On peut observer des lésions de l'artère épigastrique ou de l'artère mammaire interne, exposant à des hémorragies sérieuses.

B. **Lésions de la cavité abdominale.** — On peut observer des plaies simples sans lésion viscérale et des plaies avec lésion viscérale.

a. PLAIES PÉNÉTRANTES SANS LÉSION VISCÉRALE. — Ces plaies sont rares, mais leur existence est incontestable ; elles se voient surtout après des plaies par instruments piquants, exceptionnellement après des plaies par balle (2 p. 100). [Expérience de Reclus et Noguès. Exemples de cette guerre.] On peut observer des plaies étroites et des plaies larges. Elles peuvent s'*infecter* directement ou par des corps étrangers tombés dans la cavité péritonéale, ces corps étrangers pourront s'éliminer ultérieurement par les voies naturelles. Mais leur complication habituelle, c'est la hernie traumatique, sans sac péritonéal. Le plus souvent, on trouve un petit bouchon épiploïque ; quelquefois, c'est une éviscération constituée par l'estomac et l'intestin.

Tantôt l'issue des organes se fait au dehors (hernie complète) ; tantôt ils s'arrêtent en cours au milieu des muscles, de la paroi (hernie intrapariétale) ; tantôt ils s'engagent entre le péritoine décollé et les muscles (hernie propéritonéale).

Cette hernie peut s'étrangler et c'est là-même la grosse complication qui aboutira au sphacèle des organes herniés, et à la péritonite ou par exception, quand il s'agit de l'intestin, à l'établissement d'un anus contre nature.

b. PLAIES PÉNÉTRANTES AVEC LÉSION VISCÉRALE. — Les lésions observées sont uniques ou le plus souvent multiples ; elles porteront soit sur des organes septiques, exposant à la péritonite, soit sur des organes vasculaires, menaçant par l'hémorragie.

Organes qui saignent. — Ce sont l'aorte, la veine cave inférieure, le gros vaisseau du foie, la rate, le rein, l'épiploon, le mésentère. Ce dernier collecte et dirige le sang (kystes hématiques).

Les plaies par arme blanche blessent un seul organe, en général, tandis que celles des armes à feu en atteignent, en général, plusieurs.

Organes septiques. — *a.* En premier lieu et par ordre de fréquence, c'est le tube digestif qui est atteint (estomac, duodénum, intestin et surtout ce dernier).

La septicité du contenu, peu marquée au niveau de l'estomac et du duodénum, augmente de plus en plus dans l'intestin, pour atteindre son maximum au niveau de l'anse iléale et du cæcum ; elle décroît ensuite au niveau du côlon et du rectum ; pour Roger et Garnier, au contraire, c'est dans cette dernière partie de l'intestin que serait le maximum de septicité.

Les lésions viscérales sont constituées par :

1. Des piqûres : plaies par instrument piquant (aiguille fine, trocart). Les plaies par aiguille fine sont inoffensives au niveau de l'intestin sain ; mais, par contre, elles peuvent devenir dangereuses au niveau d'un intestin distendu. Quant aux instruments plus volumineux, ils déterminent des plaies pouvant évoluer vers l'infection péritonéale ou vers la cicatrisation. Dans ce cas, l'obturation est produite par une hernie de la muqueuse (bouchon muqueux de Reclus) ; mais ce rôle de la muqueuse n'est plus admis aujourd'hui, car septique, elle ne peut que s'opposer au rapprochement des deux séreuses. Pour Jobert de Lamballe, et son opinion conserve toute sa valeur, c'est la contracture de la tunique musculaire qui entrerait en jeu. Actuellement on fait jouer un rôle de premier ordre à l'épiploon, défenseur mobile du péritoine (Dambrin) et aux anses intestinales voisines qui, par un processus de réaction, réaliseraient la fermeture de la plaie intestinale.

2. Des sections : plaies par instruments tranchants. On peut observer des sections *transversales :* les fibres musculaires longitudinales éversent la muqueuse, pendant que les fibres circulaires lui forment un sphincter, s'opposant momentanément à l'issue du contenu intestinal, des sections *longitudinales* ; dans ce cas, l'orifice est béant par lésion des fibres circulaires, laissant échapper le contenu de l'anse blessée dans la cavité intestinale, — des sections *obliques*, des sections *complètes* ; on a soutenu, après expérience sur l'animal, que dans ce cas, pendant une demi-heure, la contraction des fibres circulaires sur le bouchon muqueux, arrêtait l'issue des matières ; mais, en réalité, l'efficacité de cette constriction est douteuse sur l'intestin en état de plénitude — des sections incomplètes (lésions opératoires au cours d'ablation, d'annexes adhérentes).

3. Des plaies par coup de feu. Dans ce cas, les lésions sont généralement multiples ; et on peut tout voir, depuis la plaie punctiforme jusqu'aux larges déchirures. *(A suivre.)*

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 27 octobre. — Jury : MM. Sebileau, président ; Couvelaire, Le Lorier et Okinczyc. — M. BUNEAU (Paul). L'anesthésie générale continue à distance par les voies respiratoires. — M. GUILLEMET (Paul). Passage de la graisse à travers le placenta.

Jeudi 28 octobre. — Jury : MM. de Lapersonne, président ; Hutinel, Marfan et Carnot. — M. CUVILLIER (Emile). De la mesure de la déviation dans le strabisme. — M. AUCHIER (Gaston). Contribution à l'étude du traitement de la coqueluche. — M. EVENOU (Pierre). Etude des cholestéatomes oculaires. — M. TASSIGNY (Jean). Traitement abortif de l'amygdalite phlegmoneuse par les injections intraveineuses. — Mlle BURGARD (Marie). Rapports des pleurésies purulentes.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
εστ
επαθαντ

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, **20** francs par an.
Étudiants étrangers, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE	3 mois : **7** fr.	6 mois : **13** fr.	1 an : **25** fr.
UNION POSTALE	3 mois : **9** fr.	6 mois : **16** fr.	1 an : **30** fr.

Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Pathologie.* — Séance du 27 octobre. — MM. Dalsace (Robert), 7; Villetard de Prunières, 9; Seligman (Pierre), 8; Guyonnaud, 7; Maduro, 10; Plet, 6; Hernu, Laffaille, Fortin et Kensinger, 8.

Anatomie. — Séance du 26 octobre. — MM. Duchein, 8; Huet (Pierre), 5; Camino, 6; Piot, 10; de Brun du Bois-Noir (Pierre), 12; Pollet, 8; Le Rasle, Viollet et Cocault-Duverger, 10; Périsson, 13.

MAISON DÉPARTEMENTALE DE NANTERRE. — Concours de l'internat. — Jury : MM. Bordas, François-Dainville, R. Français, Larroche, Michaux.

Séance du 25 octobre. — Question écrite : « Formes cliniques des pleurésies purulentes et leur traitement. »

Questions restées dans l'urne : « Symptômes, diagnostic et traitement de l'étranglement herniaire. — Symptômes et complications de la pneumonie. »

Ont été déclarés admissibles après lecture des copies : MM. Arfeux, 18; Bruant, 17 1/2; d'Anglemont, 17; Briois et Jeudon, 16 1/2; Barois, 15; Guilherm et Bonafous, 14; Bernard et Marset, 11.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Alger. — Sont chargés des cours complémentaires ci-après désignés :

MM. les prof. Hérail : thérapeutique; Micheleau : législation et déontologie pharmaceutiques; Musso : géologie et hydrologie pharmaceutiques; Malosse, prof. agrégé : chimie organique.

— Bordeaux. — Sont chargés des cours complémentaires ci-après désignés :

MM. les agrégés Carles : thérapeutique et pharmacologie; Barthe : toxicologie et hygiène appliquée; Chelle : analyse qualitative et quantitative; Labat : démonstrations et préparations pharmaceutiques; Mandoul : microbiologie; Faugère : accouchements.

M. Chambrelent, agrégé libre, est chargé, pour l'année scolaire 1920-1921, d'un cours complémentaire de puériculture.

— Sont nommés chefs de travaux :

MM. les Drs Beylot : histologie; Soulé : physiologie; Lasserre : histoire naturelle.

— Sont chargés des fonctions ci-après désignées :

1° Chefs de travaux : MM. les agrégés Picqué : anatomie; Réchou : physique; Muratet : anatomie pathologique.

2° Chefs de laboratoire : MM. les agrégés Dupérié : hôpital des enfants; Delaunay : hygiène; Lande : médecine légale.

— Nancy. — La chaire d'histoire naturelle de la Faculté de pharmacie de l'Université de Nancy est déclarée vacante.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Clermont. — Sont nommés chefs de travaux :

MM. les prof. Buy : anatomie; Billard : physiologie; Perrin : histoire naturelle; MM. les suppléants Dionis du Séjour : médecine opératoire; Moureyre : anatomie pathologique; Merle : histologie.

— Grenoble. — Mlle Barrier, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale est chargée du cours de pharmacie et matière médicale (chaire vacante).

M. Romeyer, pharmacien de 1re classe, est chargé des fonctions de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale, en remplacement de Mlle Barrier, appelée à d'autres fonctions.

Un nouveau congé est accordé à M. Jacquemet, professeur de pathologie interne.

M. Traversier, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale, est chargé en outre, d'un cours de pathologie interne.

— Nantes — Des concours s'ouvriront, le 25 avril 1921, devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris :

1° Pour l'emploi de professeur suppléant de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes;

2° Pour l'emploi de professeur suppléant de médecine expérimentale, physiologie et bactériologie à ladite Ecole.

Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

HYGIÈNE ET PRÉVOYANCE SOCIALES. — *Au grade de chevalier.* — MM. les Drs Jean Laborde et Antheaume (de Paris), Ducasse (de Villeneuve-sur-Lot), Laffitte (de Paris), Rome (de Béziers).

M. Brissy-Le Cholleux, homme de lettres, ancien collaborateur de la *Gazette des hôpitaux.*

MINISTÈRE DES COLONIES. — *Au grade d'officier.* — M. le Dr Le Roy des Barres (d'Hanoï).

MINISTÈRE DES PENSIONS. — *Au grade de commandeur.* — MM. le prof. Hartmann, le Dr Valude (de Paris), le médecin de 1re classe Duco.

Au grade d'officier. — MM. les prof. Arnozan (de Bordeaux), Achard et Lapicque (de Paris), les Drs Jean Camus et Chauvet (de Paris).

AFFAIRES ÉTRANGÈRES. — *Au grade d'officier.* — M. le Dr Godinho, citoyen portugais.

Au grade de chevalier. — MM. les Drs Jules Lopes, citoyen portugais; Bernard Wyatt, citoyen américain; Durante, citoyen suisse; Léonard Robinson, sujet britannique, médecin chef de Hertford British Hospital; Cuénod (de Tunis).

GUERRE. — *Au grade de chevalier* (à titre posthume) :

M. Beauchamp (Joseph), médecin aide-major de 1re classe : médecin aide-major d'une haute valeur morale. S'est consacré à sa tâche avec le plus entier dévouement dès les premiers combats de la campagne. A trouvé une mort glorieuse, le 11 août 1914, devant Lagarde, en Lorraine. Croix de guerre avec palme. (*J. O.*, 18 juillet 1920.)

M. Trotabas (Marcel), médecin-major (active) de 2e classe au Centre urologique de la XVIe région (anciennement au 146e rég. d'infanterie) : médecin d'une haute compétence professionnelle et d'une grande bravoure. A été blessé très grièvement, le 28 mai 1918, en assurant le repli du poste de secours du régiment sous la pression d'un ennemi acharné supérieur en nombre et malgré un tir des plus violents d'artillerie et les rafales de mitrailleuses. (*J. O.*, 4 août 1919.)

M. Chauvire, médecin de 1re classe : médecin très dévoué et de grande valeur : beaux services de guerre aux fusiliers marins et sur le *Dupetit-Thouars*. Une citation, une proposition extraordinaire. Déjà inscrit au tableau de concours. (*J. O.*, 4 août 1920.)

M. Branger (Jules), médecin de 1re classe : excellent officier plein d'entrain, conduite remarquable lors du torpillage du *Dupetit-Thouars*. Une citation. Déjà inscrit au tableau de concours. (*J. O.*, 4 août 1920.)

M. Josephson (Wladimir), médecin auxiliaire aide-major : de nationalité polonaise, sert dans l'armée française comme volontaire et dans l'infanterie sur sa demande. A toujours montré, tant en secteur que dans les différentes actions offensives du régiment, notamment devant Saint-Quentin, le complet mépris du danger. Tué, le 6 août 1918, alors qu'il conduisait son personnel en ligne sous un feu très violent d'artillerie. A été cité. (*J. O.*, 11 août 1920.)

M. Gobert (Marie), médecin auxiliaire : le 23 avril 1918, a été tué, en allant reconnaître les emplacements d'une compagnie du bataillon. Médecin auxiliaire d'un zèle et d'un dévouement remarquables. A été cité. (*J. O.*, 11 août 1920.)

M. Boissin (Jean), médecin auxiliaire particulièrement courageux et dévoué, a assuré son service sous un bombardement intense le 22 juillet 1915. A été mortellement atteint par un éclat d'obus dans la tranchée où il se trouvait au milieu des chasseurs dont il soutenait la confiance. A été cité. (*J. O.*, 12 août 1920.)

M. Bach (Jean-Gabriel-François), médecin aide-major : jeune médecin, plein d'allant et d'un dévouement remarquable. Tombé glorieusement, le 13 août 1916, à Flaucourt. A été cité. (*J. O.*, 14 août 1920.)

M. Cabanes (Paul-François-Auguste), matr. 224, médecin aide-major de 2e classe : pendant la période du 28 septembre au 14 octobre 1916, a fait preuve du plus grand esprit de sacrifice pour assurer l'évacuation des blessés. N'a pas hésité à rapprocher le plus possible son poste de secours des premières lignes et a pu, ainsi, réussir à donner aux blessés les soins les plus immédiats. Blessé mortellement le 8 novembre 1916. A été cité. (*J. O.*, 14 août 1920.)

M. Dubois (Jean-Georges-Marie), matr. Rt 154, médecin aide-major : a prodigué son dévouement avec la plus grande bravoure pendant toute la campagne. Atteint, le 10 juillet 1916, par un éclat, lors d'un bombardement par obus asphyxiants, et fortement contusionné, a tenu à vérifier lui-même les mesures de protection et ne s'est laissé évacuer que sur ordre formel. Est mort quelques heures après, victime de son dévouement. A été cité. (*J. O.*, 14 août 1920.)

M. Barnabas, lieutenant de vaisseau, officier de toute confiance. A pris part comme second de l'*Aldebaran* à des opérations très importantes où il s'est fait remarquer par son courage. Une citation. Déjà inscrit au tableau de concours. (*J. O.*, 14 août 1920.)

M. Franck (Alexis), médecin aide-major de 1re classe. Au front depuis le début de la guerre. Fait prisonnier, revenu au régiment, n'a cessé de faire preuve de bravoure, de dévouement et d'endurance. Mort glorieusement dans l'exercice de ses fonctions, au poste de secours, le 25 juillet 1915, au bois de la Gruerie. A été cité. (*J. O.*, 14 août 1920.)

GUERRE. — M. le médecin principal de 1re classe Lafforgue (Félix-Jean), directeur du Service de santé de la division de Constantine, est affecté comme médecin chef de la place d'Epinal, président de la Commission de réforme.

M. Dodieau, médecin chef de la place et de l'hôpital de Constantine, président de la commission de réforme, est affecté comme directeur du Service de santé de la division de Constantine.

M. Remond, médecin chef de la place d'Epinal et président de la commission de réforme, est affecté comme médecin chef de la place et de l'hôpital de Constantine et président de la commission de réforme.

M. Thiriet hors cadres, troupes d'occupation du Maroc, est réintégré dans les cadres et affecté au gouvernement militaire de Paris.

M. Hombourger, du gouvernement militaire de Paris, détaché au Schleswig, est affecté aux hôpitaux du 8e corps d'armée.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — M. le Dr Billon (de Paris) est nommé médecin du ministère.

CONVENTION SANITAIRE INTERNATIONALE. — Le *Journal officiel* du 21 octobre publie un décret portant promulgation de la convention sanitaire internationale signée à Paris le 17 janvier 1912. Cette convention prévoit les prescriptions à observer par les pays signataires dès que la peste, le choléra ou la fièvre jaune apparaissent sur leur territoire.

COURS D'HYGIÈNE ET DE CLINIQUE DE LA PREMIÈRE ENFANCE. (Hôpital des Enfants-Malades. Professeur : M. MARFAN.) — M. Marfan commencera ce cours le mercredi 10 novembre 1920, à 10 heures du matin, à l'hôpital des Enfants-Malades (149, rue de Sèvres), et le continuera les mercredis suivants, à la même heure.

Le cours aura lieu à l'amphithéâtre de la clinique médicale.

Le mardi, à 10 heures, consultation de nourrissons, à l'amphithéâtre de la clinique médicale.

Le jeudi, à 10 h. 1/2, conférences complémentaires par MM. les Drs Henri Lemaire, médecin des hôpitaux; G. Blechmann et Hallez, chefs de clinique, Dorlencourt, chef de laboratoire, au rez-de-chaussée de la salle Blache.

Le vendredi, à 10 heures, examen des malades à l'amphithéâtre de la clinique médicale.

Tous les matins, à 9 heures, visite dans les salles.

REVUE GÉNÉRALE

LE TRAUMATISME

DANS L'ÉTIOLOGIE DES AFFECTIONS MÉDICALES

(Nécessité, en présence de la loi sur les accidents du travail, d'en discuter la fréquence et d'en préciser la valeur.)

Par le Dr COURTOIS-SUFFIT,
Médecin des hôpitaux,
édecin en chef des des Manufactures de l'Etat,
Expert près les tribunaux.

*
* *

Post hoc, ergo propter hoc (1).

Un peu délaissée avec l'avènement de l'ère pastorienne, la notion du traumatisme, comme cause immédiate des affections médicales, a repris, par un retour, peut-être insuffisamment justifié, une valeur extrême depuis l'avènement des lois sociales, et, en particulier depuis la loi de 1898, sur les accidents du travail; et si, parmi les nombreux travaux qui ont été consacrés à cette question, il en est de valeur scientifique indiscutable, tels ceux de Claisse, Jolliaire, Sergent, sur l'insuffisance aortique; — de Souques, sur l'insuffisance mitrale traumatique; — de Régis de Brissaud, sur la paralysie générale; — de Cruchet, sur le diabète; — d'Œttinger, sur l'ulcère de l'estomac; — de Ribierre, sur les hémorragies cérébrales...; il en est beaucoup d'autres, qui malgré l'évidente bonne foi de leurs auteurs, apparaissent insuffisants à l'heure actuelle, les observations sur quoi ils sont étayés manquant souvent d'un contrôle certain ou d'une critique sévère.

Par ailleurs, si l'on ouvre tel ou tel grand traité de médecine, on trouve presque toujours au chapitre étiologique de *toutes* les maladies, le mot « traumatisme... », mais il est vrai que les auteurs se bornent, en général, à cette mention, ou emploient dans leurs citations des phrases singulièrement vagues : « il se pourrait que » : ou bien : « certains auteurs ont pu incriminer le traumatisme à l'origine de... », etc.

Cette imprécision pouvait n'avoir qu'une importance relative avant la loi de 1898, mais depuis le vote et l'application de cette loi, il n'en est plus de même.

Le traumatisme a cessé d'être un mot, pouvant être inscrit au dossier des causes des diverses affections médicales, il a acquis, en quelque sorte, une personnalité, qui obéit à une définition précise; dont l'évolution est soumise à une loi, laquelle a pour caractéristique d'être forfaitaire et transactionnelle, et qui, enfin, a un corollaire singulièrement important puisqu'il apparaît sous *la forme d'une réparation pécuniaire*...

Il n'est donc plus indifférent de dire, par exemple : que le diabète, le cancer, la tuberculose, peuvent être d'origine traumatique, il faut le prouver, et, pour faire cette preuve, faute de laquelle le traumatisme ne serait plus rien, il convient que celui-ci réunisse dans son apparition, dans sa nature, dans sa violence et dans son évolution des conditions extrêmement précises, toujours les mêmes, applicables à toutes les maladies, et que nous signalerons ultérieurement.

Il y a, croyons-nous, intérêt à délimiter avec une précision aussi grande que possible, la fréquence exacte du traumatisme dans l'étiologie des maladies, et cela, aussi bien pour les ouvriers que pour les magistrats et les experts.

Il est indispensable, en effet, pour les experts de pouvoir s'appuyer sur des textes formels, car bien souvent des médecins, dans le but de défendre les intérêts des ouvriers et peut-être aussi les leurs, cherchent, en s'appuyant sur des observations discutables au point de vue scientifique, quoique figurant dans tous les traités, à attaquer des conclusions d'expertise et à ébranler ainsi le jugement des magistrats et à troubler leur constant souci d'équité et de droiture.

Loin de nous la pensée de déposséder le traumatisme de ce qui lui appartient; sa part dans la genèse ou l'aggravation des différentes maladies est assez grande pour qu'il ne soit pas nécessaire de l'étendre inconsidérément et nous croyons qu'il est utile de le *laisser à sa place* — mais *rien* qu'à sa place.

*
* *

On appelle traumatisme, selon la définition aujourd'hui classique de Thoinot :

« *Toute blessure externe, toute lésion chirurgicale, toute lésion médicale, tout trouble nerveux psychique, avec ou sans lésion corporelle concomitante résultant de l'*action soudaine *d'une violence extérieure intervenant pendant le travail ou à l'occasion du travail et toute lésion interne déterminée par un effort violent dans les mêmes circonstances.* »

Comment cette *violence extérieure* est-elle susceptible de produire des lésions des organes internes?

Elle peut agir de deux façons : soit en provoquant des lésions locales élémentaires, soit en provoquant des troubles généraux d'ordre psychique surtout, ou, plus rarement d'ordre viscéral.

Dans le premier cas il s'agit de lésions de contusion, d'attrition, de déchirure des tissus, etc., qui peuvent déterminer, selon la région frappée, selon l'état antérieur de cette région, selon la violence de l'agent vulnérant, des phénomènes secondaires tels que : aggravation d'une lésion préexistante, infection d'une plaie, d'où rupture de fibres musculaires ou tendineuses, déchirures d'organes sous-jacents, etc.; plus souvent, la lésion primitive résultant immédiatement du traumatisme évolue et on observe des lésions d'évolution qui consistent : soit en *processus d'ulcération* par nécrose et élimination des tissus contus (c'est le cas de l'ulcère de l'estomac par exemple), soit en *processus de cicatrisation* avec sclérose des tissus primitivement atteints (c'est le cas de l'endocardite sclérosante, des foyers cicatriciels intracérébraux, etc.).

Certains auteurs font entrer dans le cadre des lésions d'évolution, la production de tumeurs ma-

(1) « A la suite de cela, donc à cause de cela ». — Formule par laquelle on désignait, dans la scolastique, l'erreur qui consiste à prendre pour cause ce qui n'est qu'un antécédent dans le temps.

lignes et bénignes. Si cette évolution est vraisemblable pour les tumeurs bénignes nous aurons l'occasion, au cours de cet article, de montrer combien la tumeur maligne, le cancer, est rarement la conséquence unique d'un traumatisme.

Dans le deuxième cas, le traumatisme agit en provoquant des troubles généraux d'ordre psychique : ce sont les psychoses et les névroses traumatiques, de plus en plus rares d'ailleurs à l'heure actuelle. Enfin, l'accident peut provoquer des troubles généraux, d'ordre à la fois nerveux et viscéral et à ce groupe se rattache le diabète dont nous reparlerons plus loin.

On conçoit que, pour déterminer des lésions superficielles, au niveau des membres par exemple, il suffit d'un choc d'intensité moyenne; dans le cas qui nous occupe ici, au contraire, les lésions profondes, viscérales, ne peuvent être provoquées que par un traumatisme présentant certaines qualités de force et de violence.

Il est nécessaire également, pour admettre la relation médico-légale entre l'accident et la lésion viscérale consécutive, que cette lésion siège au niveau même du point frappé et que la région ait été parfaitement saine antérieurement.

Enfin il faut que le temps qui s'est écoulé entre le traumatisme et l'apparition des symptômes soit assez court pour que, logiquement, en faisant état des notions anatomiques et pathogéniques acquises à l'heure actuelle, on puisse établir la relation de cause à effet entre l'accident et l'affection consécutive.

* * *

Il était nécessaire, à notre avis, de rappeler ici ces quelques notions, car à tout moment. l'expert doit rechercher, en présence d'une affection déterminée, si les *5 conditions* suivantes sont réalisées :

1° *Nature, siège et violence du traumatisme;*

2° *Intégrité de la région avant le traumatisme*;

3° *Apparition de la lésion au niveau du point atteint;*

4° *Continuité des manifestations pathologiques locales;*

5° *Notions du temps écoulé entre le traumatisme et l'affection qui en résulte.*

C'est seulement quand ces conditions seront au complet, que l'expert pourra conclure dans son rapport, par l'affirmative, et relier à l'accident en cause, l'affection présentée par le blessé; et cela, est si vrai, que, dans leurs ordonnances, les magistrats nous demandent de répondre aux questions suivantes : examiner le blessé, dire quelles sont les blessures occasionnées par l'accident, s'il y a un rapport immédiat de cause à effet, entre le traumatisme et la maladie, s'il en est résulté une infirmité temporaire ou permanente, etc.

* * *

Voyons maintenant à propos de chaque maladie ou de chaque groupe de maladies, l'influence que le traumatisme peut avoir sur leur apparition.

Appareil respiratoire. — Depuis Laënnec on connaît le rôle de la contusion thoracique ou pulmonaire dans l'apparition des lésions sous-jacentes. Cette notion est toujours exacte, mais, pour que l'on puisse admettre l'origine traumatique possible d'une affection pulmonaire, il faut que l'enquête étiologique révèle l'existence de lésions superficielles ou profondes de l'appareil respiratoire ou des signes de déchirure pleuro-pulmonaire.

Dans les cas de blessures graves du thorax, cette étiologie est évidente; mais, le plus souvent, le médecin qui n'a pas assisté à l'accident ne peut se baser que sur des commémoratifs et sur des symptômes d'évolution.

La constatation d'une hémoptysie est un bon signe de lésion traumatique du poumon. Elle peut être tardive, récidivante, et dans certains cas peut en imposer pour une hémoptysie tuberculeuse. Sergent a bien montré la rareté de la nature bacillaire de ces hémoptysies, et j'ai moi-même présenté en 1918 à l'Académie de Médecine plusieurs observations d'hémoptysies tardives non tuberculeuses. Les statistiques publiées pendant la guerre ont confirmé la nature banale de ces hémoptysies.

Une autre conséquence du traumatisme est de faciliter l'infection de la région blessée soit par les microbes existant antérieurement dans le parenchyme pulmonaire : bacille de Koch, pneumocoque, pour ne citer que les plus fréquents; soit par des microbes amenés dans la région traumatisée par les voies aériennes.

De toutes les affections pulmonaires susceptibles de reconnaître une étiologie traumatique, deux seulement méritent de retenir l'attention du médecin expert. Ce sont la pneumonie et la tuberculose pulmonaire.

Pneumonie. — En raison de la fréquence de la pneumonie franche aiguë, de son début soudain en pleine santé, on a pu être amené à la rattacher à un traumatisme plus ou moins réel.

Or, la pneumonie traumatique est *des plus rares*. Les statistiques publiées à ce sujet montrent qu'elle ne représente que *1 p. 100* à peine des pneumonies en général. Et encore est-il nécessaire, pour la considérer comme possible, que le blessé ait eu une atteinte pneumococcique antérieure.

Avant l'application de la loi sur les accidents de travail, on n'était pas très difficile pour admettre l'origine traumatique de la pneumonie et on étiquetait même sous ce nom des pneumonies siégeant du côté opposé à la blessure.

Or, il est bien acquis maintenant que cette étiologie ne peut être discutée que si la lésion *siège en un point correspondant au traumatisme*, que si le blessé a subi une atteinte pneumococcique antérieure expliquant la présence de pneumocoques dans la région contusionnée, que si les symptômes cliniques apparaissent dans les 24 à 48 heures qui suivent l'accident. Et, à ce point de vue, il y a lieu d'éviter deux erreurs inverses : rattacher à un accident une pneumonie qui était déjà en pleine évolution dans les jours précédents; — attribuer à un traumatisme plus ou moins bénin une pneumonie apparaissant très tardivement.

TUBERCULOSE PULMONAIRE. — Etant donné la fréquence des traumatismes, et, malheureusement aussi la fréquence non moins grande de la tuberculose pulmonaire, il n'est pas étonnant que la question de la tuberculose dans ses rapports avec les accidents soit une de celle qui se présente le plus souvent à l'examen du médecin expert et qui soit l'une des plus malaisées à élucider.

Comme pour le cancer, comme pour le diabète, on tend trop facilement à considérer toute tuberculose survenue chez un ouvrier victime d'un accident quelconque comme la conséquence immédiate de cet accident. Bien souvent ces rapports sont admis de bonne foi, mais trop souvent aussi c'est consciemment que l'on cherche à rendre le traumatisme comptable d'une affection évoluant lentement depuis un certain temps.

Depuis la guerre, cette question a franchi une étape importante et la preuve est maintenant établie que *la tuberculose pulmonaire d'origine traumatique est des plus rares, si tant est même qu'elle puisse être considérée comme possible.*

En présence de certaines séquelles pleuro-pulmonaires, l'idée d'une tuberculose pleurale ou pulmonaire devait fatalement s'imposer aux médecins qui examinaient, à une époque plus ou moins lointaine, les blessés de poitrine.

Cette idée était, en quelque sorte, renforcée par les notions quasi-classiques sur l'action du traumatisme thoracique dans l'éclosion ou le réveil de la tuberculose pleuro-pulmonaire.

Une réaction se fit assez vite heureusement, et actuellement les idées ont évolué grâce surtout aux travaux de Sergent. Ce dernier s'est en effet attaché, dans différentes publications, à démontrer que, avant de poser des conclusions aussi graves à tout point de vue, il fallait des preuves absolues et que, en second lieu, l'expérience des faits était loin de concorder avec les notions un peu théoriques sur les rapports du traumatisme et de la tuberculose.

Les travaux de Sergent ont été confirmés par ceux de Dénéchau, Ribadeau-Dumas, Devic et Cordier, etc., et tous ces auteurs, mettant en œuvre les nombreux moyens d'exploration actuellement connus, ont pu montrer *combien la tuberculose pulmonaire est rare, exceptionnelle même, dans les suites récentes ou éloignées des plaies pleuro-pulmonaires.*

C'est là un fait acquis et non contesté dont on est obligé depuis la guerre de tenir compte en matière d'accidents du travail.

On devra donc éviter de poser hâtivement un pareil diagnostic sans s'être entouré de toutes les garanties suffisantes, et ne pas s'en tenir aux hypothèses résultant d'aspects cliniques qui, par la similitude des symptômes physiques, subjectifs et des troubles de l'état général, doivent être soumis à un contrôle rigoureux. Les statistiques recueillies dans ces conditions sont particulièrement démonstratives.

Sur 100 blessés de poitrine, Sergent n'a pas observé un seul cas de tuberculose consécutive à une plaie pleuro-pulmonaire.

Sur 48 blessés étudiés par Ribadeau-Dumas, 2 seulement présentaient des signes de tuberculose pulmonaire, et il s'agissait de bacillaires antérieurs à la guerre.

L. Bernard et Mantoux arrivent aux mêmes conclusions après examen de 379 blessés de poitrine.

Sur 135 cas de Dénéchau, 3 blessés seulement ont eu une tuberculose pulmonaire vérifiée; et ces cas ont même été discutés.

Ledoux-Lebard, qui fait autorité en exploration radioscopique, a examiné 1.200 plaies de poitrine chez des blessés. Son opinion confirme celle des auteurs précédents.

Les plaies de poitrine n'exercent donc sur le développement de la tuberculose qu'une action infime; et, concluait Sergent, ce qui agit dans la pathogénie de ces tuberculoses soi-disant traumatiques, ce n'est pas la blessure, ce sont ses conséquences, c'est-à-dire la longue suppuration, le séjour prolongé dans le lit d'hôpital, la perte d'appétit, l'alimentation insuffisante.

Mais, si la tuberculose traumatique vraie est exceptionnelle, il est, par contre, évident que la tuberculose *peut être aggravée par un traumatisme* en suivant le processus indiqué plus haut : l'accident provoque des lésions de contusion ou de déchirure dans un poumon déjà infecté par le bacille de Koch et l'accident contribue à diffuser et à augmenter la virulence du bacille.

Ainsi s'expliquent les poussées évolutives, les hémoptysies consécutives aux efforts violents et aux contusions du thorax.

Ainsi s'expliquent également les localisations bacillaires aberrantes succédant à des traumatismes, telle cette observation classique d'un blessé qui fut atteint de tuberculose des méninges à la suite d'un coup, relativement bénin, ayant porté sur la tête, mais qui, ainsi que l'autopsie le révéla plus tard, présentait des lésions avancées et bilatérales de tuberculose pulmonaire.

Appareil circulatoire. — On sait que l'origine traumatique des AFFECTIONS VALVULAIRES est possible.

Mais il est évident que, pour amener la rupture, il faut que le traumatisme soit particulièrement violent. Dreyfus, par une statistique portant sur 38 cas de ruptures valvulaires par effort, note :

24 fois une rupture des sigmoïdes aortiques,
12 fois — de la valvule mitrale,
2 fois — — tricuspide.

Sur 34 cas de ruptures valvulaires par contusion, le même auteur note :

22 fois une rupture des sigmoïdes aortiques,
10 fois — de la mitrale,
1 fois — de la tricuspide,
1 fois — de la valvule pulmonaire.

Les lésions aortiques et mitrales sont donc de beaucoup les plus fréquentes. Nous n'insisterons pas sur leurs caractères cliniques bien décrits dans les traités de pathologie. Rappelons seulement qu'il faut, pour admettre leur origine traumatique, que les souffles orificiels présentent des caractères assez spéciaux de rythme et d'intensité : souffles piau-

lants, etc., et non les caractères ordinaires des souffles des cardiopathies chroniques.

Potain admettait l'existence d'une MYOCARDITE TRAUMATIQUE apparaissant 2 à 3 jours après l'accident et se caractérisant cliniquement par de la dyspnée et de l'angoisse pouvant aller jusqu'à l'asystolie. Nous n'avons retrouvé aucune observation analogue dans les traités de médecine légale ; il s'agit donc de faits extrêmement rares qu'on ne devra admettre qu'exceptionnellement en présence de notions étiologiques très nettes, car il est singulièrement fréquent de voir de vieux blessés présentant de l'arythmie, de la dyspnée d'effort et de l'angoisse précordiale, indices d'une myocardite ancienne, tenter de l'attribuer à un traumatisme récent.

Nous citerons seulement la PÉRICARDITE TRAUMATIQUE, affection également très peu fréquente, mais admise par tous les auteurs.

Appareil digestif. — La possibilité de l'origine traumatique de l'ulcère et du cancer de l'estomac est une notion très répandue dans le public et ceci explique la tendance évidente qu'ont les blessés à attribuer à un traumatisme plus ou moins violent de l'abdomen, l'ulcère ou le cancer dont ils sont atteints.

Il est évident que l'origine traumatique de l'ULCÈRE DE L'ESTOMAC est, dans un certain nombre de cas, du moins, non douteuse, mais elle est assez rare, et Thoinot, dans ses leçons déclare n'avoir relevé que 31 cas dans toute la littérature médicale. Depuis cette époque, Œttinger et Petit en ont relaté quelques cas à l'abri de toute critique et admettent la réalité de l'origine traumatique de l'ulcère de l'estomac à condition que l'on relève nettement dans les antécédents du malade, l'existence d'un traumatisme susceptible d'avoir déterminé des lésions élémentaires de l'estomac telles que contusion, déchirures, etc., capables d'expliquer les accidents ultérieurs.

Quant à l'origine accidentelle possible du CANCER DE L'ESTOMAC et de la transformation possible sous l'influence du traumatisme, d'un ulcère en cancer, nous aurons l'occasion de revenir sur ce sujet lorsque nous étudierons l'étiologie des tumeurs.

L'origine traumatique des AFFECTIONS HÉPATIQUES est encore plus discutable et les cas probants sont beaucoup plus rares.

Les traités signalent encore à l'article « Abcès du foie » l'origine traumatique possible de cette affection en dehors de toute plaie du foie.

Si tant est qu'elle existe, une telle étiologie de ces abcès est très rare. Leur origine peut alors s'expliquer par la déchirure du parenchyme hépatique et la localisation à ce niveau d'une infection concomitante.

Il conviendra du reste, en pareille circonstance, d'être très prudent et de ne pas rattacher, d'après les dires du blessé, à une origine accidentelle, certains abcès amibiens qu'un examen sérieux et un interrogatoire serré, rapporteront à leur vraie cause.

Quant aux *cirrhoses* d'origine traumatique, Thoinot n'en rapporte qu'un seul cas, émanant d'un auteur allemand. Il n'en existe pas d'autres à notre connaissance. Nous n'insisterons donc pas plus sur cette affection.

Appareil urinaire. — Un choc portant sur la région lombaire, et suffisamment violent pour déterminer des lésions ecchymotiques, une tumeur rénale ou des hématuries peut être l'origine d'affections aiguës ou chroniques du rein, soit par processus de cicatrisation : néphrites traumatiques, soit par infection : pyélonéphrite, hydronéphrose, périnéphrite, lithiase.

Ces faits sont très rares car ils exigent pour reconnaître cette étiologie traumatique, une violence considérable en raison de la situation profonde et bien protégée du rein.

On ne devra admettre la néphrite traumatique que s'il est absolument évident que le blessé a présenté au moment de l'accident des symptômes non douteux de contusion ou de déchirure du rein.

Le REIN MOBILE d'origine traumatique est plus fréquent.

On sait que, dans le public, la néphroptose est presque toujours considérée comme d'origine accidentelle et cette notion est admise également, mais avec des restrictions, par la plupart des médecins : Glénard, Thoinot, tout en en discutant la fréquence, décrivent un *rein mobile d'origine traumatique*. Par contre, Chauffard ne fait pas mention de cette étiologie dans son article du traité de médecine.

Il résulte de l'étude des statistiques que cette affection reconnaît cependant dans 36 p. 100 des cas, une étiologie traumatique non douteuse.

Mais ici encore, il faudra rechercher et n'admettre la relation de cause à effet que si l'accident a été violent et a pu provoquer une chute, un effort brusque, ou une contusion.

Affection du système nerveux. — De toutes les affections médicales d'origine traumatique, il n'en est pas qui aient donné lieu à des interprétations aussi vagues et aussi peu précises que les affections du système nerveux.

A ce point de vue, il y a lieu, de toute évidence, de distinguer deux groupes d'affections : celles qui surviennent immédiatement après un traumatisme grave, pour lesquelles le rapport de cause à effet entre l'accident et la lésion est évident, et celles qui surviennent plus tardivement, quelquefois même après les délais de revision prévus par la loi de 1898, et pour lesquelles, en dehors de toutes vérifications anatomiques, la relation de cause à effet ne peut être établie que sous forme d'hypothèse.

Les HÉMORRAGIES CÉRÉBRALES TRAUMATIQUES, ont été bien étudiées dans un rapport récent de Martin et Ribierre. Elles peuvent survenir à la suite d'un accident ayant déterminé une blessure ou un choc plus ou moins violent de la tête. Elles apparaissent alors assez rapidement. Leur apparition tardive, plusieurs semaines ou même plusieurs mois après l'accident permet d'éliminer leur origine traumatique.

Certains auteurs rattachent à l'hémorragie céré-

brale traumatique, l'attaque d'apoplexie survenant chez un individu âgé, artérioscléreux, à la suite d'un effort violent. Il est classique en effet de signaler parmi les causes occasionnelles de l'hémorragie cérébrale, le rôle de l'effort. Mais on sait que ces ictus peuvent aussi bien apparaître la nuit, pendant le sommeil. Le rôle de l'effort ne pourra donc être pris en considération au point de vue de la loi de 1898, que s'il a été réellement très violent, anormal, incontestable, et que si l'ictus apoplectique en a été la conséquence immédiate. Faute de quoi on serait pratiquement amené à attribuer au traumatisme toutes les causes de mort subite.

Il est donc, en résumé, assez facile de faire la part de l'accident dans l'étiologie des hémorragies cérébrales. Il n'en est pas toujours de même lorsqu'on passe en revue les autres affections cérébro-médullaires.

Parmi ces affections, en effet, les unes sont très rares et la possibilité de leur origine traumatique a été établie au vu d'observations anciennes qui manquent le plus souvent de recherches confirmatives anatomo-pathologiques ou biologiques; certaines de ces affections ont été, depuis, discutées, leur symptomatologie remaniée, leur étiologie précisée, si bien qu'il est difficile actuellement de faire état des articles parus dans les traités classiques. Si d'autre part on cherche des observations analogues dans la jurisprudence ou dans les traités médico-légaux on ne trouve que très peu de faits postérieurs à la loi sur les accidents; les articles de ces taités ayant été rédigés, la plupart du temps, en utilisant des observations très anciennes ou des statistiques de valeur douteuse, d'origine germanique le plus souvent.

Nous n'insisterons donc pas sur les rapports que peuvent affecter avec les traumatismes les myélopathies, la poliomyélite antérieure chronique, l'atrophie musculaire progressive, la sclérose latérale amyotophique, la sclérose de plaques, etc.

Retenons seulement cette notion que pour que l'on puisse prendre en considération l'étiologie traumatique possible de ces accidents, il faut que le choc ait été suffisamment violent pour atteindre l'axe spinal, qu'il ait provoqué des lésions évidentes et graves, telles que fractures, luxations, etc., et enfin que les accidents nerveux soient apparus rapidement. Quant aux lésions médullaires consécutives à des traumatismes périphériques, on ne devra accepter leur origine que sous bénéfice d'inventaire; elles sont, en effet, des plus discutables.

Signalons seulement pour en terminer avec ces affections médullaires, l'*hématomyélie* et la *syringomyélie*. Notre collègue G. Guillain a bien montré dans sa thèse, les rapports qui existent entre le traumatisme et ces affections, et il a pu suivre et publier des observations non douteuses de syringomyélie consécutive à des accidents. Mais l'évolution est alors extrêmement lente et ce n'est souvent que 6 à 8 ans après que les symptômes font leur apparition alors que les délais de revision prévus par la loi de 1898 sont dépassés. On décrivait autrefois *un tabes et une paralysie générale* d'origine traumatique. Nous savons actuellement que ces maladies sont à peu près toujours d'origine syphilitique et en conséquence que leur nature traumatique, si tant est qu'elle existe, est tout au moins très discutable.

En résumé, en présence d'une affection de système nerveux attribuée par un blessé à un accident de travail, faudra-t-il être très réservé et très circonspect. On ne pourra prendre en considération les dires de l'ouvrier que si le traumatisme a été violent, qu'il a atteint directement l'axe cérébro-spinal et que les symptômes sont apparus aussitôt après l'accident.

Il sera nécessaire ensuite de contrôler le diagnostic par tous les moyens d'analyse actuellement à notre disposition afin de s'assurer de la réalité de l'affection en cause et afin de préciser si possible la date de son apparition.

Beaucoup de ces affections en effet existent avant le traumatisme et dans la grande majorité des cas, ce dernier n'agit pas comme créateur mais comme aggravateur d'une maladie antérieure suivant une loi générale qui veut que tout ébranlement physique ou psychique retentisse d'une façon fâcheuse sur le système nerveux sain et surtout sur un système nerveux malade.

Quels sont enfin les rapports qui existent entre le traumatisme, LES PSYCHOSES ET LES NÉVROSES? C'est une question des plus difficiles à résoudre pour le médecin expert en raison de l'imprécision des phénomènes cliniques, de l'absence de lésions anatomiques, de la fréquence de la simulation et de l'existence de travaux scientifiques anciens qui admettaient comme une vérité démontrée l'influence des traumatismes sur l'apparition et le développement des névroses et qui sont maintenant pour la plupart controuvés.

Nous citerons seulement les psychoses qui apparaissent à la suite des blessures graves de la tête : fracture du crâne, commotion, contusion cérébrale, etc. Dans ces cas, l'étiologie est non douteuse, mais il s'agit d'éventualités extrêmement rares dans les cas d'accidents du travail.

L'expert est plus souvent commis pour examiner des blessés qui attribuent à l'accident l'origine de crises d'épilepsie, de phénomènes hystériques, etc.

L'ÉPILEPSIE TRAUMATIQUE peut apparaître à la suite de blessures du crâne ou de lésions des vaisseaux méningés, elle est alors, le plus souvent à *type Bravais Jacksonnien* et elle peut guérir si l'on supprime chirurgicalement la cause. L'*épilepsie vraie* d'origine traumatique est absolument exceptionnelle et, sauf les cas où elle succède à une lésion du crâne, rien ne permet d'admettre actuellement un rapport de cause à effet entre un traumatisme périphérique et une crise d'épilepsie. Il s'agit plutôt du réveil par le traumatisme, d'une épilepsie fruste ou latente.

Quant aux accidents décrits sous le nom d'*hystérie*, d'*hystéroneurasthénie traumatique*, après avoir connu une période de splendeur au moment de l'apparition de la loi de 1898, ils tendent de plus en plus à disparaître du cadre de la pathologie des accidents du travail, surtout depuis que les travaux des neurologistes et en particulier de Babinski ont permis, par la recherche de symptômes précis,

impossibles à reproduire par la volonté ou la suggestion, de délimiter la part qui revient dans l'état de ces malades aux lésions organiques et aux phénomènes purement psychiques et névropathiques.

A l'heure actuelle la SINISTROSE est devenue une maladie exceptionnelle, ce qui vient confirmer la nature purement psychique de cette affection.

Restent enfin à signaler les rapports que peuvent affecter avec les traumatismes et les CANCERS ET LES MALADIES DE LA NUTRITION.

En ce qui concerne le cancer, la question est singulièrement difficile à résoudre, car, si *scientifiquement parlant*, la relation de cause à effet entre le traumatisme et les tumeurs est très loin d'être établie ou facile à établir, puisque Segond a pu dire, que l'observation probante, le fait impeccable démontrant sans discussion possible qu'un traumatisme peut être la cause déterminante d'un cancer n'existe pas, il n'est pas de notion vulgaire plus courante, plus universellement admise..., il n'est pas de femme atteinte d'un cancer au sein, qui ne signale, quelques semaines, quelques mois, ou même, quelques années auparavant un coup, une chute, une contusion quelconque...

Tout ce que l'on peut dire c'est que la question des tumeurs d'origine traumatique se présente sous deux aspects : l'un scientifique impossible à résoudre; l'autre médico-légal et que dans ce dernier cas, il y a parfois une coïncidence chronologique telle entre la maladie et l'accident que l'on ne peut nier l'influence étiologique de celui-ci. On peut en outre considérer comme démontrée : l'influence des traumatismes chez les cancéreux, les métastases post-traumatiques d'un cancer préexistant; les tumeurs malignes aggravées par l'accident; et les tumeurs développées sur les séquelles des traumatismes... C'est à peu près tout.

Parmi les maladies de la nutrition, le DIABÈTE est à peu près seul à envisager, car son origine traumatique est également admise par tous, et d'ailleurs le fait est possible, mais quand on examine de près, les observations sur quoi cette notion est fondée, on constate encore que les faits probants sont infiniment rares et qu'ils doivent être admis sinon avec scepticisme du moins, avec une grande circonspection.

Si Cantani, en effet, acceptait l'origine traumatique du diabète dans 10 p. 100 des cas, si Lépine admettait que le traumatisme agit comme cause seulement chez 5 p. 100 des diabétiques et encore pas comme cause exclusive, ce qui, déjà, tend à diminuer sérieusement son influence et sa fréquence, le prof. M. Labbé déclare qu'après avoir suivi des centaines de cas de diabète il *n'en a jamais observé un seul* qui fût indiscutablement d'origine traumatique; il ajoute que, tout en admettant la réalité de cette pathogénie, il pense que son importance a été fort exagérée, et que beaucoup d'observations publiées, qui à première vue sont probantes, sont à critiquer dans chacun de leurs détails, et qu'il ne faut accepter que celles où ce rapport est nettement établi; et celles-ci sont très rares.

Pour admettre l'origine traumatique d'un diabète sucré il faut que les 4 conditions suivantes soient remplies :

1° Nécessité d'un traumatisme violent, susceptible d'avoir provoqué des lésions sérieuses avec *ébranlement du système nerveux*;

2° Nécessité d'enquête qui dira si le diabète était antérieur à l'accident, ou, à défaut de preuves, si le blessé était en très bon état de santé, s'il travaillait régulièrement;

3° Délai raisonnable entre le traumatisme et l'apparition du diabète;

4° Notion de la continuité des symptômes observés chez le malade depuis l'accident jusqu'à la constatation du diabète.

Tout diabète chronique imputé à un traumatisme qui ne réunit pas ces conditions précises, peut être considéré comme un *faux diabète traumatique*.

*
* *

LES CONCLUSIONS qui se dégagent de l'exposé qui précède sont les suivantes :

1° Le traumatisme, comme cause d'aggravation des maladies, a un rôle certain, important, et relativement fréquent;

2° Son influence créatrice, pour indéniable qu'elle soit dans certains cas, est beaucoup plus restreinte; elle a, surtout depuis la loi sur les accidents du travail, été singulièrement exagérée et cela se conçoit aisément, tant de personnes ayant intérêt à l'admettre : les ouvriers, bien souvent de la meilleure foi du monde, et d'autres, hélas! plus consciemment.

XXIXe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Tenu à Paris du 4 au 9 octobre 1920 (1)

TROISIÈME QUESTION.

LES FRACTURES DU COU-DE-PIED VICIEUSEMENT CONSOLIDÉES.

Rapport de M. BÉRARD (de Lyon).

Les consolidations vicieuses des fractures du cou-de-pied ne sont réellement bien connues que depuis la loi sur les accidents du travail et depuis la découverte des rayons X. Pour les bien comprendre il faut se rappeler des données, que l'on doit principalement à Destot, sur la statique du pied et le fonctionnement de la tibio-tarsienne à l'état normal et à l'état pathologique.

Données d'anatomie normale et pathologique. — La voûte plantaire, demi-coupole reposant par son bord externe, dit Destot, a une portion principale en dehors, une portion accessoire en dedans, un appui postérieur représenté par les deux tubérosités calcanéennes, un appui antérieur que forment avec le 5e métatarsien dans toute sa longueur les têtes des 4 autres métatarsiens et une clé rattachée à ces deux appuis : le cuboïde.

Dans la mortaise tibio-péronière, le pilon tibial transmet le poids du corps à l'astragale : système de sustentation, la pince des deux malléoles empêche les déplacements latéraux du pied : système de direction.

Dans l'astragale, deux systèmes de travées antérieur et

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 86, p. 1372; n° 87, p. 1387, et n° 89, p. 1422.

postérieur s'entrecoupent suivant un angle ouvert en bas : angle d'inclinaison et d'autre part s'orientent en bas et en dedans formant l'angle de déclinaison. L'astragale ne doit transmettre l'appui du corps qu'à la voûte principale externe et à sa clé cuboïdienne.

L'équilibre transversal de la voûte est réalisé quand le centre de poussée sur le calcanéum se trouve porté en dehors sur la verticale passant par son grand axe. Quand la mortaise tibio-péronière est disloquée par une fracture, le point d'appui du corps sur l'astragale se trouve reporté en dedans, la pesée se fait sur la voûte interne trop faible, l'astragale plonge en avant et en dedans et disloquant l'arc interne détruit la cambrure normale du pied ; c'est le pied plat valgus par écrasement.

L'équilibre antéro-postérieur de la voûte assuré par la prédominance de l'appui tibial sur le côté postérieur de l'arc astragalien et sur le thalamus est rompu dans certaines fractures malléolaires, dans les fractures marginales du tibia et dans celles de la noix astragalienne.

On est ainsi amené à classer analytiquement les consolidations vicieuses en deux catégories selon qu'elles compromettent l'équilibre transversal ou antéro-postérieur du pied.

1° *L'équilibre transversal* est détruit dans le *diastasis*, disjonction persistante des deux os de la jambe due à une déchirure des ligaments tibio-péroniers inférieurs et qui peut être associée aux fractures des malléoles et de la diaphyse péronière à toutes les hauteurs, dans *le pied plat valgus traumatique* consécutif aux fractures de la pince malléolaire, affectant tous les degrés depuis la déformation visible seulement à la radiographie jusqu'au renversement complet du pied en dehors, parfois accommodable grâce à la butée corectrice de l'exostose supéro-interne de l'astragale ou s'exagérant progressivement jusqu'à l'impotence absolue, dans le *pied varus traumatique* rare et qui montre une tendance à se corriger spontanément sauf après les éclatements du pilon tibial où il persiste en s'associant aux déplacements antéro-postérieurs du pied.

2° *L'équilibre antéro-postérieur* du pied se trouve altéré dans les conditions suivantes :

Inflexion du col dans les fractures sus-articulaires. — Il se produit un arc tantôt à concavité postérieure exagérant la saillie talonnière et provoquant de l'équinisme, tantôt à concavité antérieure comblant la dépression achilléenne, rejettant le pied en avant et en bas, troublant le jeu des muscles postérieurs ; cette dernière inflexion se produit ou s'accentue souvent pendant la consolidation par suite de la pression du talon sur le plan du lit : attitude de gouttière de Destot.

Déplacements du pied dans la mortaise tibio-tarsienne. — La subluxation du pied *en avant* s'observe à la suite des fractures marginales antérieures, de certains éclatements du pilon tibial compliquées quelquefois de fractures astragaliennes ; le pied est en équinisme, le talon avalé ; l'arthrite primitive aboutit à l'ankylose.

La subluxation du pied *en arrière* est la plus fréquente car elle est liée aux fractures marginales postérieures du tibia, isolées ou associées aux fractures de Dupuytren. La malléole interne suit habituellement le pied en arrière, la malléole externe dessine avec le corps du péroné un angle à sinus postérieur, l'astragale prend contact sur son versant antérieur avec le foyer de fracture du tibia et est emboîtée en arrière par le fragment marginal. Le pied est en équinisme marqué, la saillie talonnière et la concavité achilléenne sont exagérées, l'avant-pied apparaît raccourci avec les orteils en griffe.

L'anatomie pathologique des consolidations vicieuses du cou-de-pied comprend outre les lésions précédentes celles de l'astragale et diverses fractures complexes.

Les fractures de l'astragale, sans déplacement n'ont pas de conséquences très fâcheuses quand elles portent sur le col ; au niveau de la tête, elles causent souvent une déformation progressive en valgus ; les fissures du corps entraînent des douleurs avec contractures réflexes et quand elles sont multiples l'os s'aplatit, le pied se dévie en équinisme ou en talus. Dans les fractures avec déplacement, l'infirmité est toujours grave ; le fragment antérieur s'énuclée en avant et se retourne bloquant la jointure tibio-tarsienne, ou s'enfonce dans la voûte plantaire entraînant le corps de l'astragale ; le fragment postérieur tantôt bascule en avant entraînant le pied en équinisme, tantôt file en arrière sur le dos du calcanéum, de telle sorte que la mortaise tibio-péronière peut s'enfoncer entre les fragments.

On peut encore observer à l'origine des consolidations vicieuses des *fractures combinées de l'astragale et du calcanéum* déterminant l'abaissement des malléoles et l'ankylose sous-astragalienne, des *fractures astragalo-scaphoïdiennes* avec télescopage des deux os et pied plat valgus consécutif, enfin des *fractures associées du pilon tibial et du calcanéum, du péroné et du calcanéum.*

Formes cliniques. — On peut décrire des formes cliniques correspondant à trois degrés dans la gravité des déformations et des troubles fonctionnels.

Le *1er degré*, type bénin, est un mélange d'arthrite, de synovite, de contracture des muscles postérieurs qui entraîne des déviations en varus et en valgus et dans lequel la radiographie seule peut fixer ce qui revient aux lésions traumatiques. Les douleurs et la gêne du début s'atténuent plus vite et facilement en cas de varus, mais le pied plat valgus douloureux lui-même subit une adaptation fonctionnelle progressive, grâce au développement de l'exostose supéro-interne de la tête astragalienne qui limite la bascule de l'astragale.

Le cal vicieux du 2e degré se présente le plus souvent comme une suite des fractures bimalléolaires basses dont les déformations caractéristiques ont persisté. L'articulation s'enraidit peu à peu jusqu'à l'ankylose. La marche ne se fait plus que sur le bord interne du pied, ou sur la pointe des orteils, parfois sur le talon. Les troubles vaso-moteurs et trophiques par suite de la compression du paquet vasculo-nerveux sont fréquents.

A côté de ces cals vicieux au double point de vue anatomique et pathologique, Villard a décrit des cals physiologiquement vicieux, car les troubles très marqués qu'ils déterminent : douleurs vives, gonflements, contractures, marche presque impossible paraissent hors de proportion avec les lésions anatomiques restreintes : fissures du pilon tibial ou de l'astragale.

Au 3e degré, l'altération des parties molles est toujours marquée et les troubles dystrophiques sont précoces. Les os sont noyés dans des œdèmes diffus et des épaississements scléreux de la peau souvent ulcérée. La radiographie elle-même ne permet pas toujours d'interpréter exactement les lésions osseuses plus ou moins compliquées, à cause de la décalcification. L'arthrite et les phénomènes névritiques rendent la marche extrêmement douloureuse et peuvent conduire à l'amputation.

Pathogénie. — Outre les cas de *cals vicieux précoces* manifestement dus à la méconnaissance des déformations primitives et à l'insuffisance du traitement, il y a ceux dans lesquels les déviations apparaissent secondairement. Ces *déviations secondaires* peuvent être mises quelquefois sur le compte d'une trophicité insuffisante mais ordinairement, selon le rapporteur, elles ne sont secondaires qu'en apparence et résultent de la réduction imparfaite des déviations primitives. Le processus se passe d'abord dans le pied et non dans le cal. C'est le pied qui se dévie le premier et sa déviation entraîne celle des fragments. La marche n'est qu'une cause favorisante.

Diagnostic. — Le diagnostic se fait à l'aide des données de la clinique et de la radiographie. Cliniquement en dehors des procédés habituels d'examen, il faut attacher une grosse importance au tracé du chausseur et à l'épreuve du canon du pied de Destot. La radiographie est indispensable, sans elle on est incapable d'identifier la plupart des cals vicieux. Il importe de prendre toujours deux épreuves face et profil et quelquefois non seulement du pied malade mais du pied sain. La radiographie d'abord met en évidence des fractures méconnues. Puis elle montre non seulement la forme et la direction des traits de fracture, les déplacements des fragments, les hyperostoses, synostoses, ankyloses, mais encore l'état trophique des os dont le ramollissement et la décalcification peuvent suffire à eux seuls à entraîner une impotence absolue.

Traitement. — 1° TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE. — La première règle est le contrôle radiographique de tous les traumatismes du pied susceptibles d'entraîner une fracture. La seconde est la réduction aussi hâtive que possible et sous

anesthésie générale ou rachidienne de toute fracture avec déplacement.

Les manœuvres externes suffisent en général à corriger les déviations latérales Contre le diastasis il sera utile d'employer le davier de Lambotte ou la pince de Destot. Les fractures marginales et les fractures à trois fragments du pilon tibial seront heureusement traitées par l'ostéosynthèse.

Le maintien de la réduction sera obtenu à l'aide de l'immobilisation en gouttière ou de l'extension continue qu'il sera nécessaire en certains cas de pratiquer sur la broche de Steinmann ou avec l'appareil de Lambret-Quénu. Les appareils de marche, dont le meilleur est celui de P. Delbet, ne devront être appliqués qu'au bout de 2 à 3 semaines.

Quant aux fractures de l'astragale, s'il s'agit d'une lésion du col, le traitement conservateur peut être tenté; si c'est le corps de l'os qui est atteint on fait l'astragalectomie d'emblée.

2º Traitement curatif. — Les méthodes sont nombreuses. L'astragalectomie peut suffire en bien des cas ainsi que l'ont montré les chirurgiens lyonnais et Quénu, mais il est permis de chercher à adapter plus exactement l'acte opératoire aux lésions.

A. *Redressements non sanglants.* — La réduction retardée manuelle ou instrumentale ne doit être tentée que si le cal est encore mou, c'est-à-dire avant la fin du deuxième mois. On ne doit plus aujourd'hui chercher à obtenir le redressement par une fracture sus-malléolaire de compensation que dans des cas exceptionnels.

B. *Ostéotomies.* — a. *à distance* on ne traite plus guère ainsi que les consolidations vicieuses sus-articulaires par ostéotomie du péroné et résection en coin du tibia.

b. *Ostéotomies directes.* — Ce sont celles qui cherchent en somme à reproduire la lésion traumatique dans son aspect initial. L'ostéotomie simple corrige bien d'ordinaire les valgus traumatiques datant de quelques semaines et non compliqués. La section de l'une ou des deux malléoles peut se faire à la rugine. Certains chirurgiens fixent les fragments par un fil, une vis, une agrafe. Bérard préfère les laisser libres et agir sur eux indirectement. Cette opération a donné de bons résultats.

c. *Ostéotomies intra-articulaires.* — Elles sont dirigées contre des lésions graves : valgus invétérés avec diastasis important, cals vicieux avec déplacement longitudinal du pied, grosses altérations des surfaces articulaires et productions ostéophytiques intenses. Il faut dans tous ces cas restaurer les rapports normaux de la mortaise, de l'astragale et de la voûte plantaire. Les diverses ostéomies intra-articulaires comportent comme premier temps la section de la malléole interne. Ensuite elles s'attaquent aux autres éléments de la déformation.

La correction du diastasis pourra être entreprise, après une bonne étude radiographique, par la grande arthrotomie interne complétée d'une incision péronière. On enlève tout ce qui sépare le tibia du péroné, fragments osseux, néoformations fibreuses et on fixe les deux os à l'aide d'une vis transversale.

La correction des déplacements antéro-postérieurs est difficile même en l'absence d'un fragment marginal. Quand ce

3e fragment existe en arrière, on emploie la technique de Destot qui permet soit de l'abaisser et de le fixer, soit de le réséquer. On a ainsi obtenu de beaux succès. Mais souvent la correction exige un raccourcissement squelettique.

Les ostéomies et résections modelantes doivent intervenir dès qu'il s'agit de fractures anciennes datant au moins de 5 ou 6 mois. Dans ces cas les rapports anatomiques et les contours même des éléments articulaires sont si profondément modifiés que toute coaptation devient impossible et il faut refaire par modelage à la curette, à la scie, au burin, une mortaise péronéo-tibiale. En aucun cas il ne s'agit de résection typique, les manœuvres opératoires aussi variées que les difficultés possibles vont de la mobilisation de la seule malléole interne jusqu'à l'ablation de toute l'extrémité inférieure du tibia et même jusqu'à la résection des deux os y compris la malléole externe, quoique la disparition de ce butoir externe soit fâcheuse et implique nécessairement l'ankylose.

C. *Astragalectomie* — Jusqu'à une époque récente cette opération avait été réservée aux formes les plus graves des cals vicieux du cou-de-pied. Mais son domaine s'est considérablement étendu. Le rôle de l'astragale est si important que, quand cet os se trouve immobilisé en position vicieuse, ce n'est qu'en agissant sur lui qu'on pourra non seulement rendre au pied sa mobilité essentielle, mais le ramener en place correcte sous le pilon tibial.

L'indication la plus habituelle de l'astragalectomie est fournie par le Dupuytren consolidé en subluxation postérieure depuis plusieurs mois avec ou sans 3e fragment tibial.

L'acte opératoire ne ressemble guère à une astragalectomie typique. Il faut user du ciseau et du maillet pour dégager l'os des néoformations qui l'emprisonnent. Dans certaines déformations énormes la résection de l'astragale doit être suivie soit d'une tarsectomie cunéiforme, soit d'un remodelage de la mortaise tibio-tarsienne.

L'astragalectomie orthopédique doit tendre à la formation d'une néarthrose. L'ankylose à angle droit n'est qu'un pis-aller qui d'ailleurs peut être imposé par l'étendue des désordres, surtout par la destruction des malléoles.

(A suivre.) P. CHASTENET DE GÉRY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 15 OCTOBRE 1920)

Etat de narcolepsie dite hystérique ayant simulé une encéphalite léthargique. — MM. G. GUILLAIN et P. LÉCHELLE rapportent l'observation d'une jeune femme de 25 ans amenée sans aucun renseignement dans leur service et présentant un état de narcolepsie avec des troubles vaso-moteurs cutanés rappelant la symptomatologie de l'encéphalite léthargique; les réflexes tendineux des membres inférieurs étaient plutôt forts, les réflexes cutanés normaux, la ponction lombaire ne permit de reconnaître aucune modification du liquide céphalo-rachidien. L'évolution de l'affection montra qu'il s'agissait d'une narcolepsie dite hystérique et l'on put constater un état mental très spécial chez cette jeune femme qui, née dans une famille riche en Orient, tomba par suite des événements dans une situation lamentable et fut recueillie à Paris dans un établissement charitable. Sans insister sur cette étiologie des troubles mentaux actuels, il a paru curieux de signaler ce cas de narcolepsie qui, par suite des circonstances où il fut observé, pouvait à un premier examen en imposer pour une encéphalite léthargique légitime.

Encéphalite léthargique avec crise épileptique initiale. — M. G. GUILLAIN. Il s'agit d'un sujet de 20 ans qui, un soir, fut pris subitement d'une crise épileptique typique avec morsure de la langue et incontinence des urines. Les jours suivants apparurent de la fièvre et un état d'hypersomnie profonde très caractéristique. Conduit à l'hôpital on constata l'état de somnolence très accentué, un léger ptosis de l'œil gauche, des troubles vaso-moteurs avec dermographisme; la ponction lombaire montra un liquide céphalo-rachidien clair, légèrement hyperalbumineux contenant 6 lymphocytes à la cellule de Nageotte avec réaction de Wassermann négative. Le malade fut traité par des injections de quinine et par l'urotropine; l'état de somnolence persista 15 à 20 jours, puis s'atténua progressivement; la guérison fut complète. Le début de l'encéphalite léthargique par une crise épileptique méritait d'être signalé et la question se pose à ce sujet de l'action éventuelle du virus de l'encéphalite léthargique sur la pathogénie de certaines crises épileptiques dites essentielles.

Traitement des pleurésies purulentes aiguës. — M. M. RENAUD, continuant son étude sur les pleurésies purulentes aiguës, essaie de montrer par des arguments anatomo-cliniques tirés de l'étude minutieuse de 15 observations que la question est dominée par ce fait que la pleurésie est toujours la réaction corticale d'une lésion pulmonaire dont la nature et la répartition topographique commandent l'évolution de l'affection et partant le pronostic et les indications du traitement. Par de multiples exemples, il essaie de montrer que la suppuration pleurale, même quand elle s'accompagne de fistules bronchiques et de suppuration pulmonaire, ne met pas la vie en danger et que les processus suppuratifs ont une tendance naturelle à la cicatrisation spontanée, complète et durable. Et il conclut que, quelles que soient les conditions d'apparition de la suppuration pleurale, pneumopathie aiguë, lésions torpides réchauffées, lésion chronique pulmonaire ou abdominale, l'élément capital au cours de la période aiguë est l'état inflammatoire pulmonaire dont dépend l'état du cœur, le pronostic tardif étant, au contraire, sous la dépendance de la nature de la lésion causale, bénin quand cette lésion est curable (pneumonie, foyers congestifs, abcès, etc.), très grave quand la lésion est progressive ou incurable (cancer, gangrène, tumeur).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 23 OCTOBRE 1920)

Présence de bactériophage dans la terre et dans l'eau. — M. DUMAS. Recherchant dans la nature la présence du bactériophage (virus filtrant bactériolytique) précédemment observé dans l'intestin des convalescents, l'auteur a constaté son existence habituelle dans la terre et l'eau de Seine.

M. Robert DEBRÉ a observé également le phénomène du Dr Hérelle avec le filtrat des selles de nombreux sujets adultes, sains ou atteints d'affections diverses.

Procédé biologique pour empêcher certaines putréfactions. — M. GAUDUCHEAU.

Procédé de recherche de la bacillémie tuberculeuse. — MM. BERTHELIN et DELBECQ, avec leur procédé, ont constaté l'existence de la bactériémie tuberculeuse dans 100 p. 100 des cas observés par eux.

Siège et orifices de communication des kystes hydatiques du foie ouverts dans les voies biliaires. — M. DÉVÉ. L'ouverture porte en réalité, dans 90 p. 100 des cas, sur les gros canaux biliaires intrahépatiques et non sur les voies biliaires extrahépatiques comme on l'admet habituellement.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Jeudi 4 novembre. — Jury : MM. Chauffard, président; Achard, Labbé (M.) et Roussy. — M. LIPSCHITZ (Maxime). Syphilis de l'estomac à forme cancéreuse. — M. PILLOT (Robert). Considérations médico-légales sur un cas de méningite. — M. DEGRAIS (Pierre). Analyse des hallucinations auditives.

Jury : MM. Duval, président; Brindeau, Jeannin et Chevassu. — M. FITTE (Charles). Idée nouvelle sur le traitement de l'ostéoarthrite tuberculeuse du genou. — M. BOITEUX (Gaston). La tuberculose musculaire primitive. — M. GRESSET (Paul). Anthrax du rein.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 93. — MARDI 2 & JEUDI 4 NOV. 1920 93e ANNÉE. MARDI 2 & JEUDI 4 NOV. 1920. — N° 93.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H, TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Pathologie.* — Séance du 28 octobre. — MM. Delgove, 7; Froment, 12; Verger et Vernant, 8; Broca, 12; Debray et Grenaudier, 10; Couturier, 9; Granet, 8; Mangini, 10.

Anatomie. — Séance du 28 octobre. — MM. Goldmann, 4; Weissmann, 11; Callégari, 6; Dauptain, 10; Loyauté, 6; Pierrot, 8; Vassal et Cornudet, 9; Bonnot et Reverdy, 10.

Séance du 29 octobre. — MM. Welti, 11; Mérot, 14; Wickham (Yves), 10; Lefèvre (Bernard) et Dupont, 8; Vallière-Vialeix, 12; Boyau, 9; Dujarier, 13; Favory, 12; Coffin, 6.

— Concours de l'externat. — *Pathologie.* — Séance du 28 octobre. — Question donnée : « Croup. »

MM. Molimard et Pauchet, 15; Phelipeau, 17; Nédélec, 17 1/2; Mlles Paturel, 15 1/2; Meyer, 14 1/2; MM. Nativelle, 16; Perret (Adrien), 10; Moruzi, 17 1/2; Martin-Saint-Laurent, 16 1/2; Milner, 14 1/2; Péribère, 14; Maurellet, 15; Pinault, 10; Reumaux et Senoze, 13; Rousseau, 6; Richard (Jacques), 15 1/2; Renous, 14; Sobelman, 10; Stieffel, 14.

Séance du 30 octobre. — Question donnée : « Signes et complications de la scarlatine. »

MM. Richard (André), 12; Ravier, 15; Romeyer, 18 1/2; Touraine, 12; Rouvière, 13; Rey (Louis), 7; Roux (Maurice), 12; Renard, 10; Mlle Reitlinger, 14; MM. Tournier, 10 1/2; Trocmé, 18; Romeuf, 11; Roland, 12; Thoumas, 11 1/2; Mlle Téry, 13; M. Roux (Paul), 17; Mlle Reynier, 17 1/2; MM. van Neuville, 9; Rossert, Rey (Maurice) et Tailhefer, 13; Stankovitch, 9.

Anatomie. — Séance du 29 octobre. — Question donnée : « Nerf cubital. »

MM. Barragué, 15; Bothezat, 15 1/2; Bouchard, 8; Bouron, 14; Mlle Bardy, 8; MM. Bidegaray, 12; Bonnerot, 10; Barbier, 13; Mlles Bonan, 10; Benoit, 7; MM. Bécue et Bogdanovitch (Vladeslav), 12; Bogdanovitch (Douchon), 10; Mme Blagodatny, 12; MM. Boulay, 14; Baize, 15; Bourgeois (Jean), 15 1/2; Mme Bernheim, 7; Mlle Bailly, 13; M. Bourgeois (Pierre), 17.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère de l'intérieur. — *Au grade d'officier.* — MM. les Drs Blanquinque (de Laon), Pezet (de Montpellier), Eury, ancien président du Conseil général des Vosges; Faivre, inspecteur général des services administratifs; Piédallu, conseiller général du Loir-et-Cher; Tissier (de Paris), Tauchon (de Valenciennes), Balestre (de Nice), Gasser (d'Oran), Brouillet, président du Conseil général de la Nièvre; Maréchal, maire du VIIIe arrondissement de Paris; Audry (de Sétif).

Au grade de chevalier. — MM. les Drs Blet (de Laon), Carsoy (de Langres), Goudonnèche (d'Ussel), Mirallié (de Nantes), Babilée (de Douéra), Chevrier (de Reims), Jaudot (d'Aze), Pourteyron (de Saint-Vincent-de-Conezac), Imbert (de Vendôme), Waquet (de Lorient), Cadéac (de Boulogne-sur-Gesse), Mule (de Rieumes), Lingre (de Biskra), Viple d'Ebreuil), Levrat (de Nantua), Colin (de Quimper), Gobillot (de La Trémouille), Durand (de Fraize), Amourel (de Trun), Sérullaz (de Vaugneray), Magnan (de Luc-en-Diois), Raoult (de Raon-l'Etape), Bonnefous (de Rodez), Guesdron (de Buzançais), Damaye (de Saint-Quentin), Devillers (de Guise), Mayoux (de Paris), Delcros (de Preyssac), Besançon (de Villefranche), Barraud (d'Alger), Dargelos (d'Aix-en-Provence), Lasne-Desvareilles (de Paris), Provins (de Roiset), Beasse (d'Arras), Cruard (d'Attichy), Joly (de Clermont), Langlet (de Rounois), Renard (de Bellegarde), Roig (de Millas).

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — M. le Dr Dequidt, chef du Service central du contrôle, est nommé membre du Comité technique permanent, institué par arrêté du 28 juin 1920.

CHRONIQUE

DERNIÈRE VISITE DU PROFESSEUR HUTINEL

Mais vous que, comme moi, le souvenir fait vivre
Mieux que la vie, et dont la main
Page à page a tourné les feuillets du beau livre,
Ecoutez-en l'écho divin !

H. DE RÉGNIER.

Samedi matin, aux Enfans-Malades, touchante cérémonie. Atteint par la limite d'âge, le professeur Hutinel passait sa dernière visite. Empressés autour de lui, attentifs et déférents, ceux pour qui le chef de jadis était resté l'ami de toujours. C'était l'heure émouvante des adieux. C'était aussi celle du souvenir. Comment oublier, en de telles conjonctures, que celui dont la carrière se termine aujourd'hui dans l'honneur et dans les honneurs, avait eu des débuts plus que modestes? Lorsqu'il y a quelque cinquante ans, il débarquait à Paris, c'était dans la seule intention d'y effectuer quelques études sommaires avant de regagner sa petite patrie. Mais voici que, tout de suite, et comme sans y prendre garde, il l'emportait sur ses rivaux. Il n'était pas arrivé au milieu du chemin de la vie qu'il s'était déjà élevé aux plus hauts rangs. Homme nouveau, aussi incapable de dissimuler sa pensée que de flatter les gens en place, il n'avait dû ses succès qu'à lui-même. La nature l'avait fait premier. On l'avait bien vu lorsqu'il s'était agi d'organiser son service. D'emblée, il était parvenu à résoudre une antinomie difficile entre toutes, celle de s'occuper des malades sans négliger les élèves, d'assurer aux uns, les soins, aux autres, l'enseignement. Et quel enseignement! Le plus riche en idées originales, le plus vivant, le moins dogmatique. N'avait-il pas, pour en alimenter la source, son immense expérience, son infaillible sens clinique, sa vaste érudition servie par une exceptionnelle mémoire? Auprès de lui, on apprenait aussi à respecter la douleur, à chérir la souffrance. Il aimait à aimer. Les enfants dont la santé lui était confiée auraient été siens qu'il ne les eût pas choyés davantage. Il s'attachait d'autant plus à eux qu'ils lui avaient coûté plus de soucis et plus de peines. Leur état venait-il à s'aggraver, plus ingénieuse devenait sa bonté, plus tendre, sa tendresse. Combien de mères lui doivent — sans avoir même jamais su son nom — la vie de leur tout petit! Il n'ignorait pas non plus l'art de consoler. Que d'infortunes n'a-t-il pas secourues! Il avait le secret des mots qui doivent être dits à ceux qui ont perdu l'espérance. Ne lui avait-il pas été donné, à lui-même, de souffrir dans la chair de sa chair et de connaître qu'aujourd'hui comme aux temps antiques, ils meurent jeunes, ceux que chérissent les dieux...? Malgré les deuils, malgré la guerre, il aura, sans interruption, sans défaillance, continué son service jusqu'au bout. Il emporte, dans sa retraite, l'affection, le respect et la reconnaissance de ceux qui, « au cours d'une longue intimité, ont pu comprendre mieux l'excellence de ses préceptes et de ses conseils, toute la beauté de son exemple ». Depuis plus de quarante ans qu'il appartenait au corps hospitalier, il a été, pour tous, un modèle de conscience professionnelle et de dévouement aux malheureux. Nul n'a, plus que lui, senti le *Lacrymæ rerum* du poète. Nul n'a pratiqué, avec plus de ferveur, cette religion dont les principes tiennent en ces simples mots : Réconforter, soulager, guérir.

L. BABONNEIX.

JURISPRUDENCE

LE NOUVEAU DÉCRET SUR LES FRAIS DE JUSTICE EN MATIÈRE CRIMINELLE

Le *Journal officiel* du 7 octobre 1920 a publié un décret portant règlement d'administration publique sur les frais de justice en matière criminelle, de police correctionnelle et de simple police. Ce décret a été rendu à la suite de la loi du 23 octobre 1919 sur les frais de justice dont l'article 1er dispose qu'il est ajouté au code d'instruction criminelle un article prenant le n° 644 ainsi conçu :

« Un règlement d'administration publique déterminera les frais qui devront être désormais compris sous la dénomination de frais de justice criminelle; il en établira le tarif, en réglera le paiement et le recouvrement, déterminera les voies de recours, fixera les conditions que doivent remplir les parties prenantes, et, d'une façon générale, règlera tout ce qui touche aux frais de justice en matière criminelle. »

Ce décret contient un titre II qui est consacré au tarif des frais; dans ce titre, le chapitre II est relatif aux experts et interprètes. Plusieurs de ses dispositions intéressent les médecins, lorsqu'ils sont désignés comme experts. Nous allons les indiquer.

Les tarifs fixés par le décret, en ce qui concerne les frais d'expertise, sont appliqués en prenant pour base la résidence des experts. Les indemnités établies par ces tarifs comprennent les frais de rédaction et de dépôt du rapport, ainsi que de la prestation du serment. S'il y a des opérations qui ne sont pas tarifées, les prix sont fixés par les magistrats qui ont commis les experts (art. 17 et art. 18 du décret).

ALLOCATIONS EN CAS DE DÉPLACEMENT. ACOMPTES. — *Déplacement.* — Lorsque les experts se déplacent au-delà de 2 kilomètres de leur résidence, il leur est alloué une indemnité de voyage qui est déterminée, aux termes de l'article 19, de la manière suivante :

1° Si le voyage est effectué ou pouvait s'effectuer par chemin de fer, il est alloué 20 centimes par kilomètre parcouru, tant à l'aller qu'au retour;

2° Si le voyage est effectué ou pouvait s'effectuer par un service de transport en commun, il est remboursé le prix d'un voyage, d'après le tarif de ce service, tant à l'aller qu'au retour;

3° Si le voyage ne pouvait s'effectuer par l'un de ces deux moyens, l'indemnité est fixée à 60 centimes par kilomètre parcouru, tant à l'aller qu'au retour;

4° Si le voyage est effectué par mer, il est accordé, sur le vu du duplicata du billet de voyage délivré par la compagnie de navigation, le remboursement du prix du passage, et, s'il y a lieu, de la nourriture à bord, tant à l'aller qu'au retour.

Lorsque les experts bénéficient d'un transport gratuit ou réduit en raison de leur fonction ou de leur emploi, conformément au cahier des charges de la compagnie de transport, ou en vertu des lois en vigueur, leur indemnité de frais de voyage est diminuée du montant des avantages qui leur sont ainsi concédés.

Indemnités spéciales. — Si les experts se transportent à plus de 25 kilomètres de la commune de leur résidence, ils reçoivent une indemnité de 20 francs pour chaque journée de séjour. Il en est de même s'ils sont retenus dans le cours de leur voyage par force majeure ou s'ils sont obligés de prolonger leur séjour au lieu où ils se sont rendus pour accomplir leur mission (art. 20).

Par suite de circonstances indépendantes de leur volonté, les experts peuvent s'être trouvés dans l'impossibilité de remplir leur mission; l'article 22 du décret décide, dans cette éventualité, et à condition qu'ils donnent toutes justifications, que les magistrats commettant peuvent, par décision motivée, leur allouer une indemnité, en outre de leurs frais de transport, de séjour et autres déboursés, s'il y a lieu.

Lorsque les experts sont entendus, soit devant les cours ou tribunaux, soit devant les magistrats instructeurs, à l'occasion de la mission qui leur est confiée, il leur est alloué une indemnité de 20 francs, outre leurs frais de transport et de séjour, s'il y a lieu (art. 21).

Les experts ont droit, sur la production de pièces justificatives, au remboursement des frais de transport des pièces à conviction et de tous autres déboursés reconnus indispensables (art. 23).

Acomptes provisionnels. — Aux termes de l'article 24 du décret, les magistrats commettant peuvent, sur l'avis conforme des procureurs généraux et à charge par ceux-ci d'en informer le ministre de la justice, autoriser les experts à toucher, au cours de la procédure, des acomptes provisionnels sur leurs débours, soit lorsqu'ils ont effectué des travaux d'une importance exceptionnelle, soit lorsqu'ils ont été dans la nécessité de faire des transports coûteux ou des avances personnelles.

(*A suivre.*)

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.



LA SUTURE DES NERFS

SES RÉSULTATS D'APRÈS LES ENSEIGNEMENTS DE LA GUERRE

Par René DUMAS.

Les lésions des nerfs des membres ont fait l'objet de travaux considérables pendant la guerre de 1914-1918 et il n'y a plus rien à changer au tableau anatomo-clinique qui en a été tracé. Mais il a si souvent été dit que pour conclure définitivement de leur traitement, il fallait un long recul et une observation attentive des résultats éloignés, que de ce côté il subsiste encore quelque incertitude.

C'est surtout sur le traitement des sections complètes, soit celles qui entraînent une section physiologique totale du tronc nerveux, et sur les résultats de la suture des nerfs que l'accord se réalise difficilement. Un court aperçu des opinions émises en ces dernières années le montre bien.

Avant la guerre, l'opinion courante des traités classiques est que la suture d'un nerf « fournit des résultats très satisfaisants ». Les statistiques (A. Hodges) donnent de 74 à 88 p. 100 de succès [1892 (1)].

Tel n'est pas d'ailleurs l'avis des chirurgiens de la guerre russo-japonaise (Fédorow, Haschimato, Tokuoko) qui conseillent surtout la méthode conservatrice.

D'une façon générale, on constate dans les observations que l'acte chirurgical est rarement décidé et contrôlé par un neurologiste et que les blessés sont trop rapidement perdus de vue, d'où insuffisance manifeste de l'étude des résultats éloignés.

Au début de la guerre de 1914, sous l'impulsion de Delorme (2) ; *phase interventionniste.* Le médecin inspecteur général de l'armée recommande de réséquer largement les nerfs lésés qui présentent des réactions névromateuses. Devant la difficulté de réunir les tronçons largement avivés et pour les amener au contact, on impose aux segments de membre des attitudes de flexion extrême qui permettent la suture.

Dans une *deuxième période*, l'organisation par le Service de santé des centres de neurologie permet le groupement des lésions nerveuses, leur étude en série et leur observation minutieuse.

Les chefs de centre, neurologues éminents, suivant d'ailleurs l'opinion de la quasi-unanimité de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine (3) sont opposés aux résections.

Pierre Marie à Paris, Pitres à Bordeaux, H. Claude à Bourges, Sicard à Marseille, Cestan à Toulouse poussent leurs collaborateurs chirurgiens dans la voie de la conservation. Sauf dans les cas où la séparation complète des 2 tronçons des nerfs rend la suture inévitable, on pratique de larges et soigneuses libérations et on étudie les procédés de protection du nerf dégagé de la sclérose qui l'emprisonnait.

La pratique de l'électrodiagnostic direct du nerf lésé en l'excitant par un courant faradique avec des électrodes stérilisées (4) au cours de l'intervention chirurgicale rend de grands services dans l'appréciation du degré de lésion du nerf.

Cependant les progrès sont lents et les résultats immédiats peu favorables.

A la fin de 1915 et au commencement de 1916, on commence à observer les premiers signes de régénération dans plusieurs cas de suture. Une *troisième phase* commence, nouvelle période *interventionniste.* De nombreux et importants travaux de Déjerine poussent les chirurgiens dans la pratique de la résection suivie de suture.

La libération devient une mauvaise opération, illogique et incomplète ; la seule opération rationnelle est la résection du segment nerveux sclérosé et la restauration par une suture en tissu sain.

Mais on est obligé de reconnaître le *dilemme* en présence duquel se trouve souvent le chirurgien dans les lésions étendues du nerf : être obligé de réséquer largement les deux tronçons scléreux pour arrixer au tissu sain et pratiquer alors une suture sous tension qui coupe ou qui lâche, parfois même ne pouvoir réunir du tout, ou bien suturer en pleine sclérose, opération pour le moins inutile. Dans ces conditions, on arrive nécessairement à préconiser la *greffe nerveuse* comme le seul procédé *a priori* satisfaisant lorsque l'affrontement s'obtient difficilement.

Cette greffe est une *autogreffe* prise sur un nerf sensitif voisin (brachial cutané interne ou musculo-cutané de la jambe suivant les cas).

Quant aux méthodes de dédoublement du bout inférieur et bien plus encore du bout supérieur elles ne constituent qu'un pis aller.

Pourtant les mois passent et le nombre de récupérations, après suture, n'augmente pas sensiblement. Nombre de restaurations s'ébauchent et ne se poursuivent pas.

Les sociétés savantes semblent se désintéresser de cette question toujours pendante et réservent leur opinion.

En 1917 la suture primitive des plaies ne tarde pas à transformer le pronostic des blessures de guerre. Tout naturellement on songe à suturer précocement les nerfs sectionnés. A l'intervention tardive sur des troncs nerveux envahis par la sclérose s'oppose maintenant une action immédiate sur des nerfs souples et, semble-t-il, pour le plus grand bien des blessés. Tavernier (1) publie à ce sujet 3 observations des plus instructives.

En effet à l'arrière les résultats ne sont pas meilleurs. Même on paraît s'inquiéter en haut lieu des résections itératives pratiquées sur des troncs nerveux à restauration rebelle. Une circulaire signée du sous-secrétaire d'Etat du Service de santé (2), inspirée par la Société de neurologie attire l'attention des chirurgiens sur le danger de telles interventions et sur le préjudice qu'elles causent au blessé.

D'autre part, parallèlement à ces études anatomo-cliniques, Nageotte poursuit sous le contrôle du microscope ses patients et minutieux travaux sur les sutures nerveuses pratiquées sur l'animal. Ses recherches exposées à plusieurs reprises (3) l'amènent à cette conclusion au moins troublante au point de vue physiologique que : aux greffes vivantes employées jusque-là exclusivement il faut préférer des

(1) Lejars. *Traité de chirurgie.* Article : Plaies des nerfs.
(2) Delorme. *Acad. des sc.*, 18 janv. 1918.
(3) *Acad. de méd.*, séance du 9 fév. 1915.
(4) Pierre Marie. *Acad. de méd.*, 9 fév. 1915.

(1) Tavernier. *Soc. de chir. de Paris*, 17 oct. 1917.
(2) Sous-secrétariat d'Etat du Service de santé, circulaire n° 430 ci/7, 16 fév. 1917.
(3) Nageotte. *Soc. de biol.*, 8 déc. 1917 ; — *Soc. de chir.*, 12 juin 1918 ; — *Soc. de biol.*, 20 juillet 1918.

greffons morts conservés dans l'alcool. Les résultats obtenus dans son laboratoire le prouvent.

Venant d'une si haute autorité, soutenue par les plaidoyers de Sencert (1), cette méthode nouvelle de l'*hétérogreffe morte* dans le traitement des plaies des nerfs est adoptée par nombre de chirurgiens qui espèrent trouver, grâce à elle, une consolation à leurs déboires.

Mais l'année 1919 s'écoule et en 1920, exception faite de quelques communications toutes personnelles, aucun travail d'ensemble n'est venu encore préciser les résultats du nombre considérable des sutures nerveuses pratiquées depuis près de 6 années.

Il semble pourtant qu'on puisse tenter de dégager quelque enseignement du dépouillement des observations et travaux publiés sur la question. Besogne singulièrement ardue d'ailleurs : qu'on en juge par le relevé de quelques statistiques.

On ne saurait s'arrêter longtemps aux opinions émises en 1915 et 1916 basées sur un nombre trop restreint de sutures nerveuses avec un recul insuffisant. Elles sont d'ailleurs absolument discordantes. Alors que Sicard, Imbert et Jourdan signalent le danger des résections nerveuses (2) que Pitres déclare que « la suture tardive donne rarement des résultats favorables » (3), Mme Déjerine, à la même époque, considère que les résultats incomplets fournis par la suture sont dus à une insuffisance de résection et conseille les sutures itératives (4).

En 1917 Parin (5) sur un relevé de 60 sutures trouve 16 p. 100 d'améliorations. Chevrier (6) sur 4 sutures du sciatique poplité externe trouve 4 succès soit 100 p. 100, tandis que Tavernier (7) dit n'avoir vu que 2 résultats complets sur tous les cas de suture qu'il a pu examiner dans les centres de neurologie, de physiothérapie, et les dépôts d'une région toute entière.

En 1918 et 1919 paraissent plusieurs statistiques publiées par des chirurgiens experts en chirurgie nerveuse. Delagénière (8) présente 180 cas personnels de suture sur lesquels il ne compte pas moins de 75 p. 100 de *résultats excellents*. Au congrès de chirurgie (9), c'est 80 p. 100 de *résultats excellents* qu'il proclame, et à la même assemblée Villard (10) déclare 50 p. 100 de résultats complets dans les sutures du nerf radial seul, il est vrai.

Au même moment Cestan (11) sur 23 cas, obtient 30 p. 100, Auvray (12) 75 p. 100 et le même jour Wiart (13) sur 25 cas ne déclare que 20 p. 100.

En Italie, dans un travail documenté, colligeant les résultats de plusieurs chirurgiens, Donati et Putzu (14) donnent de 35 à 40 p. 100.

En somme les résultats des sutures nerveuses varient de 80 et même 100 p. 100 à 16 et 20 p. 100 suivant les auteurs.

Devant l'imprévu de ces variations, le lecteur impartial ne peut que choisir entre 2 hypothèses :

1° Ou qu'il n'existe que 2 ou 3 chirurgiens qui savent pratiquer une suture nerveuse;

2° Ou bien, interprétation plus logique, puisque la suture d'un nerf est somme toute une intervention dont sait se tirer tout chirurgien de carrière, que les résultats sont différemment appréciés suivant les auteurs.

Nul doute que là ne soit la vérité, et qu'un résultat déclaré excellent par certains, ne soit pour d'autres un résultat médiocre.

Tant qu'on s'obstinera à apprécier les résultats obtenus dans la suture des nerfs en termes vagues et à employer des expressions telles que : résultats passables, assez bons, excellents, ou encore amélioration légère, certaine, considérable, qui ne peuvent avoir de signification qu'auprès de ceux qui les emploient, il sera impossible de s'entendre et la lecture des statistiques continuera à plonger dans l'incertitude ceux qui les compulsent.

La restauration d'un nerf ne peut être appréciée que de trois façons. Elle est *nulle, partielle* ou *totale*.

Elle est pratiquement *nulle* si, au bout du temps moyen nécessaire à sa régénération, temps variable suivant le nerf lui-même, on ne constate comme signes que des modifications vagues de la sensibilité dans son territoire cutané, ou moins encore.

Elle est *partielle*, s'il existe des signes certains d'un retour des fonctions motrices, c'est-à-dire si certains muscles primitivement paralysés se contractent nettement et si dans l'ensemble l'intensité de la régénération a déterminé une certaine puissance dans ces fonctions.

Elle est *totale*, si la restitution musculaire est complète, la récupération des mouvements entière, avec force et amplitude quasi normales. On peut sans doute patienter un peu pour l'obtenir à ce degré de perfection et on peut de même admettre une déficience légère de la sensibilité et attendre pour voir s'atténuer et disparaître à la longue des troubles dysesthésiques qui persistent souvent pendant des années.

Ces conventions bien établies, on verra certains pourcentages trop généreusement établis s'abaisser sensiblement et sur un nombre de cas suffisants pour éviter les bonnes et les mauvaises séries, on arrivera aisément à niveler ces moyennes par trop dissemblables.

Cette moyenne globale est-il possible dès maintenant de la fixer ? Sans doute nombre d'opérateurs manquent encore de tous leurs éléments d'appréciation, mais en attendant trop longtemps ne risquent-ils pas de perdre à tout jamais leurs blessés dispersés aux quatre coins du monde ?

D'après des examens et interrogatoires d'anciens opérés, certains vieux de 5 ans déjà, des renseignements tirés de chirurgiens spécialisés, des enquêtes auprès de médecins experts aux centres médico-légaux encore en plein fonctionnement en France, il ne semble pas que les cas de restaurations totales des nerfs suturés pendant la guerre dépassent le chiffre de 30 p. 100.

Ce chiffre ne fait d'ailleurs que confirmer l'étude de l'américain Vaughan, qui, dans une statistique d'ensemble parue en 1908, relatant les résultats d'un grand nombre de sections nerveuses pratiquées par les chirurgiens de son pays, conclut que « dans les circonstances les plus favorables le succès peut s'évaluer à 35 ou 40 p. 100 ».

Quant aux résultats des sutures complexes avec relais, ils sont des plus aléatoires.

(1) SENCERT. *Soc. de chir.*, 17 juillet 1918; — *Presse méd.*, 23 déc. 1918.
(2) SICARD, IMBERT et JOURDAN. *Presse méd.*, 25 fév. 1915.
(3) PITRES. *Soc. de méd. de Bordeaux*, déc. 1915.
(4) Mme DÉJERINE. *Soc. de chir. de Paris*, 8 déc. 1915.
(5) PARIN. *Th. de Paris*, 1917.
(6) CHEVRIER. *Soc. de chir. de Paris*, 31 nov. 1917.
(7) TAVERNIER. *Soc. de chir. de Paris*, 17 nov. 1917.
(8) DELAGÉNIÈRE. *Soc. de chir. de Paris*, 6 mars 1918.
(9) DELAGÉNIÈRE. *Congrès de chir.*, 7-10 oct. 1919.
(10) VILLARD. *Congrès de chir.*, 7-10 oct. 1919.
(11) CESTAN. *Revue de neurol.*, déc. 1918.
(12) AUVRAY. *Soc. de chir. de Paris*, 15 oct. 1919.
(13) WIART. *Soc. de chir. de Paris*, 15 oct. 1919.
(14) DONATI-PUTZU. *Riforma med.*, oct.-nov. 1919.

Les *sutures par dédoublement* sont à peu près universellement condamnées. Stockey (1), étudiant de très près un nombre considérable de cas traités par ce procédé, n'en a retenu qu'*un seul* où la restauration fut indiscutable.

Wiart (2) aurait, d'autre part, obtenu une guérison complète.

Un nombre considérable d'*autogreffe nerveuse* a été pratiqué particulièrement en 1915, 1916 et 1917. Le plus que l'on puisse dire de leurs résultats est qu'ils sont peu connus. Ce silence des opérateurs est pour le moins suspect.

Auvray (3) a obtenu un résultat partiel, Putzu (4), sur 10 greffes, trouve 10 résultats nuls.

Les *greffes à la Nageotte* n'ont pas encore beaucoup d'âge, pourtant les premiers cas remontent à au moins 2 ans. Aucun cas de restauration complète n'a été publié.

De ce rapide aperçu on peut donc conclure que :

1. La section complète d'un nerf est une lésion très grave pour sa fonction.

Cette gravité augmente encore, lorsqu'il existe une large perte de substance qui rend difficile ou impossible la mise en contact des 2 tronçons.

2. La suture d'un nerf est une intervention d'urgence qui doit être pratiquée aussitôt. Cette suture précoce augmente nettement les chances de réussite. Mais comme la suture faite en tissus infectés est en général vouée à l'insuccès (sphacèle des deux bouts réunis sous tension, infection des fils de suture, sclérose interfasciculaire qui étouffe les cylindres axes jeunes), la pratique des sutures primitives de plaies de guerre et de la vie civile (accidents du travail) après excision des parties mortifiées, tire dans ces cas-là une indication encore plus formelle.

3. Les résultats sont bien loin d'être aussi favorables que ne l'indiquent les classiques. La restauration complète ne s'obtient guère en moyenne que dans 30 p. 100 des cas.

Dans les bons cas (intervention immédiate, plaie évoluant sans infection, perte de substance du nerf négligeable) ce pourcentage peut être plus élevé.

Dans les mauvais cas (suture tardive, plaie ayant suppuré, nécessité de pratiquer une greffe nerveuse) les résultats sont plus médiocres encore.

4. Le nerf radial est de beaucoup celui dont le pouvoir de restauration est le plus énergique, le sciatique externe ensuite.

Le sciatique interne et surtout le médian sont désespérément rebelles.

(1) Stockey. *Surg. gyn. and obst.*, Chicago, sept. 1919.
(2) Wiart. *Soc. de chir. de Paris*, 15 oct. 1919
(3) Auvray. *Soc. de chir. de Paris*, 15 oct. 1919.
(4) Putzu. Loc. cit.

ACTUALITÉS

SUR LA VIEILLESSE

Périodiquement reviennent sur le tapis des spéculations concernant la vieillesse et la meilleure manière de la retarder ou de la prolonger. Ce sont là questions actuelles, surtout de nos jours où la collectivité, non moins que chacun, a grand intérêt à conserver précieusement les générations antérieures qu'a épargnées la guerre. Le livre du vénéré professeur Lacassagne sur « la verte vieillesse » répond, semble-t-il, à ce genre de préoccupations. Je ne prétends point en faire ici l'analyse — il faut laisser aux personnes intéressées le plaisir de la lire — mais seulement y trouver prétexte à quelques réflexions.

* * *

Presque tous les auteurs qui ont écrit sur la vieillesse se montrent fort optimistes. Sans remonter au *Cato major seu de Senectute* de Cicéron, ni aux fragments de Sénèque, pourtant imprégnés d'excellents principes, on constate que les traités fixent, en général, les débuts de la vieillesse entre 60 et 70 ans : ainsi Hufeland, à la fin du xviiie siècle, Flourens au xixe siècle, puis Pfluger, Metchnikoff, Legrand, et enfin M. Lacassagne. Celui-ci place, en effet, le plein de cet âge, qu'il appelle « verte vieillesse », aux environs de 70 ans et le prolonge jusqu'à 90 ans et plus.

Les raisons pour lesquelles les auteurs rejettent ces débuts au delà de la soixantaine paraissent quelque peu dépourvues de précision, étant empruntées à l'empirisme ou ne s'appuyant que d'une opinion. Rien d'étonnant à cela. La vieillesse est un phénomène naturel, commun à tous les organismes pluricellulaires, animaux et végétaux, et qui résulte de l'accumulation des déchets *insolubles*, lesquels encroûtent peu à peu les tissus, gênent leur jeu, ralentissent donc et finalement suppriment leur fonctionnement (1). Naturellement, plus l'activité est grande, plus considérable et rapide est l'accumulation des déchets insolubles. On peut donc dire, et l'expérience en témoigne, que tout ce qui agit, même passagèrement, pour exagérer le fonctionnement, que ce soit dans un but voulu ou de défense contre les agressions (traumatismes, infections, etc.), hâte l'apparition de la vieillesse, locale d'abord, générale ensuite, comme on le voit dans les organes surmenés, qui, hypertrophiques à la première phase, s'atrophient plus tard, se sclérosent et deviennent impropres à leur rôle, entraînant ainsi d'irrémédiables désordres quand les organes vicariants s'épuisent à leur tour ou que l'insuffisance première ne peut être compensée.

Il s'ensuit que toute vieillesse est relative et son apparition éminemment variable avec les circonstances que rencontrent les individus. Nous ne savons donc pas jusqu'à quel âge pourrait vivre un homme menant une existence régulière, sobre, calme, exempte d'accidents et de maladies, ni quelle durée une telle existence nécessiterait pour que se montrent les signes de l'encroûtement physiologique des organes. Et, sous ce rapport, les statistiques ne nous enseignent guère, car elles n'expriment que des moyennes constituées par des sujets ayant vécu dans des conditions très différentes et dont les effets respectifs ne peuvent, en conséquence, être correctement appréciés. Les récits de voyageurs, parlant de macrobites de 110, 120 ans et davantage, demeurent suspects en l'absence de tout contrôle légal, d'autant que sauvages et barbares sont portés à exagérer singulièrement leur âge, à l'encontre de jolies femmes. Quant aux observations médicales, elles présentent une certaine valeur, mais très approximative, puisque nous ignorons l'accélération que les diverses espèces de troubles morbides impriment aux phénomènes de sénes-

(1) Cf. J. Laumonier, Pourquoi nous vieillissons, *Vulgarisation scientifique*, 15 fév. 1903.

cence. Enfin, il ne faut pas prendre trop au sérieux le prétendu allongement de l'existence qui tient surtout, d'une part à la meilleure tenue des états civils, de l'autre à une sélection moins rigoureuse qui permet la survie d'un nombre appréciable de vieux incurables. BUFFON avait, je crois, raison de dire que chaque homme fait sa propre vieillesse, et l'aphorisme « on a l'âge de ses artères » contient probablement une part notable de vérité.

*
* *

Ce qui intéresse, en réalité, ce n'est pas le problème biologique de la vieillesse, mais la connaissance des moyens capables de la retarder. Aucun auteur n'a manqué d'indiquer ceux que lui suggérait son expérience, mais tous les conseils, avec quelques variantes, peuvent se résumer dans la formule de PFLUGER : modérations en tout, au physique et au moral. M. LACASSAGNE s'y rallie à son tour, en insistant sur les avantages d'un certain bien-être, qui écarte les préoccupations et les soucis et dispense d'un travail exagéré. Faisons attention toutefois que la notion de bien-être est, elle aussi, relative et varie avec les milieux et les races. Notons, en outre, l'influence de la profession, considérée non en elle-même, mais d'après les fautes contre l'hygiène et les excès qu'elle conduit à commettre, et celle, plus inconnue, de l'hérédité. Sur ce dernier sujet, il y aurait beaucoup à dire. On connaît l'histoire de familles remarquables par la longévité exceptionnelle de leurs membres. J'en ai moi-même rapporté (1) plusieurs exemples, curieux en raison de l'apparition tardive des caractères de sénilité, et relatifs à des familles ariégeoises, chez lesquelles, ainsi que l'avaient noté BOUDIN et LAGNEAU, la longévité est assez fréquente. Cette question de l'influence de l'hérédité demanderait à être examinée avec grand soin, car son étude ne peut que fournir des renseignements importants sur les conditions de la vieillesse précoce ou tardive.

*
* *

Quoi qu'il en soit, on est à peu près d'accord pour reconnaître que, dans les pays civilisés, la vieillesse s'installe à partir de 60 ans et se prolonge plus ou moins longtemps, suivant qu'on continue ou non d'observer la modération en tout, sobriété alimentaire, sexuelle, émotive, pas d'excès de travail physique et mental, etc. Malheureusement, ces moyens ne sont point à la portée de tout le monde, quoi qu'on en dise, et, par suite, certains esprits audacieux ont tenté de contrebalancer, à l'aide de procédés artificiels, les effets du surmenage et de l'encroûtement consécutif des organes et des tissus. Abstraction faite de quelques simples que l'Antiquité vantait, on a d'abord préconisé les iodures, en raison de leur pouvoir spoliateur, mais l'action sclérolytique de l'iode reste à démontrer. METCHNIKOFF, qui voyait dans les fermentations digestives anormales, la cause du vieillissement précoce, recommandait l'usage des ferments lactiques, lesquels sont inconstants et ont déjà perdu une partie de leur vogue. BROWN-SÉQUARD et K. VOGT prétendaient rendre la jeunesse aux vieillards en leur injectant du suc orchitique et, tout dernièrement, c'est par une intervention chirurgicale qu'on voulait obtenir le même résultat problématique. Contre l'artériosclérose, forme banale de la sénescence des vaisseaux, on a successivement utilisé la d'arsonvalisation, la balnéothérapie carbo-gazeuse, plusieurs prétendus sclérolytiques, etc. Avouons avec modestie que ces diverses tentatives ont généralement échoué. Au livre de la thérapeutique, le chapitre de la vieillesse garde ses pages presque blanches, et il en sera vraisemblablement toujours ainsi parce que la vieillesse, comme la mort, demeure sans remède, étant une conséquence inéluctable de la vie.

J. LAUMONIER.

(1) Les Cures bizarres, *La Revue*, 1er déc. 1912.

IIe CONGRÈS

DE LA

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ORTHOPÉDIE

Tenu à Paris le vendredi 8 octobre 1920

Le IIe congrès de la Société française d'orthopédie s'est tenu le 8 octobre à la Faculté de médecine, sous la présidence du prof. Kirmisson.

La jeune Société est en pleine prospérité, puisqu'il n'y avait pas moins de 18 candidatures nouvelles.

PREMIÈRE QUESTION

RÉTRACTION ISCHÉMIQUE DE VOLKMANN

Rapporteur : Prof. DÉNUCÉ (de Bordeaux). Ont pris part à la discussion : MM. FRŒLICH (de Nancy), MAUCLAIRE, MOUCHET, GRISEL (de Paris), NOVÉ-JOSSERAND, RENDU (de Lyon).

Si l'on se reporte à la description donnée en 1875, puis en 1881, par Volkmann, de l'affection qui porte son nom, elle se présentait alors cliniquement et pathogéniquement d'une manière très simple et claire : chez des enfants porteurs d'une fracture des os de l'avant-bras à la suite du port d'un plâtre ou appareil quelconque trop serré on voyait apparaître un œdème du membre avec vives douleurs ; malgré l'ablation de l'appareil peu de temps après une rétraction des muscles fléchisseurs des doigts s'établissait peu à peu et devenait définitive. La lésion consistait en mort de la cellule musculaire par suppression de l'apport sanguin, ischémie, et remplacement consécutif de la fibre musculaire par du tissu fibreux.

Dans son rapport, M. Dénucé s'est efforcé de détruire cette conception et de montrer que la maladie de Volkmann était non une entité morbide mais un syndrome, et que, si l'ischémie pouvait être un facteur de sa production il n'était pas le seul et même le plus fréquent.

La conception de Volkmann avait déjà été battue en brèche avant la guerre et celle-ci, en apportant de nombreux cas de rétraction musculaire en a permis une étude plus approfondie.

Tout d'abord le syndrome n'est pas spécial au membre supérieur mais peut aussi bien être observé au membre inférieur.

Ensuite, il peut se produire en l'absence de fracture, de tout appareil de contention, de toute constriction. Dans certaines observations de guerre il s'agissait de rétractions musculaires ayant suivi de simples plaies des parties molles et sans ischémie possible du membre. D'un autre côté, l'ischémie explique mal qu'il n'y ait pas de rapport entre les lésions et la topographie artérielle ; elle explique mal aussi l'intensité des dystrophies de tous les tissus du membre, les troubles de la sensibilité et leur distribution segmentaire.

Il est certain pour M. Dénucé que les altérations des nerfs jouent un grand rôle dans la production des lésions. Ces lésions nerveuses sont-elles secondaires à l'ischémie ? Y a-t-il une cause commune à l'ischémie et aux lésions nerveuses ? Les lésions des nerfs sont-elles primitives ? De ces 3 hypothèses, le rapporteur semble adopter la 3e en s'appuyant sur les faits de guerre étudiés par les neurologistes, en particulier, la greffe cubitale. Il s'agit dans bien des cas de sections nerveuses incomplètes. De plus les nerfs périphériques, surtout ceux qui comme le médian et le sciatique présentent une artère nourricière, présentent un grand nombre de fibres

sympathiques dans leur gaine ; l'irritation de ces fibres par le traumatisme et sa cicatrice déclanche des contractures réflexes avec troubles sensitifs et trophiques intenses. Les opérations de sympathectomie périvasculaire de Leriche ont bien précisé cette action. Le rapporteur, sans nier entièrement le rôle de l'ischémie, croit au rôle prépondérant des lésions des nerfs périphériques et des plexus sympathiques périvasculaires dans la genèse du syndrome de Volkmann.

Cette conception pathogénique retentit forcément sur le traitement. Aussi, conclut-il, au rejet des méthodes de redressement lent (appareil de Martin, de Robert Jones). Le raccourcissement diaphysaire par résection des 2 os de l'avant-bras serait souvent suivi de pseudarthrose. La ténoplastie est longue, minutieuse, elle devra être accompagnée de neurolyse des nerfs de l'avant-bras ou de sympathectomie périartérielle au niveau de l'humérale.

Les conclusions du rapport ont été fort combattues.

MM. Frœlich, Mouchet, Mauclaire, Grisel croient qu'il ne faut pas confondre la maladie de Volkmann avec les contractures consécutives à des plaies nerveuses. Celles-ci, surtout après les lésions des sympathiques existent bien ; mais il faut sérier les cas. Il existe un type net de rétraction musculaire qui se voit chez les enfants surtout après les fractures d'avant-bras et qui semble bien en rapport avec une compression. M. Frœlich en a vu 15 cas, et dans tous les cas il y avait appareil (plâtre ou attelles, trop serré. Jamais l'opération n'a montré de lésions nerveuses. M. Rendu cite 6 observations dues à des bandages trop serrés pour fractures d'avant-bras chez des enfants. M. Mouchet en rapporte 2 cas typiques après fracture sus-condylienne de l'humérus chez l'enfant, 1 cas avec appareil trop serré, l'autre sans appareil mais avec gonflement énorme par hématome. Il attribue la compression à l'hématome. M. Grisel cite un cas identique à ce dernier. Il attribue la compression vasculaire et nerveuse à l'œdème des tissus.

Il reste donc acquis, et cela est très important au point de vue des procès que les parents peuvent intenter au médecin en l'accusant d'avoir causé l'affection par un appareil trop serré que dans un appareil correct, ou même sans appareil, la complication peut se produire.

M. Mauclaire rappelle que pendant la guerre on a vu, et il en rapporte 1 cas, à la suite de garrots placés pour hémorragies des membres et que les circonstances ont forcé à laisser trop longtemps (42 heures dans son cas), de la rétraction ischémique typique. Ici la pathogénie n'est pas discutable.

Pour le traitement, MM. Frœlich, Rendu, Nové-Josserand prennent la défense des appareils à traction élastique condamnés par le rapporteur. Ce sont des appareils simples et leur seul inconvénient est de devoir être portés très longtemps. M. Rendu rapporte 6 cas datant de 23 à 11 ans, c'est dire que ces résultats peuvent être considérés comme définitifs. Il y a 3 guérisons et 3 échecs pour des cas trop anciens où l'appareil n'a pas été porté assez longtemps. Il faut appliquer la méthode de bonne heure et en un mois, 6 semaines on a un progrès énorme, puis, ensuite, il faut maintenir l'appareil 2 ans au moins pour améliorer encore et maintenir l'acquis.

M. Frœlich prend aussi la défense de la résection diaphysaire qui ne lui a jamais donné de pseudarthrose mais un cal très solide chez l'enfant.

L'intervention sur les nerfs médian et cubital n'a donné rien dans un cas de M. Mouchet.

La ténoplastie, d'après M. Frœlich, est fort difficile, il y a d'abord 17 tendons à allonger, de plus les tendons chez l'enfant sont trop petits pour faire un dédoublement par glissement, ce qui rend l'opération pratiquement impossible chez eux.

DEUXIÈME QUESTION

TRAITEMENT DES PARALYSIES TRAUMATIQUES PAR LA TRANSPLANTATION TENDINEUSE.

Rapporteur : Prof. MAUCLAIRE (de Paris). Discussion : MM. LANCE (de Paris), ROCHER (de Bordeaux).

Cette question a pris de l'importance depuis la guerre. Les lésions des nerfs dans les plaies de guerre ne ressemblent en rien aux sections nettes en tissu sain de la chirurgie civile : on a eu affaire à des nerfs détruits sur une grande longueur, et de plus englobés par la cicatrisation dans un énorme bloc de tissu fibreux. De là, pour le rapporteur, les résultats peu brillants de la suture ou greffe nerveuse dans les plaies de guerre. C'est de ces échecs que sont venues les tentatives de transplantation tendineuse, pour remédier au moyen des muscles sains à la perte de fonction des muscles paralysés. Il ne s'agit que d'opérations palliatives destinées à remplacer le port d'appareils coûteux, encombrants et souvent insuffisants.

Ces anastomoses peuvent être faites primitivement ou secondairement. Primitivement, au moment de la cicatrisation de leur plaie, lorsqu'on juge par l'étendue de la perte de substance nerveuse que toute suture ou greffe nerveuse est vouée à un échec.

Secondairement, quand sans ou après suture nerveuse on juge que la restauration nerveuse ne se fera pas. L'expérience de la guerre a montré que cette restauration était d'autant plus longue que la section est près de la racine du membre et que le nerf était plus long. Il faut donc pour certains cas attendre très longtemps, mais d'autre part, l'anastomose tendineuse a d'autant plus de chance de réussite qu'elle est faite précocement. Pour le radial, on admet qu'on peut opérer si la régénération n'a pas débuté au bout d'un an.

Au membre supérieur on s'est inspiré des opérations pratiquées déjà pour la polyomyélite. Pour les lésions du plexus brachial, elles sont le plus souvent inutiles, une régénération plus ou moins complète étant la règle. Dans la paralysie du circonflexe l'anastome du trapèze au deltoïde est classique. Dans la paralysie du musculo-cutané, on peut remonter l'insertion des muscles épitrochléens et épycondyliens sur les cloisons aponévrotiques interne et externe du bras. Pour le médian on se servira des tendons fléchisseurs innervés par le cubital pour les insérer sur la partie du muscle paralysé.

Mais c'est surtout pour les paralysies radiales que la transplantation tendineuse a été employée et a donné de beaux résultats. Nous ne pouvons rapporter tous les procédés qui ont été préconisés, on n'en compte pas moins de 27. (Voir Mauclaire, *Revue d'orthop.*, avril 1919, n° 5, et *Presse méd.*, 11 septembre 1919, et Massart, *Th. de Paris*, juillet 1918, et *Presse méd.*, 1er mai 1919.) Le plus simple est le plissement des tendons extenseurs qui est insuffisant. La transplantation du grand palmaire et du cubital antérieur sur les tendons extenseurs, en les passant par l'espace interosseux est une bonne opération qui donne une direction de traction presque dans l'axe du membre. Hoffa conseillait la même transplantation mais en faisant passer les tendons sous la peau en contournant les bords de l'avant-bras. C'est plus facile, mais l'axe de traction est oblique. Robert Jones ajoute aux transplantations précédentes celle du rond pronateur sur les radiaux, ce qui augmente la force d'extension de poignet. Murphy ne se sert que du grand palmaire à travers l'espace intérosseux, ce qui est insuffisant. M. Mauclaire reprend la technique de Hoffa et la perfectionne : il indique de désinsérer le grand palmaire et le cubital antérieur avec 2 centimètres d'aponévrose palmaire afin de les allonger, car ils sont souvent trop courts. Il plisse les tendons extenseurs trop longs sur 1 centimètre et suture sur eux les tendons grand palmaire et cubital antérieur en les réunissant sur la ligne médiane de manière à avoir une fronde d'extension solide. Les résultats immédiats et éloignés sont excellents.

En cas d'échec ou d'impossibilité (tendons détruits) de l'anastomose, on aurait recours à l'arthrodèse du poignet, opération simple. Pour le membre inférieur, l'opinion du rapporteur est catégorique, les anastomoses tendineuses sont insuffisantes à maintenir le membre sous le poids du corps. Au genou, par exemple, l'anastomose du biceps et couturier sur le triceps ne suffisent pas sans appareil de soutien. Au cou-de-pied, les arthrodèses tibio-tarsiennes, médio-tarsiennes et sous-astragaliennes sont les meilleures opérations dans les paralysies du sciatique ou du sciatique poplite externe.

M. Lance (de Paris) rapporte une observation de transplantation selon la technique de Hoffa pour une paralysie radiale datant de 10 ans. Comme il s'agissait d'une jeune fille qui désirait ne pas avoir de cicatrice visible, on a utilisé : 1° Une incision dans le pli de flexion palmaire pour désinsérer le grand palmaire et le cubital antérieur ; 2° 2 incisions longitudinales sur les bords interne et externe de l'avant-bras pour sutures des 2 tendons aux extenseurs, on n'a pu faire le plissement des tendons. Résultat bon.

L'auteur signale aussi dans la paralysie sciatique la gêne apportée par le recroquevillement du gros orteil dans le soulier quand le malade se chausse. On y remédie facilement par une opération qu'il a pratiquée une dizaine de fois : suture du tendon extenseur au dos du premier métatarsien.

M. Rocher (de Bordeaux) oppose les résultats des transplantations à celles des arthrodèses. Il rapporte une observation de traumatisme du crâne suivi de paralysies variées surtout un scapulum alatum paralytique énorme. Aux opérations myoplastiques, il a préféré la fixation de l'omoplate au gril costal par des fils métalliques. Le résultat est très bon, mais le malade a des douleurs causées par la striction des nerfs intercostaux par le câble métallique.

TROISIÈME QUESTION

TRAITEMENT DE LA SCOLIOSE PAR LES MÉTHODES MODERNES (MÉTHODE D'ABBOTT)

Rapporteur : Prof. Estor (de Montpellier). — Discussion : MM. Nové-Josserand (de Lyon), Gourdon (de Bordeaux), Mouchet et Rœderer, Barbarin, Judet, Trèves, Lance (de Paris), Marie, Maffei (de Bruxelles), Feutelais (du Mans), Frœlich (de Nancy), Rocher (de Bordeaux).

C'est la question dont la discussion a soulevé le plus d'intérêt, intérêt qui semblait augmenté du fait que M. Abbott était présent dans la salle, mais il n'a pas voulu communiquer ses résultats et parler sur la scoliose, il voulait parler du traitement des fractures. Heureusement pour lui M. Abbott ne comprend pas le français sans cela il aurait entendu des choses bien désagréables puisqu'un auteur (M Marie) a été jusqu'à dire que la seule caractéristique de la méthode d'Abbott était l'emploi d'accessoires inutiles C'est aller trop loin et être injuste. Le rapporteur a fort bien rappelé que le grand tort d'Abbott a été de faire naître de trop grands espoirs dans le traitement de la scoliose et il rappelle l'article de certain orthopédiste français dans un journal politique : « plus de bossus, la scoliose est vaincue ». Les travaux d'Abbott, dit le rapporteur, ont ramené l'intérêt sur le traitement de la scoliose trop délaissé, et sous son influence un progrès essentiel, indéniable a été accompli ; mais nous sommes mal placés pour juger encore la méthode : la guerre a interrompu les traitements et pour juger le résultat définitif d'un scoliotique qui reste si longtemps, comme l'a dit M. Ombrédanne un « instable », il faut des années. Dans son rapport l'auteur ne s'occupe que de la scoliose dite « essentielle ». Pour l'étude de son traitement il se basera surtout sur les résultats d'une enquête faite au moyen d'un questionnaire envoyé aux chirurgiens orthopédistes. Les opinions ont été naturellement variées, mais il s'en dégage des notions utiles.

Pour la gymnastique, celle avec les appareils, dite mécanothérapique, l'expérience de la guerre lui a porté le dernier coup. La gymnastique active, de développement musculaire, semble indispensable à tous, la gymnastique respiratoire en particulier avec les spiroscopes joue un rôle prépondérant.

L'utilité du traitement médical n'est niée par personne et a ses indications (médication phosphatée, opothérapie, héliothérapie, cures salines, cure d'air).

Le corset dit « orthopédique » en coutil baleiné ou cuir avec béquillons à point d'appui axillaire, appareil de support ou de correction (compression par plaques) a vécu. Il doit faire place au corset de celluloïd à point d'appui claviculaire et costal comme appareil de maintien après ou sans redressement.

Les redressements nécessitent un traitement préparatoire de durée variable indispensable pour assouplir la colonne vertébrale. On emploiera la gymnastique et les exercices passifs.

Le redressement brusqué est unanimement rejeté.

Le traitement par le repos prolongé, comprenant le séjour au lit pendant 10 heures la nuit, plus 3 ou 4 heures de chaise longue l'après-midi, associé à la gymnastique et au corset de maintien semble jouir d'une grande faveur près d'orthopédistes qui lui attribuent des résultats excellents dans les cas légers et moyens.

Pour le redressement par la méthode d'Abbott, le rapporteur distingue les principes, le manuel opératoire, les résultats.

La réduction en flexion est un progrès, si on en mesure la réduction obtenue en extension et en flexion, la dernière est toujours plus grande.

Le manuel opératoire semble trop compliqué à la plupart des orthopédistes qui ont modifié la méthode en la simplifiant.

Les résultats fournis par 10 chirurgiens orthopédistes, soit 183 cas, sont médiocres. Il n'y a eu que 23 guérisons, 20 grandes améliorations et 5 améliorations, soit 48 cas améliorés en tout (26,2 p. 100). C'est loin des retentissants succès annoncés au début. Pas une seule fois l'hypercorrection n'aurait été obtenue.

Les récidives sont très fréquentes si on ne suit pas les malades, et cela parce que le redressement est presque toujours incomplet, il reste une petite déviation latérale amorce de la rechute, parce que le traitement postopératoire est trop court.

Le port d'un corset de maintien et la gymnastique, surtout respiratoire, semblent indispensables chez l'enfant jusqu'à la fin de la croissance, chez l'adulte pendant plusieurs années.

La scoliose est déjà traitée dans beaucoup de cas en Amérique par les opérations ankylosantes (Albee, Hibbs). En France, les rares cas opérés (MM. Tuffier, Leclerc) n'ont pas une bonne presse. Le rapporteur estime que dans la scoliose paralytique on est autorisé à tenter ces interventions.

Le rapporteur propose les conclusions suivantes :

1° Dans le traitement de la scoliose, le traitement préparatoire d'assouplissement est indispensable;

2° La gymnastique respiratoire joue le rôle capital;

3° Le traitement médical a une importance indiscutable;

4° Le corset de celluloïd est un bon appareil de soutien, mais il ne doit pas servir au redressement;

5° Le repos prolongé est une bonne méthode de traitement;

6° La méthode d'Abbott dans le traitement des formes graves constitue un indéniable progrès;

7° Des procédés plus simples mais employés par divers orthopédistes semblent donner des résultats égaux;

8° Les récidives sont fréquentes si le traitement postopératoire n'est pas continué pendant de longues années;

9° L'ankylose opératoire de la colonne vertébrale est à envisager dans la scoliose paralytique.

Les premières de ces conclusions n'ont pas soulevé d'objections dans la discussion qui a suivi. Celles qui concernent la méthode d'Abbott ont au contraire donné lieu à une discussion fort intéressante que nous résumerons en groupant les opinions émises.

L'opinion unanime est que la méthode d'Abbott n'a pas répondu aux espérances exagérées fondées sur elles. Son auteur a eu le grand tort de prononcer pour les scolioses graves le mot de « guérison » et d'y ajouter « en peu de temps ». Ceci admis, il n'en est pas moins vrai que tous reconnaissent à Abbott le grand mérite d'avoir énoncé pour le traitement de la scoliose des principes qui constituent un progrès : mise en flexion du malade, emploi de larges fenêtres de décompression, gymnastique respiratoire intensive. Lance y ajoute le principe de la nécessité de l'hypercorrection, loi orthopédique générale, nettement posé par Abbott pour la scoliose et qui est la condamnation de la suspension par la tête à laquelle quelques auteurs semblent revenir.

Pour apprécier les résultats, il faut distinguer les résultats immédiats et tardifs.

Les résultats immédiats sont satisfaisants (Nové-Josserand, Gourdon, Mouchet et Rœderer, Barbarin, Frœlich, Lance), surtout sur la forme du thorax plus que sur la déviation vertébrale elle-même.

Le recentrement du tronc, l'égalisation des épaules, le relèvement des côtes affaissées et le comblement de l'aplatissement du côté concave, la diminution de la gibbosité, autant de résultats rapides qui améliorent l'aspect du malade. La radiographie montre peu d'action sur la rotation vertébrale et le redressement de la déviation par la création de courbures de compensation.

Les résultats éloignés sont moins brillants.

Nové-Josserand, sur 26 cas, a eu 21 récidives et 4 aggravations. Gourdon a vu tous ses cas récidiver, les résultats ne se fixant pas. Lance, sur 20 cas de plus de 6 ans, n'a vu que 4 très bons résultats maintenus, 6 améliorés, 10 étaient retombés à l'état antérieur, pas d'aggravés. Barbarin, sur 16 cas anciens, trouve 5 cas restés très améliorés.

Il faut dire, à la décharge de la méthode, que la plupart de ces cas ont vu leur traitement interrompu par la guerre et n'ont pu porter de corsets et faire la gymnastique prescrite.

Ces résultats sont en tout cas loin d'être « piteux », comme le dit Marie. Ils sont pour les cas graves supérieurs à ce que l'on faisait auparavant : des cas sont restés très améliorés et pour presque tous la marche de la maladie a été enrayée.

Cependant la méthode doit être modifiée.

En conservant ses principes d'heureuses modifications ont été déjà apportées à la technique.

La plupart des orthopédistes français (Estor, Gourdon, Mouchet et Rœderer, Broca, Ducroquet, Trèves, Lance) ont repris la position verticale pour la pose des appareils. Celle-ci a, entre autres avantages, celui énorme de la placer dans la meilleure position possible avant de le fixer dans l'appareil. MM. Broca, Gourdon emploient des appareils inspirés des anciens appareils de Hoffa, Lorenz, Redard. Lance a présenté au Congrès un cadre vertical à six tiges mobiles avec blocs de fixation pour les bandes dans lequel le malade est suspendu par un bras. Le malade est fixé sur un tabouret qui peut basculer et tourner en tous sens. La prise des moulages ou pose de corsets dans un tel appareil n'offre plus la brutalité et le danger de la technique d'Abbott. MM. Nové-Josserand et Lance insistent sur le rôle capital que la musculature joue dans la contention des scolioses. Or, le plâtre amène l'atrophie musculaire et osseuse, aussi leur technique actuelle est-elle de remplacer les plâtres de redressement par des celluloïds qui permettent de faire la gymnastique en même temps que le redressement progressif s'effectue.

L'opinion unanime est que le redressement doit être précédé d'une longue période d'assouplissement (Barbarin, Mouchet et Rœderer) et suivi d'une période de contention très longue. Le malade redressé, équilibré, doit être en celluloïd jusqu'à la fin de sa croissance, 20 à 22 ans, et faire de la gymnastique de chambre encore plus longtemps.

Quant aux indications des diverses thérapeutiques, tous les auteurs admettent que pour les scolioses du premier degré la gymnastique suffit à assurer la guérison et rejettent l'emploi de tout corset (Estor, Gourdon, Mouchet et Rœderer, Barbarin, Frœlich). Lance est moins confiant dans la constance des résultats de la gymnastique et juge prudent, même au premier degré, le port pendant la nuit d'un corset amovible en hypercorrection.

Pour les scolioses du deuxième degré, c'est le redressement progressif avec la méthode d'Abbott plus ou moins modifiée qui rallie tous les suffrages, suivie de gymnastique de développement musculaire et du port d'un corset de celluloïd.

Pour les cas très graves MM. Lance et Rocher insistent sur les améliorations considérables de l'état général (appétit, marche) obtenus par le traitement palliatif, modelage progressif du thorax au moyen d'appareils amovibles avec une gymnastique respiratoire intensive.

M. Miaffei présente un appareil métallique articulé permettant la délatéralisation et détorsion séparée des diverses courbures de la scoliose. M. Feutelais signale la guérison durable d'une chorée grave rebelle par l'immobilisation plâtrée en soignant la malade d'une scoliose.

Le traitement sanglant de la scoliose semble avoir encore peu de partisans. M. Barbarin, chaud défenseur de la greffe d'Albee dans le mal de Pott (10 cas sans accident) a traité une scoliose âgée de 12 ans par le greffon d'Albee : décès le lendemain par broncho-pneumonie suraiguë. M. Lance a traité par l'opération de Hibbs modifiée un cas de scoliose paralytique grave, le résultat, datant de 11 mois, semble incomplet.

MM. Gourdon et Barbarin insistent sur l'importance de l'inspection orthopédique des écoles pour la prophylaxie de la scoliose. M. Gourdon insiste sur un état préscoliotique (développement d'un hémithorax avant l'inflexion latérale du rachis). M. Lance insiste sur l'utilité qu'il y a à reprendre l'étude de l'étiologie de la scoliose dite essentielle, car tant qu'on n'aura pas trouvé la pathogénie de la scoliose le traitement restera empirique. Il a entrepris cette étude et a pu déjà démontrer que dans un tiers des cas il s'agissait de Spina bifida occulta lombo-sacrés, ces données sont appelées à modifier complètement l'orientation du traitement de la scoliose.

M. Judet qui a entrepris les mêmes études au moyen de plates-formes dynamographiques montre que la scoliotique appuie sur le sol bien plus avec le pied du côté de la convexité. La lésion primordiale est une chute latérale, le hancher n'en est qu'une conséquence; de même la torsion n'est qu'un mode de défense contre la chute latérale, elle aggrave la scoliose mais améliore l'équilibre en rapprochant le centre de gravité de la ligne axiale du corps.

De même que le Congrès de chirurgie, et pour des raisons qu'on devine facilement, la Société française d'orthopédie a décidé à l'unanimité que sa prochaine réunion aurait lieu non à Paris, mais à Strasbourg le vendredi 7 octobre 1921.

Les trois questions mises à l'étude sont :

1° « Résultats éloignés (au moins 10 ans) des réductions non sanglantes des luxations congénitales de la hanche ». — Rapporteur : M. Frœlich (de Nancy).

2° « Les arthrodèses du pied ». — Rapporteur : M. Ombrédanne (de Paris).

3° « Traitement opératoire des ankyloses du genou ». — Rapporteur : M. Tavernier (de Lyon).

M. LANCE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 26 octobre 1920)

Diagnostic clinique et ablation opératoire d'un kyste hydatique calcifié du foie. — M. Chauffard, en son nom et au nom de MM. Lejars, Bonneaux et Brodin, fait une communication dont voici le résumé :

Les kystes hydatiques calcifiés du foie sont le plus souvent des trouvailles d'autopsie sans histoire clinique, sans diagnostic possible, sans accident que l'on puisse leur imputer. Le fait suivant montre qu'il n'en est pas toujours ainsi.

Un homme de 51 ans, qui à 30 ans avait été atteint de la dysenterie en Indochine, est pris en janvier 1920, au cours d'une attaque de grippe, de douleurs profondes dans la région hépatique avec perte des forces et amaigrissement. On lui trouve à son entrée à Saint-Antoine un foie gros et débordant de 3 travers de doigt le rebord costal avec frottements périhépatiques, douleurs locales spontanées et provoquées, douleurs du phrénique droit, fièvre oscillant autour de 38°. Radiologiquement, foie de 17 cm. et surélévation du diaphragme droit de 3 cm. 1/2; leucocytose légère à 14.800 et polynucléose à 86, 2 éosinophiles.

Le malade sort au bout de quelques jours et revient en juin, toujours douloureux, fébrile et rendu par sa faiblesse incapable de continuer son travail. Un nouvel examen du sang montre une leucocytose à 17.000 avec 79 polynucléaires, 1,5 éosinophile. Mais de plus, à la radioscopie, on voit que le diamètre vertical du foie est de 18 cm., et que dans le lobe droit, à peu près à mi-hauteur, se dessine une image sombre, arrondie, de 3 cm. 1/2 de diamètre et beaucoup plus opaque que le parenchyme hépatique avoisinant.

Dans les matières fécales on ne trouve ni amibes, ni kystes amibiens, et un traitement d'épreuve par l'émétine reste sans résultat. Dès lors on porte le diagnostic de kyste hydatique calcifié du foie avec accidents d'infection périkystique ayant débuté au cours d'une attaque de grippe.

Le malade est opéré le 26 juin par M. Lejars, après repérage exact du corps étranger; énucléation assez facile, au milieu d'un tissu hépatique induré, d'un ovoïde calcifié de la dimension d'un petit œuf de poule et constituant une sorte de mastic grisâtre.

Disparition immédiate de la fièvre et des douleurs, guérison sans incidents.

Cette observation tout à fait exceptionnelle, et probablement unique dans la littérature médicale française, montre que les kystes hydatiques calcifiés du foie peuvent à un moment donné cesser d'être tolérés et provoquer un syndrome d'abcès hépatique. L'incrustation calcaire de leurs parois peut les rendre visibles à l'écran radioscopique et permet un diagnostic à peu près certain. Leur énucléation chirurgicale est possible et rend curable cette lésion presque toujours insoupçonnée.

Nouveau procédé de préparation des sérums thérapeutiques. — M. Jorge W. Howard fait une nouvelle communication sur ce sujet. En collaboration avec Santiago Rano, il a abordé la préparation d'un sérum pour une autre bacillémie, la tuberculose. Les principes de la méthode et la technique sont à peu près les mêmes que dans leur première communication (1); la principale différence étant une plus grande quantité de sérum immunisant injecté préalablement à l'inoculation de toxines et bacilles. L'animal récepteur ne doit pas souffrir ni réagir violemment en aucun instant de sa préparation. C'est ici qu'on peut se rendre compte de l'amélioration et de l'efficacité du sérum immunisant à mesure qu'on passe du premier animal à toute la série jusqu'à ce que l'animal qui donnera le sérum thérapeutique ne réagisse pas et ne présente aucune manifestation morbide. En effet, les deux premiers chevaux sont morts quelque temps après l'injection de B. de Koch; les deux suivants ont souffert un peu et les suivants n'ont pas réagi. On a fait travailler le dernier cheval pendant toute la durée de l'immunisation; il a donné un excellent sérum.

Dans la préparation des sérums antituberculeux, la sursaturation des antigènes peut provoquer des troubles. Au lieu d'amas de bactéries il peut exister des toxines dont l'action clinique est absolument identique à celle des diverses tuberculines. Les auteurs ont, en effet, observé en plusieurs cas des réactions focales congestives avec apparition d'abondants bacilles dans les crachats qui n'en contenaient peu ou presque pas; ils ont eu un cas malheureux avec généralisation, véritable débâcle; ils ont vu des élévations de température, des accès de délire.

Technique. — *Animal I* (poulain vigoureux, 2 ans) : 2 mmg. B. de Koch type humain en suspension dans de l'eau physiologique, voie sous-cutanée; 10 jours après, 4 mmg. id.; 18 jours après, saignée. L'animal a de la température, tristesse, amaigrissement; il se forme des abcès au niveau des deux piqûres qui s'ouvrent spontanément. Il devient cachectique et meurt.

Animal II (poulain vigoureux, 2 ans) : 25 cmc. sérum de l'animal antérieur; 2 jours après, 25 cmc. id.; 2 jours après, 25 cmc. id.; 2 jours après, 25 cmc. id. plus 5 mmg. B. de Koch; 8 jours après, 8 mmg. B. de Koch; 8 jours après, 8 mmg. id. plus 25 cmc. sérum frais de mouton; 20 jours après, saignée. L'animal réagit absolument de la même manière que le précédent; il a des abcès et il meurt au bout de 3 mois.

Animal III : A partir de cet animal toutes les injections devront être données par voie intraveineuse car les sous-cutanées provoquent des processus inflammatoires et suppuratifs locaux; 50 cmc. de l'animal II; 2 jours après, 50 cmc. id.; 2 jours après, 50 cmc. id.; 2 jours après, 25 cmc. id. plus 3 cmc. bouillon culture plus 6 mmg. B. Koch (quand l'on dit bouillon culture cela doit signifier le liquide après décantation des B. de Koch; on utilise les cultures de 3 à 4 semaines); 10 jours après, 5 cmc. bouillon culture plus 10 mmg. B. de Koch; 10 jours après, 5 cmc. bouillon culture plus 8 mmg. B. de Koch; 8 jours après, 6 mmg. B. de Koch; 8 jours après, 4 mmg. B. de Koch plus 25 cmc. sérum frais de mouton; 8 jours après, 25 cmc. sérum frais de mouton; 20 jours après, saignée. Pendant le cours de la préparation l'animal a maigri; il a des poussées de température, rigidité dans les pattes postérieures; il se rétablit complètement.

Animal IV : 100 cmc. sérum de l'animal III; 1 jour après, 100 cmc. id.; 1 jour après, 100 cmc. id.; 1 jour après, 50 cmc. id. plus 5 cmc. bouillon culture plus 10 mmg. B. de Koch; 8 jours après, 8 cmc. bouillon culture plus 10 mmg. B. de Koch, et ainsi de suite, puis saignée. Cet animal réagit très peu. Même tableau que ce dernier pour les animaux suivants.

Le sérum ainsi préparé est doué, entre autres, de propriétés agglutinantes in vivo et in vitro. En effet, il se produit chez les malades un phénomène très intéressant qui montre l'action des anticorps dans l'intérieur du foyer tuberculeux, traduit par l'agglutination compacte des bacilles de Koch qu'on voit dans l'examen des crachats.

Avec toute la réserve nécessaire en traitant de physiothérapie, les auteurs diront que l'expérience faite sur plus de 200 malades à différentes formes cliniques les autorise à parler de son efficacité. Comme exemple de son pouvoir thérapeutique ils remarquent que les trois uniques cas de méningite tuberculeuse infantile traités sont guéris (injection intrarachidienne). Mais les auteurs sont les premiers à déclarer qu'il faut une longue expérimentation.

Il nous reste à signaler deux communications, l'une de M. Patein, l'autre de M. Legrand (d'Alexandrie).

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 90, p. 1444.

NOTES DU PRATICIEN

LE MANGANATE CALCICO-POTASSIQUE DANS LA TUBERCULOSE

Par le Dr Chiaïs,
Médecin des hôpitaux de Marseille.

J'ai obtenu avec la méthode Mélamet, chez un tuberculeux grave, réformé 100 p. 100, un résultat tellement important que je me crois obligé de le signaler aux confrères. Voici mon observation résumée.

Isidore T..., âgé de 25 ans, présente, le 15 février 1920, des craquements secs du sommet droit avec sueurs nocturnes, toux fréquente et expectoration abondante; le malade est amaigri, 51 kg., et il a tous les soirs 38°4 à 38°8 de température.

A ce moment-là l'analyse des crachats donne comme résultat : « *Bacilles de Koch innombrables* », crachats purulents.

Le jeune Isidore T... est réformé n° 1 avec invalidité de 100 p. 100 depuis janvier 1920 (après réforme n° 2 pendant la guerre).

En mars, je commence un premier traitement par la « Bactioxyne » intraveineuse (3 piqûres par semaine, 5 semaines de traitement consécutif, 15 piqûres de 5 cmc.).

Au milieu de cette série d'injections, l'analyse des crachats donne, crachats muco-purulents, *bacilles de Koch assez nombreux*, longs, homogènes. A la fin de cette série le résultat de l'analyse est crachats purulents, *bacilles de Koch nombreux, courts*, homogènes.

Après 15 jours de repos, j'ai fait au malade une 2e série de 15 piqûres. L'analyse de crachats faite alors donne « *bacilles de Koch peu nombreux, moyens, homogènes.* »

L'état général du malade est notablement amélioré, augmentation de poids de 3 kg., presque plus de toux, très faible expectoration, disparition des craquements secs, obscurité respiratoire seulement au sommet droit.

Trois semaines après la fin de sa 2e série de « Bactioxyne » intraveineuse, M. Isidore T... est venu me revoir. Son poids avait augmenté de *4 kg.*, et le malade se sent actuellement très bien, il ne tousse plus, ne crache plus, *tout est normal à l'auscultation.* Je vais lui terminer sa 3e série de « Bactioxyne » (10 Bactioxynes intraveineuses).

Malgré les chaleurs torrides actuelles, M. Isidore T... a un excellent appétit.

« Le 13 de ce mois (juillet 1920) j'ai fait analyser les crachats de notre malade. Il n'y *a plus du tout de bacilles de Koch.* Il y a un an, les crachats de M. Isidore T... contenaient des bacilles de Koch *en quantité innombrable.* »

Ces analyses ont été contrôlées par le laboratoire d'Arenc de l'Œuvre antituberculeuse de Marseille.

J'ai revu le 23 septembre M. Isidore T... à l'occasion d'un rhume; son poids a encore augmenté de 1k700. J'ai fait une nouvelle analyse des crachats, crachats provoqués par le rhume, le malade ne crachant pour ainsi dire plus depuis plusieurs semaines; le *résultat de l'analyse a été négatif* (aucun bacille de Koch).

A l'auscultation il persiste un peu d'obscurité respiratoire au sommet qui présentait autrefois des craquements. Le malade, l'ancien malade devrais-je dire, se sent très bien à tous les points de vue.

Je suis émerveillé du résultat obtenu chez mon malade par la « Bactioxyne » intraveineuse. Je dois cependant faire remarquer que c'est un traitement délicat qui ne doit être employé que par des médecins ayant une grande pratique des injections intraveineuses.

NOTES POUR L'INTERNAT

PLAIES PÉNÉTRANTES DE L'ABDOMEN[1]

Evolution. — 1° Vers la guérison, par cicatrisation simple dans les plaies par instruments piquants, par processus de réaction péritonéale dans les autres cas.

2° Vers l'infection : *localisée*, abcès ou phlegmon stercoral avec fistule; *généralisée*, mort habituelle. (Rappeler le schéma : le petit bassin est l'égout collecteur de tous les liquides épanchés dans la cavité abdominale.)

Il importe de faire une distinction très nette au point de vue de l'évolution entre les lésions de l'intestin grêle et celles du gros intestin et plus particulièrement celles des côlons ascendant et descendant. Etant donnés leur fixité, leur adhérence à la paroi, leur situation sous-péritonéale, leur contenu solide, la guérison est plus fréquente, l'infection se limite mieux; aussi voit-on plus souvent pour cela des fistules coliques.

b. *Voies biliaires.* — Elles peuvent être septiques de l'intestin à la vésicule.

c. *Voies urinaires.* — Normalement aseptiques, elles peuvent être septiques.

d. *Utérus.* — Idem.

En terminant, il faut insister sur la présence de *corps étrangers* dans l'abdomen qui peuvent être libres dans la cavité abdominale ou perdus dans l'épaisseur d'un organe; ils s'enkystent mais ils peuvent à la longue s'éliminer spontanément par les voies naturelles.

SYMPTOMES. — I. **Plaies non pénétrantes.** — Le shock est léger; la douleur est peu marquée, sauf chez les duellistes qui sont dans un état nerveux très spécial.

Il se fait un écoulement sanguin minime, sauf si les artères tégumenteuses abdominales ou les circonflexes iliaques ou les branches de l'épigastrique sont intéressées.

Evolution. — *a.* Guérison sans complications; *b.* tardivement hernie ventrale; *c.* phlegmon de la paroi.

II. **Plaies pénétrantes.** — A vrai dire, il n'est qu'un seul signe pathognomonique des plaies pénétrantes de l'abdomen, c'est l'issue, à travers la plaie, de matières fécales, de bile, d'urine ou de gaz.

Mais ce symptôme est inconstant, et il exige pour se produire la concordance de l'orifice pariétal et de l'orifice viscéral; aussi force est donc de recourir à d'autres symptômes pour faire le diagnostic de pénétration, mais en se rappelant bien que pas un de ces symptômes ne vaut par lui-même et que c'est l'ensemble du tableau clinique qui permettra le diagnostic.

A. DÉBUT. — C'est le tableau du shock avec facies pâle et anxieux, prostration, indifférence, sueurs froides; le pouls est petit, hypotendu, les extrémités sont froides.

Mais ce tableau peut complètement manquer, témoin le cas rapporté par Verneuil où trois jeunes gens se demandaient ce qu'était devenue la balle tirée par mégarde; elle se trouvait dans l'abdomen de l'un d'eux.

Examen. — On trouve alors :

1° Tantôt une plaie punctiforme sans hernie d'où s'échappe une petite quantité de sang. On peut rechercher s'il s'écoule du liquide : bile, urine ou des matières stercorales suivant le siège; c'est un signe exceptionnel; on vérifiera s'il n'existe pas une zone d'emphysème autour de la plaie. Le diagnostic est incertain.

2° Tantôt à travers la plaie sort une anse intestinale de l'épiploon, ou des matières stercorales. Le diagnostic de pénétration est vérifié.

3° Tantôt on est en présence d'une large plaie avec éviscération. Le diagnostic de pénétration s'impose.

B. TROIS OU SIX HEURES APRÈS. — Les phénomènes de shock sont atténués; la péritonite ne s'est pas encore produite, mais quelques signes révélateurs ont pu faire leur apparition.

Ce sont des signes d'épanchement intraabdominal, un tableau général d'hémorragie, l'écoulement de sang par l'anus.

1° *Signes d'hémorragie interne.* — *Signes fonctionnels.* — Les douleurs sont variables. Vomissements ou hoquet.

Signes généraux. — Facies pâle, marmoréen. Pouls petit, rapide, fuyant. Hypothermie.

Examen. — On trouve un épanchement dans les points déclives de la cavité péritonéale, marqué par la matité des flancs. On note parfois une ascite mobile; au toucher vaginal ou rectal on observe la présence d'une collection dans le cul-de-sac de Douglas (signe de Gangolphe).

2° *Hémorragie intestinale.* — On observe l'issue de sang rouge ou noir suivant le siège de l'hémorragie.

3° On peut avoir une disparition de la matité hépatique (signe de Jobert de Lamballe) par issue de gaz dans la cavité abdominale; ce signe s'accompagne souvent de météorisme assez étendu et de tension douloureuse de la paroi.

Evolution. — Ou l'hémorragie s'arrête et la guérison se fera après résorption sanguine, ou elle continue amenant progressivement la mort.

C. Le chirurgien est appelé tardivement et voit le malade 24, 36 heures après l'accident.

S'agit-il d'un blessé qui saigne? Les signes d'hémorragie sont au complet.

S'agit-il d'un blessé intestinal? Les signes de péritonite font leur apparition; c'est le facies péritonéal typique, c'est la dissociation du pouls et de la température. Ce sont les vomissements verdâtres, c'est le hoquet. C'est la défense de la paroi avec météorisme plus ou moins marqué.

L'évolution se fait soit vers la mort, soit plus rarement vers la guérison par péritonite localisée.

En somme comme on le voit, le diagnostic de pénétration est dans la règle impossible et ce n'est que par l'existence de signes d'hémorragie ou d'infection que la certitude peut s'établir; aussi peut-on parler fort justement avec Chaput, « de faillite de la clinique ».

PRONOSTIC. — Bénin pour les plaies non pénétrantes, il est grave pour les plaies pénétrantes et dépend de plusieurs facteurs.

1° **Agent vulnérant.** — Les plaies par armes blanches sont dans l'ensemble moins graves que les plaies par armes à feu et dans ces dernières, la plaie par éclat d'obus présente le maximum de nocivité.

2° **Etendue des lésions.** — Les plaies punctiformes sont moins graves, cela va sans dire, que les vastes brèches qui sont souvent au-dessus de toute ressource thérapeutique.

3° **Multiplicité des lésions.** — Les plaies multiviscérales sont beaucoup plus graves que les plaies univiscérales. 85 p. 100 de mortalité au lieu de 62 p. 100.

4° **Siège des lésions.** — Les plaies du grêle sont plus graves que les plaies du gros intestin et surtout des côlons ascendant et descendant; celles de l'estomac le sont moins surtout en dehors des heures de repas. Quant aux plaies thoraco-abdominales elles sont ou très graves, ou relativement bénignes; avec Abadie, on peut distinguer cinq zones au niveau de l'abdomen :

a. La région ombilicale et péri-ombilicale; les lésions sont graves portant sur l'intestin grêle et le côlon transverse, elles nécessitent l'intervention immédiate.

b. La région hypogastrique ou pelvienne. Les lésions portent sur le grêle, l'S iliaque, le rectum ou la vessie; la guérison spontanée est l'exception.

c. Les flancs. Ce sont les côlons dont la lésion peut évoluer favorablement, à condition que le trajet soit antéro-postérieur et qu'il n'y ait pas d'autre lésion viscérale.

(A suivre.)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 91, p. 1463.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 94. — SAMEDI 6 NOV. 1920 93e ANNÉE. SAMEDI 6 NOV. 1920. — N° 94.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, **20** francs par an. Étudiants étrangers, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE . 3 mois : **9** fr. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 3 novembre. — MM. Flot, 10; Girot, 14; Wallon, 11; Solente, 12; Clément (Jean), 7; Dambier, 8; Levassor, 5; Mornet, 9; Sarles, 6; Monot, 8;

Anatomie. — Séance du 1er novembre. — MM. Rigolage, 3; Mouls, 7; Lonjumeau, 6; Guérin, 11; Ortodoxu, 9; Marteret, 6; Fatou, Florand et Mlle Ostwalt (Hélène), 11.

Séance du 2 novembre. — MM. Blanchet et Bouthillier, 8; Lefèvre (Paul), 11; Le Clerc, 9; Béthoux, 15; Renard (Gabriel) et Codet, 7; Auger, 5; Derville, 10; Godard, 11.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Anatomie.* — Séance du 2 novembre. — Question donnée : « Le radius. »

Mlle Braun (Suzanne) et MM. Baron, 7; Baclesse et Blanchard, 13; Mlle Bourguina, 10; MM. Arion, 9; Breton, 14; Alibert, 12; Ardoin, 9; Bagot, 13 1/2; Beaux, 12; Blondin, 19; Baehr, 3; Arnaud, 7; Mlle Bocquet, 10; MM. Blanc-Champagnac, 19; Bresson et André (Georges), 11.

MAISON DÉPARTEMENTALE DE NANTERRE. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Epreuve orale du 27 octobre. — Question donnée : « Ligaments de l'articulation du genou. — Symptômes et diagnostic des tumeurs blanches du genou. »

MM. Arfeux, 18; Bruaut, 17 1/2; Barois, 15; Bonnafous, 14; Briois, 13 1/2; Jeudon, 13; Danglemont, 11 1/2; Guilherm, 10; Bernard, 9.

Questions restées dans l'urne : « Artère fémorale. Diagnostic de la fièvre typhoïde à la période d'état. » — « Face inférieure du foie. — Symptômes et diagnostic du cancer de la langue. »

HOPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Rioux, Gautret, Monod, Aubertin, Cadenaule et Chavannaz, internes titulaires; de MM. Germain, Auriat, Denis, Massé, Traissac et Caussimon, internes provisoires.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Une réception des nouveaux agrégés a eu lieu, la semaine dernière, à la Faculté. L'assemblée des professeurs les a reçus officiellement et leur a souhaité la bienvenue.

Elections aux chaires vacantes. — L'assemblée des professeurs a procédé aux présentations suivantes :

1° Chaire de clinique infantile, vacante par suite de la retraite de M. Hutinel.

En 1re ligne, M. Nobécourt, par 21 voix contre 19 à M. Netter; en 2e ligne, M. Lereboullet.

2° Chaire de pathologie externe, vacante par suite de la retraite de M. Quénu.

En 1re ligne, M. Lecène par 27 voix contre 15 à M. Mauclaire; en 2e ligne, M. Mauclaire.

3° Chaire de pathologie interne, vacante par suite de la retraite de M. Albert Robin.

En 1re ligne, M. Rénon, par 28 voix contre 14 à M. Sergent; en 2e ligne, M. Claude.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — CAEN. — M. Mercier, professeur à la Faculté des sciences, est chargé, en outre, d'un cours d'histoire naturelle.

— M. Chauvenet, maître de conférences à la Faculté des sciences, est chargé, en outre, des fonctions de suppléant des chaires de physique et de chimie.

— M. Chrétien est chargé d'un cours de chimie et de toxicologie et d'un cours complémentaire de chimie analytique et minéralogie.

— M. Danjou, suppléant, est chargé d'un cours de pharmacie et matière médicale.

— M. le Dr James est chargé des fonctions de suppléant des chaires de pathologie externe et cliniques chirurgicale et obstétricale.

— DIJON. — M. David est chargé des fonctions de suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

— NANTES. — M. le Dr Joüon, ancien suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale, a été nommé professeur de pathologie externe et de médecine opératoire, en remplacement de M. le prof. Guilbaud, passé, sur sa demande, à une chaire de clinique chirurgicale.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — *Au grade de chevalier.* — MM. les Drs Calandreau (de Paris), Gastinel, conseiller géné-

ral des Basses-Alpes ; Monflier (de Villers-Cotterets), Gauthier (de La Clergerie).

PRIX NOBEL. — Le Conseil des professeurs de l'Ecole supérieure de médecine de Stockholm et de l'Institut Karolinska a décerné le prix Nobel pour 1919 au Dr Jules Bordet (de Bruxelles) pour ses découvertes sur l'immunité. Le prix Nobel pour 1920 a été décerné au prof. Auguste Krogh (de Copenhague) pour ses découvertes sur le mécanisme réglementant les mouvements des vaisseaux capillaires.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES. — Le Service de santé de l'armée belge organise à Bruxelles pour le mois de juin 1921 un Congrès International de médecine et de pharmacie militaire auquel sont conviés tous les médecins et pharmaciens appartenant ou ayant appartenu aux armées des pays alliés et neutres.

Au terme des grands événements qui ont bouleversé les nations de 1914 à 1918, il est intéressant de synthétiser l'œuvre des différents services de santé et de comparer dans un but d'amélioration réciproque, les divers enseignements obtenus; il est également utile de fixer les acquisitions de la médecine militaire pendant la campagne de façon à pouvoir pour l'avenir en condenser les leçons.

Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour :

1° Les enseignements de la guerre dans le traitement des fractures des membres;

2° Luttes antivénériennes et antituberculeuse à l'armée;

3° Etude chimique et physiologique des gaz de combat, séquelles de leur action sur l'organisme. Importance de ces séquelles dans l'évaluation des invalidités;

4° Organisation générale des Services de santé aux armées.

Les inscriptions au Congrès, ainsi que les communications et rapports concernant les différentes questions devront parvenir au plus tard le 1er avril 1921 au secrétaire général du Congrès : Dr Jules Voncken, Hôpital militaire de Liége (Belgique). Les travaux devront être accompagnés d'un sommaire succinct.

XXVIe CONGRÈS ITALIEN DE MÉDECINE INTERNE. — Ce congrès se réunira à Rome du 9 au 12 novembre 1920. Questions à l'ordre du jour : L'asthme bronchique. MM. Ginffré et Frugoni, rapporteurs.— Lymphogranulomatose. MM. Moreschi et Ferrata, rapporteurs. — Electrocardiographie clinique. M. Sisto, rapporteur.

Pour tous renseignements s'adresser au secrétariat R. Instituto di Clinica Medica. Roma.

L'ENGAGEMENT SPÉCIAL DES ÉTUDIANTS DES FACULTÉS. — Le *Journal officiel* du 30 octobre publie une circulaire relative à l'engagement spécial des étudiants.

En ce qui concerne spécialement les étudiants de la Faculté de Paris, ils seront versés, à savoir :

1° Au 31e régiment d'infanterie, tous les étudiants en médecine ou en pharmacie, et les étudiants en sciences reconnus aptes à une arme non montée;

2° Au 12e régiment de cuirassiers ou au 13e régiment d'artillerie, les étudiants en sciences, en lettres, en droit ou autres étudiants reconnus aptes à une arme montée.

Les élèves de l'Ecole dentaire de Paris, de l'Ecole odontechnique et de l'Ecole dentaire française doivent, tout comme les étudiants en chirurgie dentaire inscrits dans les facultés, bénéficier des dispositions de la circulaire du 28 avril et produiront à cet effet, pour tenir lieu du certificat d'inscription à une faculté, un certificat d'inscription dans l'une des trois écoles susvisées, revêtu du visa du recteur de l'Académie de Paris.

COURS DE PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALES. — LEÇON INAUGURALE. — M. Marcel Labbé, professeur, commencera le cours de pathologie et thérapeutique générales le 15 novembre 1920, à 17 heures (petit amphithéâtre), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Objet du cours : Notions générales de pathologie.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE (Prof. CHAUFFARD). — Sujets de leçons : Amphithéâtre de la Clinique, à 10 h. 1/2.

Le vendredi 12 novembre, leçon du prof. Chauffard sur « L'ictère grave et ses modalités cliniques ».

Le mardi 16 novembre, « Quelques notions de biologie leucocytaire », par Noël Fiessinger, agrégé.

Le mardi 23 novembre, « Dégradation et élimination des pigments d'origine sanguine », par Jean Troisier, chef de laboratoire.

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX. — M. le prof. Pierre Marie commencera, le lundi 8 novembre, à 16 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté, une série de leçons sur les maladies du système nerveux, avec présentation de malades. Ces leçons auront lieu tous les lundis, à 16 heures.

HOPITAL COCHIN. — MALADIES DES YEUX. — Le Dr A. Cantonnet, ophtalmologiste des hôpitaux, commencera à la consultation d'ophtalmologie de l'hôpital Cochin, le mardi 16 novembre, à 14 h. 1/2, une série de 10 conférences pratiques sur les maladies des yeux, à l'usage des médecins exerçant la médecine générale.

Elles continueront les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure, et seront accompagnées de présentations de malades, de projections autochromes, de préparations.

Elles sont gratuites. S'inscrire à l'avance à la consultation d'ophtalmologie de Cochin, soit directement, soit par lettre.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les Drs Faivre, professeur à l'Ecole de médecine de Poitiers; Adrien L'Huillier (de Genève), Léonce Delaloye (de Monthey), le prof. Samuel Eperon, successeur de Dufour à la chaire d'ophtalmologie de Lausanne; le Dr Paul Marbel (de Lausanne).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

DE LA RÉSERVE A GARDER PAR LES EXPERTS

M. Barthe, député, demande à M. le ministre de la Justice si un médecin expert désigné par le Tribunal civil de Montpellier pour examiner un accident de travail de la ville de Cette peut se faire transporter, à sa demande, de Montpellier à Cette dans l'automobile du patron de l'ouvrier sinistré à examiner. (*Question du 25 septembre 1920.*)

Réponse. — Le fait signalé, s'il constitue une incorrection regrettable, n'est pas lui-même susceptible d'entraîner la nullité de l'expertise; il appartient au tribunal saisi d'apprécier la valeur qu'il convient d'attacher à celle-ci.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Vendredi 12 novembre. — Jury : MM. Roger, président; Menétrier, Bernard et Garnier. — M. ENOT (Paul). Les œdèmes d'origine hépatique. — M. BONNET (Noël). Du traitement des varices superficielles. — M. GELLÉ (Pierre). Les indications cliniques de la cure de travail chez les tuberculeux pulmonaires. — M. FLEURY (Maurice). La peste d'Athènes.

Samedi 13 novembre. — Jury : MM. de Lapersonne, président; Faure, Duval et Basset. — M. DURIEUX (Jean). La fonction ovarienne et les troubles de la ménopause. — M. RAFARIN (Eugène). Un nouveau procédé pour le traitement de l'hallux valgus. — M. NIVAULT (Paul). L'ophtalmoscopie à la lumière verte.

Jury : MM. Bezançon, président; Carnot, Rathery et Philibert. — M. SILBERG (David). Contribution à l'étude de l'indice oscillométrique. — M. CHATAING (Hippolyte). La maladie d'Addison et la maladie de Basedow.

REVUE GÉNÉRALE

NOTIONS ACTUELLES SUR LA PATHOGÉNIE DES ICTÈRES

Par le Dr JEAN ODDO (de Marseille).

Les recherches modernes permettant de combiner les études bactériologiques et chimiques avec l'examen clinique des malades ont éclairé sous un jour tout nouveau la pathogénie des ictères.

Alors qu'impressionnés par les cas évidents de jaunisse due à la lithiase ou à la gêne de l'excrétion biliaire par une tuméfaction de voisinage, les auteurs anciens faisaient de tout ictère la signature d'un obstacle au flux de la bile, les notions actuelles ont permis de montrer que si la rétention dans les canaux biliaires est une cause évidente dans certains ictères, il n'en va pas toujours ainsi et qu'à côté de ces ictères purement mécaniques et d'origine essentiellement biliaire l'ictère, peut ressortir à une cause pathologique frappant un des stades de la formation et de l'excrétion de la bile et on en est arrivé ainsi à classer les ictères dans trois ordres de lésions essentiellement différentes : lésions sanguines, lésions hépatiques et enfin lésions biliaires réalisant ainsi ce que nous pourrons appeler : l'*ictère hématogène*, l'*ictère hépatogène* et l'*ictère biligène*.

L'étude plus approfondie des diverses fonctions du foie, la connaissance moderne de nouvelles affections ictérigènes, les discussions encore en cours au sujet de l'interprétation de certains faits nous autorisent, malgré la richesse actuelle de la littérature médicale sur ce sujet à tenter de remettre au point aussi nettement que nous pourrons le faire une question si complexe et par certains côtés encore si controversée.

Nous rappellerons quelles ont été les hypothèses successivement émises, puis nous passerons en revue les diverses recherches des expérimentateurs sur les rapports unissant l'ictère avec les fonctions de la cellule hépatique et montrerons que dans tous les cas d'ictère, les résultats de ces études peuvent être tout à fait différents suivant le type d'ictère auquel on a à faire. Ces différences s'accentuent encore du fait de l'examen des lésions anatomiques et enfin de l'étude du sang de certains ictériques.

***

Historique. — Ainsi que nous le disions au début c'est uniquement une *explication mécanique* qui fut primitivement admise comme cause de tout ictère ; bouchon muqueux et véritable catarrhe des voies biliaires, à la suite de l'explication de Virchow, permirent de donner le nom d'ictère catarrhal à toute une série de cas encore classiquement étudiés sous ce nom. Le spasme du sphincter cholédocien d'Oddi comme cause de la jaunisse émotive, la compression par le bol fécal (Murchison) la duodénite (Broussais) toutes ces explications d'ordre exclusivement mécanique avaient leurs adeptes et leurs détracteurs.

Cependant la notion de l'*infection* à la suite des études de Gübler, Hayem, Chauffard, Gilbert et ses élèves permettait déjà de distinguer très nettement les ictères mécaniques des ictères infectieux. Mais la question n'était pas encore résolue car l'accord n'existait pas au sujet de l'origine de cette infection. *Infection ascendante* par propagation des germes infectieux venus de l'intestin aux voies biliaires, l'ictère était toujours réalisé par une angiocholite ou une cholécystite. Cette hypothèse tirait sa vraisemblance des phénomènes gastro-intestinaux précédant fréquemment les ictères et aussi du fait que les microbes le plus souvent isolés à l'autopsie étaient le bacille d'Eberth et le colibacille, hôtes de l'intestin.

Gilbert et Lippmann, Girode, Dupré, Duclaux et Etienne montrèrent que si cette propagation par voie ascendante était souvent réalisée elle n'était nullement nécessaire, car il pouvait bien, sous l'influence d'une obstruction vésiculaire ou cholédocienne, y avoir une véritable *infection autogène*, les canaux biliaires étant pour ces auteurs normalement infectés.

Cependant les auteurs modernes, et en particulier Lemierre, Brulé et Abrami, ce dernier surtout dans sa thèse, émirent l'hypothèse d'une infection primitivement septicémique qui, par *voie sanguine descendante*, viendrait léser tout l'arbre biliaire depuis la cellule hépatique jusqu'au cholédoque et à la vésicule.

A l'appui de leur hypothèse Abrami (1), dans sa thèse, développe toute une série d'arguments :

Arguments d'ordre expérimental, les auteurs anciens ayant dès 1888 pu retrouver dans la bile les bacilles d'Eberth inoculés dans le sang des animaux. Ces constatations expérimentales furent reprises par Roger (2), par Forster et Kayser (3), Dörr (4), et Lemierre et Abrami (5) qui réalisèrent tous les types d'ictère depuis l'ictère catarrhal jusqu'aux angiocholites et aux cholécystites par les injections intraveineuses de microbes.

Arguments bactériologiques, car les microbes retrouvés dans les ictères sont avant tout des microbes de septicémie, le colibacille retrouvé par les anciens auteurs n'avait pas grande valeur car on sait sa rapide diffusion à travers tout l'organisme peu après la mort; quant au bacille d'Eberth il est avant tout hôte du sang.

Arguments d'ordre clinique, enfin, car la phase préictérique n'est plus une phase gastro-intestinale mais avant tout une phase septicémique.

Parallèlement à ces discussions, de nouveaux faits cliniques étaient apportés par les découvertes de Chauffard (6) et de Widal, Abrami et Brulé (7) qui montraient que, en dehors de toute lésion du foie, des ictères pouvaient être réalisés par une destruction exagérée des globules sanguins, cette fragilité du globule étant dans certains cas congénitale

(1) ABRAMI. Les ictères infectieux d'origine septicémique et l'infection descendante des voies biliaires, *Th. de Paris*, 1910.

(2) ROGER. Oïdiumycose, *Traité des maladies infectieuses*, t. I, p. 570.

(3) FORSTER et KAYSER. Ueber das Verkommen von Typhus bacillen in der Galle von Typhus Kranken u. Typhus bacillen trager, *Münch. med. Woch.*, 1905, f. 31, p. 1477.

(4) DORR. *Centralbl. von Backter.*, 1905.

(5) LEMIERRE et ABRAMI. Cholécystites et péricholécystites hématologiques expérimentales, *C. R. de la Soc. de biol.*, 27 juillet 1907, p. 252.

(6) CHAUFFARD. Pathogénie de l'ictère congénital de l'adulte, *Semaine méd.*, 16 janv. 1907.

(7) WIDAL, ABRAMI et BRULÉ. Différenciation des divers types d'ictères hémolytiques par le procédé des hématies déplasmatisées, *Presse méd.*, 9 oct. 1907 ; — Les ictères d'origine hémolytique, *Arch. des mal du cœur, des vaisseaux et du sang*, mars 1901 ; rapport du *XIIe Congrès français de méd.*, Lyon 1911.

(Chauffard), dans d'autres cas acquise (Widal, Abrami et Brulé).

*
* *

Recherche des signes d'insuffisance hépatique. — Les études actuellement en cours sur les diverses fonctions du foie ont montré que tandis que le syndrome de la jaunisse se trouve toujours identique au seul examen clinique, les troubles apportés à ces fonctions sont loin d'être toujours les mêmes et que l'étude en particulier de la fonction biligénique et de la fonction uréopoïétique permet de distinguer d'une façon absolument nette et schématique l'ictère biliaire, l'ictère hépatique et l'ictère sanguin.

Les fonctions hépatiques sont loin d'être encore complètement connues. Il est certain que le foie n'est pas le seul organe présidant à certaines d'entre elles, ce qui en rend parfois l'étude particulièrement délicate.

C'est ainsi que l'étude de la *fonction martiale*, de la *fonction thermique*, de la fonction *adipopexique* et *adipolytique* n'ont, à l'heure actuelle, donné que bien peu de renseignements. Pierret (1), dans sa thèse, a bien signalé la *lipurie* dans certains cas de dégénérescence aiguë du foie, mais on ne connaît encore rien de précis sur l'étude de la transformation des graisses par le foie.

Il en est à peu près de même de la fonction *antitoxique* et *fixatrice du foie*. Certains auteurs se sont pourtant attachés à rechercher la *glycuronurie* ou élimination normale par le foie d'une certaine quantité d'acide phénol ou indoxylglycuronique, corps dérivé du glucose. Cette glycuronurie normalement est de 0,30 par jour environ. Elle manque au cours des cirrhoses et des lésions de la cellule hépatique. Roger et Chiray (2) ont proposé une épreuve de *glycuronurie provoquée* après injection de 0,50 de camphre.

Chauffard, Castaigne et Cavasse (3) ont depuis longtemps déjà noté sous le nom de *glaucurie intermittente* le mode d'élimination du bleu de méthylène. Malheureusement trop de facteurs étrangers à la glande hépatique elle-même peuvent entrer en jeu au cours de ces méthodes pour pouvoir en tirer des conclusions scientifiques suffisantes. Abel et Rowntree (4) ont étudié de même l'élimination de la *phtaléine tétrachlorée*. Whipple (5) a repris les mêmes études, l'élimination de la phtaléine tétrachlorée se fait normalement entièrement par la bile et se retrouve dans les matières fécales, mais il n'en passe pas dans les urines. Au contraire, en cas d'altération hépatique on en retrouve une certaine quantité dans les urines.

Gilbert et Weil ont cherché, par l'épreuve de l'*indicanurie provoquée*, à prouver le trouble apporté dans la fonction hépatique de la transformation de l'indican en indoxylsulfate. Mais ces propositions n'ont pas été admises par les physiologistes, car, comme on le sait depuis longtemps, il peut y avoir dans toute urine présence d'indican s'il y a des putréfactions intestinales.

(1) PIERRET. La lipurie, *Th. de Paris*, 1918-1919.
(2) ROGER et CHIRAY. Absence de glycuronurie et insuffisance hépatique, *Acad. de méd.*, 13 avril 1915.
(3) CHAUFFARD, CASTAIGNE et CAVASSE. Glaucurie intermittente, *Presse méd.*, 23 avril 1898, et *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mai 1899.
(4) ABEL et ROWNTREE. *Journ. of pharm. and experim.*, this, 1909, t. I, p. 233.
(5) WHIPPLE. *John hopkins hôpit. Bull.*, nov. 1913, t. XXIV, p. 207.

FOIE ET PANCRÉAS. — Le foie joue encore un rôle important sur les divers ferments de l'organisme. La proximité de l'abouchement des canaux d'excrétion de la bile et du suc pancréatique n'est pas sans avoir incité les expérimentateurs à chercher les rapports pouvant exister entre ces deux sucs et quelles pouvaient être les modifications apportées à l'action du suc pancréatique au cours de l'ictère. Les résultats que nous avons actuellement ne sont malheureusement pas concordants suivant les méthodes employées.

Pour Brulé, par l'épreuve des hémoconies et par le dosage des graisses et des lipoïdes du sang tandis que dans les obstructions du pancréas la graisse est digérée, dans les ictères elles ne l'est plus. Il en conclut que la bile est nécessaire à la digestion des graisses tandis que la stéapsine n'est pas indispensable. H. Mauban (2) au contraire par le dosage direct du liquide duodénal recueilli par le tube d'Einhorn suivant la méthode qu'il a instituée avec Carnot, a étudié le liquide duodénal de 17 ictériques du service de M. Chauffard à Saint-Antoine. Sauf quand l'ictère est dû à un néoplasme de la tête du pancréas le suc duodénal ressemble beaucoup au suc duodénal normal. Il est exceptionnel pour cet auteur que la sécrétion biliaire y soit complètement suspendue. Par contre les ferments pancréatiques sont nettement plus actifs qu'à l'état normal. Mauban conclut à la suite de ses constatations « soit à... une moindre dilution du suc pancréatique dans un liquide biliaire raréfié (mais cette hypothèse est controuvée dans les cas assez nombreux où malgré l'ictère la sécrétion biliaire n'est que peu diminuée et pour lesquels le pouvoir digestif du pancréas est cependant hyperactif) soit plus vraisemblablement à un phénomène réactionnel de suppléance destiné à rétablir l'équilibre des phénomènes digestifs troublés par la diminution de la sécrétion biliaire. »

Enfin Robin, Fiessinger et Broussolle (3), ont montré que la *réaction d'Abderhalden* était souvent positive au cours des atteintes graves hépatiques, mais elle est loin d'être constante.

Quoi qu'il en soit nous voyons que l'étude des fonctions hépatiques dont nous venons de parler est loin d'avoir encore donné tous les renseignements qu'on est en droit de retirer d'elles. Si certaines d'entre elles conservent toute leur importance dans les atteintes profondes du foie et à ce titre méritent d'être recherchées, leur étude n'apporte aucun jour nouveau dans la question de la pathogénie des ictères.

Il n'en est plus de même des deux grandes fonctions de la cellule hépatique, la fonction uréopoïétique et la fonction biligénique.

*
* *

Fonction uréopoïétique. — Le dernier stade de la transformation des albuminoïdes amène la production de l'urée et on sait depuis longtemps que c'est avant tout le foie qui préside à cette transformation. Aussi a-t-on, depuis longtemps déjà, cherché dans les études de l'urée urinaire un signe d'insuffisance hépatique. Nous verrons que les troubles de la fonc-

(1) BRULÉ. *Recherches récentes sur les ictères*, Paris 1920, Masson.
(2) H. MAUBAN. Caractères biologiques et chimiques du suc duodénal dans les ictères, *Soc. de biol.*, 1er mai 1920.
(3) ROBIN, FIESSINGER et BROUSSOLLE. Le ferment de défense contre le foie dans les maladies hépatiques, *Soc. méd. des hôpit.*, 17 janv. 1914.

tion protéolytique sont éminemment différents suivant les cas d'ictère considérés et que de leur étude on peut retirer au point de vue pathogénique comme au point de vue diagnostic et pronostic de très grands enseignements. La complexité de cette fonction et des éléments qui y président ont donné naissance à toute une série de recherches.

Depuis longtemps déjà on considérait l'hypoazoturie comme classique au cours des ictères et on en faisait un signe d'insuffisance hépatique. Plus récemment on s'est aperçu de l'extrême variabilité des quantités d'urée émises chez le même sujet et la loi de l'équilibre azoté qui consiste à mettre la « destruction des protéiques au niveau de l'apport azoté alimentaire » (1) la notion de l'imperméabilité rénale fréquente au cours des affections hépatiques, ont montré que l'on ne pouvait retirer de la recherche isolée de l'urée des renseignements suffisamment précis.

Le déficit d'excrétion d'urée urinaire correspond en général à une augmentation de l'ammoniaque, fait retrouvé par Ingelrans et Dehon (2). De même le rapport $\frac{\text{azote ammoniaque}}{\text{azote total}}$ est augmenté.

A. Robin a étudié non plus le rapport de l'azote total à l'azote ammoniaque mais le rapport $\frac{\text{azote total}}{\text{azote urée}}$ dans les urines.

Ce rapport qui normalement est de 80 à 86 p. 100 peut au cours des insuffisances hépatiques graves être abaissé jusqu'à 44 p. 100.

Maillard (3) sous le nom de coefficient d'imperfection uréogénique a étudié le rapport

$$\frac{\text{azote ammoniaque}}{\text{azote ammoniaque} + \text{azote urée}}$$

qui est normalement de 4,5 à 7 p. 100.

Lanzenberg (4) a repris ce coefficient sous le nom de *coefficient d'acidose* et il l'énonce ainsi

$$\frac{\text{azote ammoniaque} + \text{az. acides aminés.}}{\text{azote urée} + \text{az. ammoniaque} + \text{az. acides aminés.}}$$

Gilbert et Carnot (5) ont institué l'épreuve de l'*ammoniurie expérimentale* qui met en valeur dans un grand nombre de cas l'imperfection uréogénique. Certains auteurs et en particulier MM. Labbé et Bith (6) ont montré qu'au cours des insuffisances protéolytiques du foie l'amino-acidurie augmente. Ces mêmes auteurs par l'*amino-acidurie provoquée* (7) ont montré l'insuffisance hépatique dans les cas où le simple dosage des amino-acides excrétés ne suffit pas.

MM. Labbé et Dauphin (8) ont également étudié l'*azote colloïdal* et son rapport avec l'azote total $\frac{\text{Azc}}{\text{Az T}}$ et montré que ce rapport qui normalement est de 0,25 à 1,45, au cours des insuffisances hépatiques monte à 5,5 p. 100. MM. Labbé et Vitry (1) ont fait des constatations identiques pour l'*indialysable azoté*.

Mais les auteurs modernes tendent à rechercher non plus dans l'urine mais dans le sang même les signes d'insuffisance protéolytique, échappant ainsi au double écueil de la difficulté de recueillir les urines intégralement émises pendant les 24 h. et surtout de l'imperméabilité rénale fréquente au cours des ictères.

Courmont, Boulud, Savy, Blanc Perducet et Gaté (2), Morel et Mouriquand (3) ont étudié le *coefficient azoturique du sérum*. Ce rapport qui serait normalement de 80 p. 100 environ serait abaissé au cours de l'insuffisance hépatique.

Chauffard et Brodin (4) ont étudié l'*azote résiduel*, azote total, azote urée. Ces auteurs et particulièrement Brodin dans sa thèse montrent que les recherches précédentes accordent à l'urée, élément comme nous l'avons vu inconstant, une importance primordiale. Ils montrent au contraire que quelle que soit l'alimentation et l'atteinte rénale, l'azote résiduel est relativement constant et chez tous les sujets normaux toujours inférieur à 0 gr. 10 par litre de sérum. Au contraire son augmentation est en faveur de l'insuffisance hépatique. En effet alors que dans un certain nombre de cas de néphrite, l'azote résiduel reste au dessous de 0,10 dans toutes les atteintes hépatiques il est supérieur à ce taux. Il l'est dans les ictères catarrhaux, mais reste inférieur ou égal à 0,10 au cours des lithiases et des ictères lithiasiques sans infection. Par contre au cours d'un certain nombre d'affections aiguës il y a élévation de ce taux correspondant pour Brodin à une atteinte hépatique latente et l'auteur conclut que « l'azote résiduel est au foie ce que l'azote uréique est au rein, son augmentation dans le sang est fonction d'une lésion hépatique comme l'augmentation de l'azote uréique est fonction d'une lésion rénale ».

Enfin tout récemment F. Widal, Abrami et Iancovesco (5) ont montré que dans les premières heures suivant un repas azoté des albumines incomplètement transformées arrivent au foie par la voie portale pour y subir de la part de la cellule hépatique normale un arrêt. Ce pouvoir protéopexique diminue dans les altérations du foie et il se produit une *crise hémoclasique* (6). La recherche de cette crise permet de dépister les cas d'insuffisance hépatique fruste et latente.

Nous ne nous attarderons pas à rechercher les avantages et les inconvénients de chacune des méthodes d'étude de la fonction uréogène hépatique que nous venons de mentionner. Il n'en reste pas moins un fait acquis et toujours admis quelle que soit la méthode employée, c'est que l'insuffisance hépatique se traduit cliniquement par des désordres

(1) LAMBLING. *Précis de biochimie*, 1911, Masson.

(2) INGELRANS et DEHON. Recherches sur divers signes d'insuffisance hépatique, *Arch. de méd. expérim. et anat. pathol*, mai 1903, p. 188 — DEHON. Contribution à l'étude du chimisme hépatique, *Th. de Lille*, 1906.

(3) MAILLARD. Le coefficient d'imperfection uréogénique, *Soc. de biol.*, 22 nov. 1912; — Détermination numérique de l'excrétion urinaire de l'azote, *Journ. de pathol. et de physiol. gén.*, mars 1909, t. II, p. 205.

(4) LANZENBERG. Urée et ammoniaque, *Th. de Paris*, 1912.

(5) GILBERT et CARNOT. *Les Fonctions hépatiques*, Paris 1902.

(6) M. LABBÉ et BITH. L'amino-acidurie signe d'insuffisance hépatique, *Soc. méd des hôpit.*, 1er août 1912. — BITH. Amino-acidurie, *Th de Paris*, 1913.

(7) M. LABBÉ et BITH. *Soc. méd. des hôpit.*, 5 nov. 1913; — *Revue de méd.*, 10 fév. 1914.

(8) M. LABBÉ et DAUPHIN. *Soc. de biol.*, 15 nov. 1913. — DAUPHIN. *Th. de Paris*, 1913.

(1) H. LABBÉ et VITRY. L'indialysable urinaire, *Presse méd.*, 23 nov. 1912.

(2) COURMONT, BOULUD, SAVY, BLANC, PERDUCET et GATÉ. Le coefficient azoturique du sérum, *Soc. méd. des hôpit.*, 31 janv. et 14 mars 1913.

(3) MOREL et MOURIQUAND. Urémie et azotémie, *Soc. méd. des hôpit*, 1913, p. 246.

(4) CHAUFFARD et BRODIN. A propos de la teneur azotée du sérum des hépatiques, *Soc. méd. des hôpit.*, 1913, p. 775. — BRODIN. L'azote résiduel, *Th. de Paris*, 1913, Steinheil.

(5) WIDAL, ABRAMI et IANCOVESCO. L'épreuve de l'hémoclasie digestive dans l'étude de l'insuffisance hépatique, *Acad. des sc.*, 19 juillet 1920.

(6) Pour la technique de l'épreuve de l'hémoclasie digestive, voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 68, p. 1083.

du métabolisme azoté. Toutes ces constatations nous permettent donc de faire des conclusions nettes sur les diverses variétés d'ictère au point de vue pathogénique. Nous pouvons rattacher tous les ictères ayant à un degré quelconque une modification de leur métabolisme azoté et en particulier une augmentation de l'azote résiduel à une origine véritablement hépatogène et les considérer comme des ictères par lésion de la cellule hépatique. Au contraire, ainsi que nous venons de le dire, Brodin dans sa thèse a constaté au cours de l'ictère lithiasique un azote résiduel normal, ce qui démontre l'origine extrahépatique de ces sortes d'affections. Gilbert Chabrol et Bénard (1) ont, à la vérité, noté l'azotémie au cours des ictères hémolytiques, mais contrairement à eux Brodin a toujours constaté dans ces sortes d'ictères le taux normal de l'azote résiduel.

En collaboration avec Brodin (2) et dans notre thèse inaugurale (3) qui a été faite sous son inspiration, nous avons étudié les variations de l'équilibre azoté au cours de l'ictère catarrhal, sans lésion rénale et avons constamment constaté dans le sérum de nos malades la diminution de l'urée, la diminution de l'azote total, l'augmentation de l'azote résiduel et la diminution du rapport azotémique $\frac{\text{azote total}}{\text{azote urée}}$. Ces constatations sont en conformité absolue avec les opinions anciennes et avec celles des nombreux auteurs portant sur l'un quelconque de ces chiffres et nous permettent de rattacher l'ictère catarrhal au groupe des icteres hépatogènes par lésion de la cellule hépatique.

Par contre, au lieu d'une diminution de l'azote uréique du sérum certains auteurs ont constaté une azotémie parfois considérable. Qu'il nous soit permis de rappeler les travaux de Mercklen et Lioust (4), Widal et Abrami (5), Lemierre (6). Notre maître M. le prof. Chauffard (7) a constaté chez un malade l'élimination urinaire de 146 g. d'urée en 24 h. Enfin Ameuille (8) dans un important article trouve que l'azotémie et l'azoturie sont classiques au cours des ictères infectieux. Cet auteur considère l'azotémie comme dûe peut-être à une désintégration exagérée des substances protéolytiques tissulaires pouvant aller jusqu'au stade urée et il conclut au reste que ces sortes de maladies n'atteignent pas seulement le foie mais aussi le rein.

La connaissance actuelle de la spirochétose ictéro-hémorragique a permis de retrouver dans tous les cas une azotémie considérable. Tels sont les cas étudiés par Garnier et Gerber (9), Costa, Pecker et Troisier (1) et enfin Martin et Pettit (2) signalent l'azotémie comme constante dans la spirochétose ictérohémorragique.

Voici donc en présence deux ordres de faits essentiellement contradictoires en apparence qui vont nous permettre de subdiviser encore les ictères hépatogènes.

Pour Chauffard (3) on ne peut « plus parler d'azotémie hépatique mais bien d'azotémie d'origine rénale chez les hépatiques ». Nous aurons donc :

1° des *ictères hépatogènes purs* et sans lésion rénale concommittante dont l'ictère catarrhal pourra être le type et qui correspondront aux cas avec diminution de l'urée sanguine et augmentation de l'azote résiduel;

2° Des *ictères avec hépato-néphrite* qui se présenteront avec une forte azotémie et une augmentation de l'azote résiduel. Pouvant à ce propos rappeler la conclusion de Brodin que nous citions plus haut, l'augmentation de l'azote résiduel étant le signe de la lésion hépatique, et l'augmentation de l'urée étant le signe de la lésion rénale, nous pourrions prendre pour type de ces sortes d'ictères la spirochétose ictéro-hémorragique, mais nous verrons plus loin que dans ce cas un autre facteur pathogénique, l'hyperhépatie a pu être invoquée pour expliquer l'azotémie en dehors de l'atteinte rénale pourtant toujours cliniquement constatable.

La question de la pathogénie des ictères et des troubles uréopoïétiques hépatiques s'apparente avec la question de l'acidose. C'est ainsi que certains auteurs et en particulier Lanzenberg dans sa thèse considèrent que le déficit uréique et l'augmentation de l'ammoniaque sont dus avant tout à un véritable processus de défense de l'organisme contre l'intoxication acide. Les protéïdes n'arriveraient plus au stade urée mais demeureraient à un stade de désintégration intermédiaire et basique neutralisant les acides toxiques. M. Labbé, Bith (4) et Rathery (5), ont signalé l'élévation de l'azote résiduel au cours du diabète avec dénutrition et acidose.

Quoi qu'il en soit des hypothèses admises pour expliquer l'acidose avec Brodin dans une communication à laquelle il a bien voulu nous associer et dans notre thèse (6) nous avons montré la très grande analogie existant entre les troubles du métabolisme azoté au cours de l'ictère catarrhal et du jeûne. L'ictérique se trouve dans des conditions analogues à celles de l'animal en état d'inanition et il semble donc que l'individu atteint d'ictère se trouve véritablement, malgré la conservation de son alimentation en état de jeûne. Nous en concluons que, au cours de l'ictère catarrhal les fonctions d'assimilation sont troublées par la lésion de la cellule hépatique, fait concordant avec l'abaissement du poids parfois considérable chez des individus qui ne sont ni fébriles, ni en état d'inanition. Que ces faits soient dus à l'acidose c'est possible, mais il n'en demeure pas moins que dans les cas que nous avons étudiés, où le foie demeure seul atteint il se produit des troubles comparables à ceux de

(1) Gilbert, Chabrol et Bénard. Azotémie dans les ictères par hyperhémolyse, *Paris méd*, 8 mai 1920, p. 385.

(2) Brodin et J. Oddo. Modifications des échanges azotés du sérum sanguin au cours de l'ictère catarrhal, *Soc. de biol.*, 1er mai 1920.

(3) J. Oddo. Modifications des échanges azotés au cours de l'ictère catarrhal, *Th. de Paris*, 1920.

(4) Merklen et Lioust. *Soc. méd. des hôpit.*, 1916, t. II, p. 1686 et 1865; 1917, p. 214.

(5) Widal et Abrami. *Soc. méd. des hôpit.*, 1908, t. XXVI, p. 523.

(6) Lemierre. *Revue méd.-chir. de la Ve armée*, 7 oct. 1916; analysé *Presse méd.*, t. XXIV, p. 521.

(7) Chauffard. Recherches sur la physiologie pathologique dans un cas d'ictère infectieux, *Semaine méd.*, 11 nov. 1900.

(8) Ameuille. Azotémie et azoturie dans les ictères infectieux, *Presse méd.*, 10 avril 1919, n° 21, p. 189.

(9) Garnier et Gerber. *Soc. de biol.*, 1916, p. 1142; 17 mars 1917, p. 279.

(1) Costa, Pecker et Troisier. *Soc. de biol.*, 21 avril 1917, p. 375.

(2) Martin et Pettit. *Spirochétose ictéro-hémorragique*, Paris 1919, Masson.

(3) Chauffard. Séméiologie physique et séméiologie chimique du foie, *An. de la Facultad de med.*, Montevidéo, nov. 1919.

(4) M. Labbé et Bith. Les insuffisances fonctionnelles du foie, *Ann. de méd.*, 1920, t. VII, n° 2, p. 138.

(5) Rathery. *Soc. de biol.*, juin 1920.

(6) Loc. cit.

l'acidose et qui trouvent leur origine dans l'insuffisance hépatique. Au reste Hugounencq et Morel (1), Delaunay (2), Mancini (3), Falk et Saxl (4), Erben (5), Bith (6), Labbé et Bith (7) rattachent nettement l'acidose à l'insuffisance hépatique.

En résumé des diverses études sur la fonction uréogène hépatique au cours des ictères il ressort clairement :

1° Que, au cours des *ictères par lésion sanguine*, il n'y a pas de modifications de l'équilibre azoté et en particulier pas d'élévation de l'azote résiduel;

2° Qu'au cours des *ictères par lésion cellulaire hépatique*, que cette atteinte réalise l'ictère grave ou l'ictère bénin, qu'il s'agisse d'hépatonéphrite ou en particulier de spirochétose l'équilibre azoté est toujours troublé d'une façon absolument nette.

3° Enfin qu'au cours des *ictères par simple rétention canaliculaire* il n'y a pas de troubles du métabolisme azoté.

L'étude de la fonction uréoformatrice nous permet donc, bien que certains points restent encore discutés, de distinguer très nettement la pathogénie hématogène, hépatogène et biligène des ictères.

Nous nous croyons d'autre part autorisés à considérer les troubles cliniques d'asthénie et d'amaigrissement classiquement constatés au cours d'atteintes en apparence bénigne, comme dus avant tout à l'insuffisance uréopoïétique. En effet, à amaigrissement peu notable correspond toujours une atteinte minimum des fonctions azotées, à une atteinte profonde de l'état général correspond au contraire un trouble notable de l'équilibre protéique. Nous avons même constaté parfois et en particulier chez deux malades dont nous rapportons l'observation dans notre thèse, qu'après la disparition complète de tout ictère tégumentaire les fonctions azotées demeurent parfois en grand déficit, déficit qui correspond à la convalescence souvent si longue et si traînante des ictères en apparence les plus bénins, assistant ainsi à une sorte de dissociation des deux atteintes biligénique et uréopoïétique. Le fait est particulièrement net dans une de nos observations concernant un ictérique qui, guéri complètement en apparence de son ictère est revenu nous voir un mois et demi après sa sortie de l'hôpital présentant un état d'anesthénie et d'amaigrissement que nous avons trouvé correspondant à une atteinte très nette de son métabolisme azoté.

(A suivre.)

Contribution à l'étude des pneumococcies pulmonaires traînantes et prolongées simulant la tuberculose pulmonaire, par le Dr Robert BAYLAC. (Th. de Toulouse.) In-8. — Toulouse, les Frères Douladoure.

L'Alimentation simple et économique d'après l'idée française, par le Dr MONTEUUIS (de Nice). In-8 de 190 pages. — Prix : 6 fr. — Paris, A. Maloine.

(1) HUGOUNENCQ et MOREL. Dosage de l'urée du sang et des divers liquides de l'organisme par le réactif de Fosse, *Presse méd.*, 1913, n° 52.
(2) DELAUNAY. Rôle des acides aminés dans l'organisme animal, *Th. de Bordeaux*, 1910.
(3) MANCINI. *Arch. de pharm. expérim ital.*, t. VI, p. 332.
(4) FALK et SAXL. Zur fonktionnal Leber Diagnostic, *Zeit. f. klin. Med.*, 1911, Bd LXXIII.
(5) ERBEN. *Prag med. Woch.*, avril 1908, n° 14, p. 480.
(6) BITH. L'amino-acidurie, *Th. de Paris*, 1913.
(7) LABBÉ et BITH. Acidose grave en dehors du diabète, *Soc. méd. des hôpit.*, 17 mai 1912; — Coma avec acidose et insuffisance hépatique, *Soc. méd. des hôpit.*, 5 juillet 1912.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 18 OCTOBRE 1920)

Effets et constitution des antigènes. — MM. NICOLLE et CÉSARI.

Sur un procédé simple et inoffensif permettant d'éviter le choc anaphylactique. — MM. Auguste LUMIÈRE et Jean CHEVROTIER. On sait que le choc anaphylactique peut être évité, comme l'ont démontré MM. Roux et Besredka, Bauzhal et Famulener en provoquant l'anesthésie des animaux en expérience, avant l'injection déchaînante, ou en leur administrant des hypnotiqnes tels que la chloralose, l'uréthane et le chloral.

Plus récemment Kopaczewski, Roffo et Mme Roffo ont constaté qu'il était possible d'empêcher la production des accidents anaphylactiques aigus au moyen de solutions aqueuses d'éther, sans que l'anesthésie ait lieu.

MM. Lumière et Chevrotier ont institué une série d'expériences méthodiques consistant à rechercher les combinaisons chimiques capables d'éviter la production de cette floculation.

En raison de sa faible toxicité et de sa grande innocuité l'hyposulfite de sodium a été retenu par les auteurs. Il ne semble ni détruire ni même atténuer les propriétés des sérums antitoxiques.

D'après les premiers résultats, il semble que l'on soit dès maintenant en possession d'un moyen simple et complètement inoffensif permettant d'éviter le choc anaphylactique.

L'immunité chez les insectes. — M. A. PAILLOT.

(SÉANCE DU 26 OCTOBRE 1920)

Vaccination préventive de l'homme contre la fièvre méditerranéenne. — MM. Ch. NICOLLE et E. CONSEIL exposent des expériences qui prouvent qu'il est aisé de vacciner préventivement l'homme par l'inoculation sous-cutanée de cultures mortes. D'où l'indication pratique d'employer désormais ce moyen si simple à la protection du personnel des laboratoires contre les contaminations.

L'absence de propriétés agglutinantes dans le sang des vaccinés après l'inoculation d'épreuve, alors que cette inoculation, virulente pour le témoin, détermine chez lui l'apparition d'un pouvoir agglutinant antérieur à l'éclosion de la maladie prouve une fois de plus que la séroréaction agglutinante est un signe d'infection et non d'immunisation. Il y aura lieu de rechercher quelle est la durée de l'immunité conférée par ces vaccinations préventives.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 2 NOVEMBRE 1920)

Fausses tuberculoses de nature psychopathique. — M. Maurice DE FLEURY fait, sur ce sujet, une intéressante communication, dont voici le résumé :

Certaines formes légères de mélancolie non délirante avec syndrome émotif très marqué sont parfois prises pour un début d'évolution tuberculeuse et traitées comme telles.

L'amaigrissement progressif souvent considérable, la tachycardie variable, le tremblement généralisé, l'humidité des mains, les transpirations nocturnes, l'insomnie, l'anorexie spasmodique, l'insuffisance respiratoire, la toux émotive en matière de tic, l'hypotension artérielle prêtent à confusion.

Et sans doute il est moins grave de voir la tuberculose où elle n'est pas que de la méconnaître; il n'est pourtant pas inutile de savoir que le syndrome hyperémotif de Dupré, fréquemment réveillé par une période de dépression mélancolique, peut donner le change.

L'absence de symptômes formels fournis par la percussion, l'auscultation, la radioscopie et la thermométrie devra remettre en mémoire cette notion que la mélancolie subanxieuse, même celle qui ne s'accompagne pas de grands

troubles psychiques, provoque souvent un état important de dénutrition.

A côté de fausses tuberculoses d'origine appendiculaire (Faisans), il y a place pour les fausses tuberculoses d'ordre neuro-psychopathique.

Auscultation du tube digestif. — M. Hayem a fait une série de recherches sur les résultats, au point de vue pratique, de l'auscultation du tube digestif. L'application de l'oreille sur les diverses régions du tube digestif fournit de précieux renseignements pour le diagnostic de certaines affections. M. Hayem s'était d'abord servi d'un sthétoscope biauriculaire qui ne l'a pas satisfait. Il se sert d'un sthétoscope ordinaire. Il est bien entendu qu'il faut combiner l'auscultation avec la palpation bimanuelle. Il divise les différents bruits en trois catégories : les bruits œsophagiens, les bruits stomacaux ou œsophago-stomacaux et les bruits intestinaux. Les premiers bruits ou bruits de déglutition se traduisent par de véritables borborygmes œsophagiens. Les bruits stomacaux donnent des résonnances en rapport avec les productions des poches de gaz, une sorte de glouglou permettant, dans les cas de dilatation, de déterminer exactement les dimensions, la situation, le volume de l'estomac, caractères qui peuvent être ensuite vérifiés par la radioscopie. Il y a aussi le bruit de clapotage et bien d'autres bruits qui ont une signification symptomatique de telle ou telle altération. Les éructations, le dégagement de gaz dans la dyspepsie flatulente ont aussi leur importance, souvent au point de vue de la stase du pylore. L'existence d'un obstacle au cours des matières, soit au niveau du cardia, soit plus fréquemment au niveau du pylore, peut être révélée par l'auscultation du tube digestif. On peut ainsi arriver à reconnaître l'existence d'une tumeur, d'un cancer du pylore, par exemple.

M. Hayem conclut qu'il y a dans cette auscultation, jointe aux autres moyens d'exploration, des éléments importants de diagnostic.

Les sérums. — M. Netter fait un rapport sur une demande d'autorisation pour un sérum provenant de l'Institut Pasteur.

La conclusion favorable de ce rapport est adoptée.

M. Martin fait une série de rapports sur des demandes d'autorisation analogues, entre autres sur une demande adressée par MM. Poulenc, Lesure, Rémy et Clément, dont les conclusions sont adoptées.

Pneumothorax. — M. Rist lit un travail sur quelques signes du pneumothorax fermé.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX

(Séance du 22 octobre 1920)

Un cas de fièvre tierce maligne autochtone mortelle. — MM. P. Emile-Weil et Plichet rapportent un cas de fièvre tierce maligne qui se termina par la mort malgré un traitement quinique sévère. Il s'agissait d'un homme de 40 ans, qui n'avait jamais eu de paludisme, à demeure à Paris depuis 2 ans, qui entra à l'hôpital pour un état infectieux fébrile avec ictère, grosse rate, gros foie, cœur mou et rapide, anémie marquée : 1.500.000 globules rouges par centimètre cube. Seul une infestation particulièrement intense explique la marche fatale de la maladie : il y avait une hématie infectée sur deux par le plasmodium praecox.

Encéphalite épidémique intercurrente. — M. Sicard étudie l'encéphalite épidémique survenant au cours d'une autre maladie. Il en a pu observer 3 cas ayant évolué chez un tabétique, une basedowienne, un ulcéreux du duodénum. L'encéphalite a conservé, au cours de ces associations morbides, son allure normale de léthargie, de diplopie et de quelques secousses myocloniques, avec guérison, sans séquelles encéphalitiques et sans aggravation des maladies préexistantes, tabes ou Basedow. Par contre, le diagnostic d'ulcère du duodénum préexistant à l'encéphalite ne fut fait que rétrospectivement, lors d'une intervention opératoire, la maladie encéphalitique ayant marqué la symptomatologie abdominale.

Décalcification par troubles de la nutrition (neurasthénie) démontrée par la radiographie. — M. Henri Dufour. Les analyses d'urine ne peuvent renseigner sur la décalcification de l'organisme qu'à la condition d'établir pour chaque malade le bilan d'entrée et de sortie des sels de chaux. Cette réalisation est presque impraticable.

Il existe un autre procédé non employé jusqu'ici qui consiste à examiner la transparence du squelette à l'aide de la radiographie. Cette transparence variera avec la teneur des os en sels calcaires. Les os sont en effet la réserve de l'organisme en calcium.

Comme tenue de comparaison entre l'os normal et l'os décalcifié, l'auteur avait pensé à utiliser des os décalcifiés chimiquement dans des proportions différentes. Mais on se heurterait ainsi à une difficulté provenant de l'appréciation des ombres radiographiques dues aux parties molles dont seraient privés les os servant d'étalon.

Pour remédier à cet inconvénient, le mieux est de trouver un sujet sain ayant une main superposable comme dimensions à celle du sujet observé. En plaçant sur une même plaque radiographique, une main normale et celle d'un de ses malades neurasthéniques, il a pu démontrer l'existence d'une décalcification très nette sur le cliché radiographique. Ce malade non tuberculeux éliminait beaucoup de phosphates dans ses urines.

Ce moyen d'étude qu'il a commencé à appliquer aux tuberculeux semble pouvoir fournir des renseignements utiles sur leur décalcification qui, jusqu'ici ne me paraît pas évidente.

Lésions osseuses articulaires et rhumatisme blennorragique. — M. Henri Dufour, il y a un an, a attiré l'attention sur le fait que le rhumatisme blennorragique était fonction d'une ostéite articulaire, plus que d'une simple synovite. Cette particularité explique la fixité de ce rhumatisme, toujours opposée à la mobilité du rhumatisme articulaire aigu. A l'appui de cette opinion, il a présenté plusieurs clichés radiographiques de rhumatismes gonococciques.

Aujourd'hui, il peut donner une nouvelle preuve de cette ostéite articulaire, en montrant la radiographie du poignet d'une malade atteinte de rhumatisme blennorragique, radiographie de laquelle la plupart des os du carpe présentent des lésions de décalcification avec disparition des interlignes articulaires.

Trophœdème. — M. Léri présente une petite malade atteinte de trophœdème.

(Séance du 29 octobre 1920)

Traitement des pleurésies purulentes. — M. M. Renaud estime qu'il est d'importance primordiale de bien distinguer dans l'histoire de toute suppuration pleurale deux périodes; l'une de maladie infectieuse à localisation pleuro-pulmonaire, l'autre de collection suppurée de la plèvre. La première pendant laquelle toute intervention sur la plèvre est toujours inopportune et souvent dangereuse doit être traitée méthodiquement et strictement par le repos absolu et prolongé, la médication digitalique, la balnéation froide, la sérothérapie intraveineuse, la deuxième est justiciable des interventions qui évacuent le pus de la plèvre. Il est légitime de commencer par des ponctions qui, souvent, donnent à peu de frais une guérison rapide. Mais il est sage, quand l'épanchement se reproduit après 2 ou 3 ponctions, de pratiquer un drainage par tube siphon. Douze malades ont tous guéri complètement et sans séquelles, 4 spontanément après vomique et pneumothorax, 5 après ponctions répétées, 3 après drainage tardif par tube siphon.

Deux cas d'hirsutisme d'Apert avec virilisme et psychopathie. — MM. Laignel-Lavastine et Boutet présentent deux femmes à barbe répondant à l'hirsutisme d'Apert, syndrome caractérisé par l'hypertrichose à disposition masculine, l'aspect masculin du corps, la voie virile et l'aménorrhée. Ce syndrome survenu après la puberté se complique ici d'un état psychopathique caractérisé chez la première malade par un degré marqué de débilité mentale avec variations périodiques de l'humeur entraînant tantôt des tentatives de suicide et tantôt des accès d'agitation. La seconde malade est entrée pour une anxiété confusionnelle liée à une exacerbation d'un syndrome de Basedow très atténué actuellement. Il paraît évident que ce syndrome fut l'expression d'une réaction thyroïdienne à l'insuffisance ovarienne révélée par l'amé-

norrhée. L'étude des réactions vasculaires et de la glycosurie provoquées par des injections d'extraits de glandes à sécrétion interne confirme cette interprétation. Elle montre de plus que l'hirsutisme d'Apert est fonction de perturbation endocrinienne à prédominance ovarienne. La ressemblance chimique des cellules à lutéine et des cellules à spongiocytes de la fasciculie surrénale permet de ramener l'hirsutisme à leur perturbation. De plus les syndromes mentaux périodiques concomitants dont on connaît l'origine souvent thyroïdienne paraissent être l'expression psychique de réaction thyroïdiennes secondaires ou même vicariantes.

Encéphalites amyotrophiques du type médullo-radiculaire et du type périphérique (nevraxite). — MM. Sicard et Paraf, à propos de deux malades qu'ils présentent attirent l'attention sur les séquelles amyotrophiques de l'encéphalite. L'amyotrophie prédomine, en général, au niveau des membres supérieurs; elle affecte, soit le type périphérique, soit le type médullo-radiculaire. L'amyotrophie succède surtout à l'encéphalite grave avec myoclonie Le pronostic trophique est favorable avec tendance à l'amélioration progressive. Aussi le processus de l'encéphalite épidémique peut déborder les territoires de l'encéphale et du mésocéphale et se propager aux nerfs périphériques, à la moelle ou à ses racines, légitimant ainsi la dénomination plus conforme aux faits cliniques et histologiques de névraxites.

La réaction de précipitation du benjoin colloïdal avec les liquides céphalo-rachidiens des syphilitiques nerveux. — MM. G. Guillain, Guy-Laroche et P Léchelle donnent une technique simplifiée pour les usages cliniques de la réaction qu'ils ont décrite sous le nom de « réaction de précipitation du benjoin colloïdal ». Cette réaction donne des résultats comparables à ceux constatés par les auteurs qui ont fait un usage systématique de la réaction de Lange à l'or colloïdal, mais est plus simple et moins sujette aux causes d'erreur de cette dernière. Cette réaction est spécialement utile pour l'examen des liquides céphalo-rachidiens des paralytiques généraux et des tabétiques; le pouvoir précipitant de ces liquides est très accentué, plus accentué que celui des liquides céphalo-rachidiens des syphilitiques simples, constatation faite d'ailleurs avec la réaction de l'or colloïdal. La cause de la réaction de précipitation du benjoin dépend sans doute d'une altération spécifique de l'état physique de certains corps albuminoïdes associée à une charge électrique spéciale. La réaction de précipitation n'est pas en rapport avec l'albuminose globale des liquides céphalo-rachidiens ni avec le nombre des éléments cellulaires, elle est presque toujours parallèle avec la réaction de Wassermann.

Sur le diagnostic radioscopique des anévrismes de l'aorte abdominale. — M. Ch. Laubry montre l'utilité que peut avoir pour ce diagnostic, la méthode du pneumo-péritoine préconisée par MM. Ribadeau-Dumas et Mallet. Sur un malade cachectique et porteur d'une tumeur abdominale étalée sans signe vasculaire, le pneumo-péritoine pratiqué par M. Mallet permet non seulement de vérifier le volume et l'étendue de la tumeur, mais surtout de repérer les points d'ailleurs limités qui étaient animés de battements expansifs et d'affirmer ainsi le diagnostic d'anévrisme. Celui-ci repose aussi davantage sur la radioscopie abdominale, désormais facile, que sur la radiographie.

Un cas de mégaœsophage consécutif à un cardiospasme. — MM. M. Villaret, Dufourmentel et Fr. Saint-Girons relatent l'observation d'une malade qui, depuis 1910, a présenté par intermittence des signes de rétrécissement de l'œsophage. En 1915, à la consultation de M. Mathieu, une radioscopie montra une image typique de cardiospasme avec dilatation de l'œsophage. A l'heure actuelle, au contraire, l'œsophage est énormément dilaté, plexuum allongé rappelant l'aspect d'un côlon et cette ectasie se continue au delà du diaphragme se recourbant pour déboucher dans l'estomac. Sans nier l'origine congénitale du mégaœsophage sur laquelle ont insisté récemment MM. Œttinger et Caballero, les auteurs estiment que chez leur malade comme pour ceux de M. Parmentier, Mlle Landesmann, MM. Chabrol et Dumont, il s'est agi d'une dilatation consécutive à un cardiospasme. L'intérêt de l'observation réside dans la précision des examens radioscopiques pratiqués à 5 ans d'intervalle et donnant sur les 2 phases de l'évolution des documents irréfutables.

Algie à type radiculaire au décours de l'encéphalite épidémique. — M. Foix. Observation d'algie postencéphalitique persistante (9 mois). Topographie dans les territoires de $C^4C^5C^6C^7$. Cette séquelle sensitive tend à démontrer l'origine inférieure (moelle, racine ou ganglion rachidien) de certaines séquelles de l'encéphalite et la diffusion relative des virus dans le névraxe.

Syndrome de la paroi externe du sinus caverneux. Ophtalmoplégie unilatérale à marche rapidement progressive. — M. Foix rapporte deux observations, l'une avec examen anatomique, l'autre avec opération, relatives à deux syndromes de compression du sinus caverneux. Dans les 2 cas, le tableau a été le même, paralysie du moteur oculaire externe, puis se complétant en un mois de paralysie du moteur oculaire commun. Pas de lésion du fond de l'œil, champ visuel normal. Radiologie du crâne sensiblement normale. Dans le 1er cas, l'autopsie a montré un sarcome hypophysaire propagé à la selle turcique et comprenant le sinus caverneux, dans le second, l'opération par voie nasale a montré la présence d'un néoplasme de la même région. Elle n'en a pas moins donné par action décompressive locale une amélioration rapide et très marquée des phénomènes ophtalmoplégiques et douloureux. En résumé : 1° une ophtalmoplégie externe à marche rapide surtout débutant par le moteur oculaire externe doit faire immédiatement penser à une tumeur de la paroi externe du sinus caverneux, même en l'absence de troubles circulatoires; 2° celle-ci étant reconnue, il y a lieu d'intervenir par la voie nasale. Cette intervention pouvant être curative, s'il s'agit d'une affection du sinus sphénoïdal, palliative s'il s'agit d'une décompression simple; 3° l'absence de signes radiologiques ne suffit pas à éliminer ce diagnostic.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 20 OCTOBRE 1920)

M. le Président annonce la mort de M. Schmidt (de Nice).

Traitement des ulcères perforés de l'estomac. — M. P. Duval fait deux rapports sur des observations adressées par MM. Gauthier (de Luxeuil) et Kotzareff (de Genève).

M. Gauthier adresse deux observations, l'une d'ulcère perforé de l'estomac opéré 6 heures après le début des accidents. Il s'agissait d'un ulcère juxta-pylorique; gastro-pylorectomie, gastro-entérostomie immédiate et jéjuno-duodénostomie, chez un homme de 56 ans. Guérison.

Dans un autre cas, il s'agissait d'un ulcère perforé de l'estomac opéré en pleine péritonite.

M. Kotzareff envoie 8 observations : la première a trait à un homme de 85 ans, ulcère perforé de l'estomac, fermeture 3 jours après le début de la crise, mort; la seconde est celle d'un homme de 84 ans, on n'a pas trouvé d'ulcère; il n'y a donc pas lieu d'en tenir compte, 3e cas : perforation du duodénum, lavage pré et postopératoire, suture, guérison; 4e cas : homme de 54 ans, perforation du duodénum, double lavage, suture, gastro-entérostomie, drainage, guérison; 5e cas : homme de 34 ans, ulcère perforé de l'estomac, liquide louche, sale dans le ventre, suture sans gastro-entérostomie, guérison; 6e cas : femme de 57 ans, sans passé gastrique, ulcère perforé de l'estomac, suture simple, guérison; 7e cas : homme de 69 ans, ulcère perforé de l'estomac, opération immédiate, suture, guérison; 8e cas : homme de 65 ans, ulcère perforé de la région pylorique, suture avec gastro-entérostomie postérieure; mort le 4e jour.

En résumé, après la suture simple, M. Kotzareff a obtenu 65 p. 100 de guérisons, après la suture avec gastro-entérostomie, il a obtenu 66 p. 100 de guérisons. Aussi a-t-il une tendance à conclure à l'utilité de la gastro-entérostomie immédiate avec la fermeture de l'ulcère.

M. Kotzareff conseille de faire, avant l'intervention, une ponction abdominale afin de pouvoir examiner le liquide intrapéritonéal. Si le liquide est stérile, il conseille de faire la

gastro-entérostomie. S'il est septique, il conseille de s'en tenir à la suture. N'y a-t-il pas là une certaine contradiction?

M. Duval discute, à nouveau, la question de la gastro-entérostomie immédiate. Malgré des statistiques opératoires qui lui semblent plutôt favorables, malgré les arguments invoqués par ses partisans : protection de l'ulcère suturé, moyen certain d'éviter les accidents de sténose consécutive, M. Duval estime qu'elle allonge l'intervention chez des malades gravement atteints, et il persiste à penser que le mieux est de réduire au minimum l'acte opératoire, quitte à pratiquer secondairement la gastro-entérostomie pour parer aux accidents possibles de sténose.

Quoi qu'il en soit, le traitement chirurgical de l'ulcère perforé de l'estomac s'impose ; c'est le seul traitement qui puisse sauver les malades. Les statistiques, à ce point de vue, sont vraiment impressionnantes. Mais il faut se hâter d'ajouter que le succès de l'intervention dépend de sa précocité. Les médecins anglais, beaucoup mieux stylés que les médecins français à ce point de vue, font des diagnostics précoces d'ulcères gastriques perforés, et, aussitôt le diagnostic posé, envoient leurs malades au chirurgien. Ces malades doivent être opérés dans les 12 premières heures. Passé ce temps, les chances de succès deviennent très minimes. Donc de la précocité du diagnostic et de la précocité de l'intervention dépend le salut des malades atteints de perforations d'ulcères gastriques. Si l'intervention est précoce, la suture simple suffit dans la grande majorité des cas La gastro-entérostomie pourra être pratiquée secondairement pour parer aux accidents de sténose.

L'intervention dans les plaies pénétrantes du crâne compliquées d'épilepsie traumatique. — M. de Martel, à propos d'un rapport de M. Lenormant sut ce sujet, après avoir abandonné l'intervention chirurgicale dans ces cas, à cause des récidives éloignées si fréquentes des crises épileptiformes, est revenu à l'opération. Il rapporte un fait dans lequel il a trépané, incisé la dure-mère, ouvert un abcès et extrait une esquille assez importante. Ce blessé est resté guéri depuis deux ans. M. de Martel estime que, dans ces cas, il faut drainer. Il a eu recours aussi, pour les plaies cérébrales, à l'action des rayons X. Voici comment il a procédé. Il fait un volet temporaire et mobile qu'on lève tous les huit jours pour appliquer directement les rayons sur la substance cérébrale.

M. Lecène apporte au débat l'observation d'un homme de 30 ans qui reçut une balle dans la tête le 13 septembre 1914. Ce blessé fut fait prisonnier par les Allemands qui ne lui donnèrent aucun soin. Il présenta des crises d'épilepsie qui devinrent de plus en plus fréquentes, même quotidiennes. Il était arrivé à un état désespéré quand M. Lecène le vit pour la première fois en mai 1917. Sur les instances de la famille, il se décida à l'opérer le 27 juin 1917. Il fit une couronne de trépan, trouva la dure-mère adhérente, incisa un point saillant du cerveau, fit sortir du liquide et tomba sur une esquille qu'il put extraire. Drainage, guérison qui se maintient depuis 3 ans. M. Lecène n'ose affirmer sa guérison définitive.

M. Mathieu rappelle avoir soutenu que, en présence de l'échec absolu des traitements médicaux, il fallait se décider à l'intervention dans ces cas d'épilepsie traumatique, le seul moyen d'obtenir des guérisons, sinon définitives, au moins momentanées. Il se félicite de voir ses collègues se rallier à son opinion.

M. Lenormant résume la discussion et constate l'accord qui règne actuellement sur la conduite à tenir à l'égard des plaies pénétrantes du crâne.

Traitement de l'appendicite grave. — A propos d'une communication de M. Ombrédanne sur ce sujet (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 58, p. 924), M. Lecène, contrairement à M. Ombrédanne qui conseille la fermeture sans drainage des cas graves d'appendicite, estime que dans les cas où il y a une grande infection, soit par gangrène ou rupture de l'appendice, soit par péritonite généralisée, il semble plus sage de drainer et de pratiquer l'aspiration des liquides septiques, au moins pendant les cinq ou six premiers jours.

M. J.-L. Faure va plus loin; non seulement il reste fidèle au drainage dans les cas graves, mais il le trouve insuffisant dans les cas très graves où il est d'avis d'ouvrir largement et d'appliquer un Mickulicz. Au risque de se voir ranger par quelques collègues parmi les fossiles, il se fait un défenseur ardent du Mickulicz.

Technique de l'ablation des cancers du rectum. — M. A. Schwartz fait une importante communication sur un nouveau procédé d'ablation des cancers du rectum par la voie abdomino-périnéale. Chez la femme, il est partisan de pratiquer l'hystérectomie abdominale préalable, l'ablation de l'utérus facilitant beaucoup les manœuvres sur la paroi antérieure du rectum. Les détails très précis que M. Schwartz a présentés dans cette communication ne sauraient être résumés en quelques lignes.

(Séance du 27 octobre 1920)

L'entéro-anastomose dans l'occlusion aiguë.—M. Okinczyc fait un rapport sur une note adressée par M. Rubinstein. Un homme de 61 ans entre à l'hôpital avec tous les signes d'une occlusion intestinale aiguë. Opération immédiate, libération difficile de l'anse intestinale, résection, entéro-anastomose, mort. Se basant sur ce fait, l'auteur pense qu'il vaut mieux recourir, dans ces cas, à l'entéro-anastomose seule, la libération de l'intestin pouvant être une manœuvre dangereuse. De quatre observations adressées par l'auteur et des trois qui lui sont personnelles, M. Okinczyc conclut qu'il vaut mieux pratiquer d'emblée une entéro-anastomose que de tenter la libération des adhérences inflammatoires, pour peu qu'elles soient étendues, mais il y a des cas où l'entéro-anastomose ne suffit pas toujours. D'accord avec l'auteur, M. le rapporteur estime que les ponctions évacuatrices, même répétées, présentent le double avantage de faciliter l'exploration et de soustraire de l'organisme les matières toxiques, car il faut bien tenir compte, dans ces cas, de la toxicité du contenu de l'intestin.

M. Quenu estime qu'il y a deux questions dans la communication de M. Okinczyc : 1° la conduite à tenir en présence d'une occlusion intestinale aiguë; 2° la toxicité du contenu intestinal. Sur le premier point, l'accord est à peu près unanime, il faut intervenir le plus tôt possible, c'est surtout une question d'espèce : quand il y a un énorme ballonnement du ventre, si vous intervenez, vous ne pouvez plus réduire l'intestin, ces malades meurent en quelques heures.

Quant à l'évacuation du contenu intestinal par ponctions, M. Quenu reste sceptique; on vide bien peu de chose par une ponction; mieux vaut pratiquer tout de suite l'iléostomie. Quoi qu'il en soit, ces malades résorbent des produits septiques, mais ce qui domine par-dessus tout, c'est l'occlusion. Une bouche sur l'intestin grêle n'offre aucun danger et donne souvent de très bons résultats.

M. Dujarier est partisan des ponctions; il est même d'avis de les multiplier. En cas de doute, il vaut mieux s'en tenir à une bouche sur le grêle, on ne doit recourir à la laparatomie qu'en présence d'un diagnostic précis.

M. Tuffier pense que les indications opératoires varient selon les cas, affaire d'appréciation pour les chirurgiens.

M. de Martel est aussi partisan des ponctions évacuatrices.

M. Okinczyc fait observer que la laparatomie n'empêche pas toujours les faits d'occlusion de persister. Il faut d'abord faire une entérostomie de décharge. Sans doute les ponctions ont aussi leurs indications. Mais en cas d'incertitude, c'est le souci de faire mieux qui peut porter à faire la laparatomie.

Anesthésie locale. — M. Chevalier fait une communication sur l'anesthésie locale dans les opérations sur l'anus. La technique de Reclus comportait 3 temps : 1° l'anesthésie de la muqueuse; 2° l'anesthésie de la zone ano-cutanée; 3° celle du sphincter. M. Chevalier a simplifié la méthode de Reclus, il commence par anesthésier la zone ano-cutanée, puis la région sphinctérienne, cela fait l'anesthésie de la muqueuse devient inutile et la méthode se trouve ainsi très simplifiée.

Ablation d'une variété de tumeurs intracraniennes. — M. de Martel appelle l'attention sur une variété de tumeurs intracraniennes, les tumeurs du nerf acoustique, qui peuvent être localisées et qui peuvent être enlevables. Elles se caractérisent par des troubles de l'ouïe, du vertige de Ménière,

des signes d'hypertension intracranienne. Elles sont encapsulées, il faut les extraire avec la curette. Sur cinq opérations de ce genre, M. de Martel a eu trois succès et deux morts. Voici sa technique qui est inspirée de celle de Fuschine; trépanation en arbalète, d'une apophyse mastoïde à l'autre, avec anesthésie locale, le malade étant assis, la tête penchée en avant, incision de la dure-mère. Quand on arrive sur la tumeur, celle-ci masque le facial, il faut faire pencher la tête du côté opposé, la tumeur s'incline alors vers ce côté et on voit le facial; on vide la tumeur à la curette, on fait un tamponnement, on draine. Fuschine, qui a pratiqué un assez grand nombre de ces opérations, accuse 25 p. 100 de mortalité.

Cholécysto-gastrostomie. — M. GRÉGOIRE communique trois observations de malades ayant présenté les signes classiques de cholécystite lithiasique. En raison des crises douloureuses qu'ils présentaient, ces malades furent opérés. On ne trouva pas de calculs des voies biliaires, mais des adhérences de la vésicule biliaire augmentée de volume et à parois amincies. Dans ces cas, M. Grégoire préféra la cholécystoentérostomie à la cholécystectomie. C'est là une excellente intervention, déjà pratiquée par Terrier, Lejars, et qui donne d'excellents résultats. Suivent les trois observations.

Traitement des appendicites avec péritonites. — A propos de la communication de M. Ombrédanne, M. HALLOPEAU depuis le 1er juin 1920 a eu à traiter 48 malades atteints d'appendicite, 10 de ces appendicistes avec pus, nettoyage du ventre, toutes fermées, toutes guéries. Sur 28 cas avec péritonites généralisées, toutes drainées, 20 guérisons et 11 décès.

M. VEAU apporte aussi sa statistique dans les appendicites opérées d'urgence, 3 opérées, in extremis, sont morts sur la table, 3 autres le jour même. En 1914, 26 péritonites opérées, 10 morts, soit 37 p. 100. En 1915, 32 péritonites, 15 morts, soit 32 p. 100. En 1916, 32 p. 100 de mortalité. En 1917, 35 p. 100. En 1918, 36 p. 100. Au total : 147 opérations pour péritonites, 52 morts, soit 36 p. 100.

La conclusion pour M. Veau, c'est qu'il faut continuer à drainer les appendicites toxiques. Il y a, pour lui, danger à fermer quand il y a du pus dans le ventre.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 8 OCTOBRE 1920)

Essence de térébenthine et congestion pleurale de dérivation. — M. G. ROSENTHAL montre que le chien réagit faiblement à l'injection intrapleurale d'essence de térébenthine diluée au tiers dans l'huile.

Accidents de l'arsenobenzol et instabilité thyroïdienne. — M. LÉOPOLD-LÉVI rappelle que les accidents dus à l'arsenobenzol sont souvent à allure thyroïdienne et à mécanisme thyroïdien (Lortat-Jacob). L'arsenic fait, en effet, partie des médications métathyroïdiennes. Le corps thyroïde participe, d'autre part, au problème général de l'anaphylaxie et peut provoquer des troubles angiocriniens comparables à ceux de la réaction de Hersheimer.

Traumatisme et syphilis. — M. GOUBEAU fait ressortir le rôle fréquent du traumatisme dans la production des manifestations de la syphilis à toutes les périodes, quels que soient les organes atteints. Or, les erreurs de diagnostic sont fréquentes, fatales quelquefois même, et le traumatisme pris pour cause unique fait méconnaître une syphilis ignorée ou oubliée Il faudra donc toujours penser à la syphilis, même après un traumatisme, rechercher les antécédents, compléter la clinique par le laboratoire pour éviter des erreurs de diagnostic préjudiciables au malade et à la société.

Traitement du cancer. — M. DE KEATING-HART fait une revue d'ensemble de la thérapeutique actuelle du cancer où il préconise l'association des agents physiques (fulguration, thermoradiothérapie, radium) avec la chirurgie, chacun de ces agents ayant ses indications respectives suivant les cas.

La nosomanie. — M. P. GALLOIS voudrait séparer de la neurasthénie un état mental souvent confondu avec elle et pour lequel il propose le nom de nosomanie; c'est le malade imaginaire de Molière. Cet état est caractérisé par la peur d'être malade et le besoin de se traiter. Pour guérir ces malades, on a proposé le traitement par suggestion; mais il faut admettre la réalité de la maladie imaginaire et affirmer que l'on possède des moyens plus ou moins sensationnels pour la guérir. Ce traitement, pour l'auteur, a le tort de commencer par renforcer l'idée fausse que se fait le malade sur son état; aussi, propose-t-il de commencer par calmer les appréhensions du malade et de lui assurer que, avec une médication banale, on arrivera à le guérir. C'est en somme un procédé de désuggestion et de rééducation qu'il propose.

(SÉANCE DU 23 OCTOBRE 1920)

Nez en bec de canard corrigés sans cicatrice. — M. BOURGUET, en présentant ses opérés, fait la distinction entre ce qu'il appelle le nez en bec de canard (sous cloison droite) et les nez dits en pied de marmite (sous cloison presque verticale). Dans les deux formes, le lobule fait une saillie disgracieuse sur l'arête nasale. L'auteur fait disparaître cette petite difformité sans cicatrice et avec un excellent résultat.

Malade atteinte de P. G. P. présentant après traitement toutes les apparences de guérison. — M. GOUBEAU présente une femme soignée pour P. G. P. Un traitement spécifique des plus énergiques (arsenobenzol et Hg associés à hautes doses puis K. I.) provoqua d'abord une exacerbation des symptômes (internement nécessaire), puis une rémission progressive. Aujourd hui, la malade est normale à tous les points de vue.

Maladie de Lane. — M. PAUCHET rappelle que cette affection caractérisée par des troubles d'auto-intoxication d'origine intestinale, de la constipation habituelle et du retard du transit intestinal constaté aux rayons X, étiquetée appendicite, entérite, arthritisme, rein mobile, ovarite, etc., s'accompagne de migraines, troubles digestifs, état subfébrile, amaigrissement, insuffisance glandulaire. La radioscopie faite deux ou trois jours de suite montre les différents points intestinaux où il y a retard. Si le traitement médical (massage, gymnastique, opothérapie, stations thermales) échoue, le traitement chirurgical (section des brides, plicatures pour les cas légers, court-circuit ou colestomie pour les cas sérieux(donne d'excellents résultats. Les opérations sont aujourd'hui bénignes.

Adéno-cellulite médiastinale syphilitique. — M. GASTOU attire l'attention sur la fréquence chez les syphilitiques anciens de lésions du médiastin caractérisées souvent uniquement par des modifications du pouls radial et des réflexes papillaires avec oppression et douleurs thoraciques. Ces lésions, véritables adéno-cellulites médiastinales, associées ou non à de l'aortite, ne peuvent être diagnostiquées que par la radiologie. Il est important d'en montrer dès le début l'origine spécifique, car le traitement combiné, arsenic, mercure et iodure, permet de les faire disparaître avant la formation d'altérations scléreuses médiastino-aortiques inguérissables.

Maladie de Friedreich fruste. Faux pied creux essentiel. — MM. RŒDERER et BOURGUIGNON présentent une malade atteinte d'un double pied creux, le droit datant de la petite enfance, le gauche de l'âge de treize ou quatorze ans. L'examen révèle une maladie de Friedreich fruste avec absence des réflexes rotuliens et achilléens et un léger syndrome tabéto-cérébelleux.

RENSEIGNEMENTS

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 95. — MARDI 9 & JEUDI 11 NOV. 1920 — 93e ANNÉE. — MARDI 9 & JEUDI 11 NOV. 1920. — N° 95

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE . 3 mois : **9** fr. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 5 novembre. — MM. Lerond, 7; Azalbert, 8; Thin, 10; Doiteau, 11; Bidermann, 8; Oury, 13; Durand (Paul), 11; Roullet, 10; Marceron, 11; Berthier, 7.

Anatomie. — Séance du 4 novembre. — MM. Larget, 12; Desnoyers, 11; Leroux (Maurice), 12; Basch, 14; Gardinier, 9; Ducuing, 10; Christophe, 9; Meyer-May, 5; Estrabaud, 9; Mlle Le Bouëdec, 4.

Séance du 5 novembre. — MM. Boisnier, 8; Philippeau, 6; Denoyelle, 13; Bourdillon, 10; Marcel, 4; Gornouec, 7; Lougnon, 9; Garnier et Chabaud, 7; Huet (Léon), 11.

Séance du 7 novembre. — MM. Sauvage, 3; Roland, 10; Deroche, 13; Niel, 11; Boehler, 6; Burgeat, 7; Dollfus, 5; Merklen et Buisson, 7; Kesseler, 6.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Anatomie.* — Séance du 4 novembre. — Question donnée : « Calcanéum et astragale. »

MM. Bohn, 8; Boucher, 12; Bouvet, 2; Baillis, 18; Aubert (Félix), 7; Bonnemaison, 17; Chassaigneux, 18; Charpentier, 17 1/2; Mlle Decor, 13; MM. Chomereau-Lamotte, 20; Chiffre, 14; David (Eugène), 10; Colette, 15; Brissaud, 16.

Séance du 6 novembre. — Question donnée : « Parois osseuses des fosses nasales. »

MM. Delarue, 12; Célestin, 15; Delalande, 19; Degrais (Jean), 10 1/2; Collin (Pierre), 10; Contant (Louis), 18; Chevereau, 19; Chevallier (Jean) et Coudrain, 9; Couderc, 14; Chauvot (Gabriel), 13; Chêne (Jean), 14; Buisson, 6; Corret, 8; Cauchy, 9; Denier, 8.

Pathologie. — Séance du 4 novembre. — Question donnée : « Signes et diagnostic du pneumothorax. »

MM. Scialom, 13; Quignard, 15; Mlle Rappoport, 15 1/2; MM. Subileau, 13; Thiolat, 15 1/2; Salmon, 17; Thibert, 16 1/2; Vassitch, 18; Séguin, 13; Thiébaut, 16; Rochette, 14 1/2; Rebillard, 15; Ragouneau, 14; Schmidt, 12; Risos, 14 1/2; Sebileau (Louis), 18 1/2; Mlle Sturm, 15; MM. Robert (Paul), 16; Robin, 18 1/2; Mlle Schœller, 19; M. Vergez-Honta, 18; Mlle Bertazzi, 14.

Séance du 6 novembre. — Question donnée : « Signes et complications du diabète sucré. »

M. Rochard, 17; Mlle Stœber, 12; MM. Lévy-Neumand, 17; Lemoine, 14; Loussot, 10; Le Conte des Floris, 18; Hurez, 19; Lecœur (Pierre), 13; Jahiel, 13 1/2; Laroche, 12; Krief, 18; Lefèvre (Henri) et Laënnec, 10; Mlle Lévy, 8; M. Lacroix (René), 16.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CONCOURS DU CLINICAT. — Sont nommés :

Chefs de clinique chirurgicale : Hôtel-Dieu, M. Gouverneur, adjoint; Salpêtrière, M. Desplas, titulaire; M. Robert Monod, adjoint.

Chefs de clinique obstétricale : MM. Vaudescal, Cleisz, Couinaud, titulaires; MM. Didier, Viala, Morisson-Lacombe, Réglade, adjoints.

Chefs de clinique thérapeutique : M. Leconte, titulaire; M. Donzelot, adjoint.

CONFÉRENCE INTERNATIONALE CONTRE LA TUBERCULOSE. — Le Comité Français de Défense contre la tuberculose a pris l'initiative de réunir à Paris des délégués des Associations similaires des pays adhérents à la Société des Nations et des Etats-Unis d'Amérique en vue de créer une Union Internationale contre la tuberculose.

Les décisions suivantes ont été prises :

I. La Conférence Internationale réunie à Paris, du 17 au 20 octobre 1920 adopte le projet de statuts d'une Union Internationale contre la tuberculose. Les délégués des Associations nationales et des gouvernements des nations participants à la Conférence proposeront à leurs Associations nationales ou à leurs gouvernements respectifs, dans le délai le plus bref, et au plus tard avant le 1er mars 1921, d'adhérer à ces statuts.

L'Union Internationale contre la tuberculose décide de se réunir à Londres en 1921 sur la convocation de son vice-président, en vue d'établir son organisation budgétaire et administrative, de fixer la composition de son Conseil de direction et de procéder à l'élection de ses membres titulaires.

II. Un Conseil de direction est provisoirement constitué pour préparer l'organisation définitive de l'Union. Il est composé de : Sir Robert Philip (vice-président); Drs Dewez (Belgique); Gérard Webb (États-Unis); Profrs Calmette (France); Cantacuzène (Roumanie); Léon Bernard, secrétaire général.

Ce Conseil provisoire cessera ses fonctions aussitôt après l'élection du Conseil définitif.

III. La Conférence propose aux Associations nationales et aux gouvernements adhérents à l'Union Internationale contre la tuberculose d'étudier, pour qu'il soit statué à ce sujet à la

Conférence de Londres en 1921, la possibilité d'établir le budget de l'Union en fixant la contribution de chaque Association ou de chaque gouvernement à un nombre d'unités variable suivant l'importance de chaque pays, conformément au principe admis pour la répartition des dépenses de la Société des Nations.

La Conférence suggère que le taux de chaque unité de participation pourrait provisoirement être fixé à 1.000 fr. or.

Les vœux suivants, inspirés du programme de la réunion du Conseil médical de la Ligue des Sociétés de Croix-Rouge réunies à Genève en juillet dernier, sont ensuite adoptés :

1° Enquête sur le nombre de cas d'infection tuberculeuse latente et d'infection grave, chez les sujets classés par catégories d'âge, de sexe, par profession et par groupes sociaux;

2° Statistique établie avec le concours des autorités sanitaires locales sur la mortalité tuberculeuse et sur les diverses localisations de la maladie;

3° Création d'un nombre suffisant de dispensaires desservis par des médecins spécialement instruits et par des infirmières visiteuses d'hygiène particulièrement entraînées;

4° Organisation de sanatoriums en baraquements périurbains pour l'isolement des malades avancés et pour le traitement des malades curables;

5° Création de préventoriums pour enfants (1) et de colonies scolaires;

6° Education sanitaire des médecins et du public en vue de la défense sociale contre la tuberculose.

ASSOCIATION DES MEMBRES DU CORPS ENSEIGNANT DES FACULTÉS DE MÉDECINE DE L'ÉTAT. — L'Assemblée générale de l'Association des membres du corps enseignant s'est tenue à Paris à la Faculté de médecine, amphithéâtre Vulpian, le 9 octobre sous la présidence de M. X. Arnozan, président.

Après une discussion générale les vœux suivants ont été adoptés :

Réforme des études médicales. — 1° L'Assemblée demande le rattachement du P. C. N. aux Facultés de médecine (vœu déjà voté dans l'Assemblée générale du 19 juin 1919).

2° L'Assemblée demande que la durée des études médicales, y compris l'année du P. C. N., soit de six années.

3° Que le futur régime d'études médicales ait comme orientation le retour vers l'ancien régime (1897-1914) avec un semestre (Guyot) ou une année de perfectionnement (Bard). Il s'y ajoutera une organisation dans un esprit très général des travaux pratiques et les stages hospitaliers indispensables (vœu Garipuy).

(1) Sur la remarque du Dr Granjux, il a été entendu que le mot « préventorium » ne devait pas être pris dans son sens étroit, mais comprendre les crèches « ad hoc » et les œuvres Grancher.

4° Que les études médicales théoriques soient réparties en quatre cycles :

1er cycle : un an de sciences préparatoires (P. C. N.).

2e cycle : deux ans de sciences fondamentales avec enseignement de la pathologie élémentaire.

3e cycle : deux ans de pathologie et clinique.

4e cycle : un an de sciences médicales appliquées, laissant une certaine liberté aux étudiants (y compris semestre de perfectionnement).

5° Que les études médicales comportent le stage hospitalier pendant toute la durée des études sauf la première année. Le stage, dans les cliniques et cliniques annexes de médecine et de chirurgie générales avec une durée de quatre ans. Le stage obstétrical sera compris dans ces années (vœu Latarget).

6° L'Assemblée tenant compte du grand nombre de stages hospitaliers imposés aux étudiants, émet le vœu qu'on organise, toutes les fois que cela sera possible, le « double stage » qui permettra aux étudiants d'être attachés, durant une partie de leurs études, aux services de médecine et de chirurgie en même temps qu'aux diverses cliniques spéciales, à des heures différentes de la même journée (vœu Baylac).

7° Maintien de la thèse

8° Au sujet des examens, l'Assemblée demande que chaque matière spéciale comporte un juge spécial dans chaque jury. Un premier ajournement n'interrompt pas la scolarité; un second ajournement la suspend et renvoie le candidat à la session normale de l'année suivante (juillet et février).

L'Assemblée a étudié ensuite l'application du relèvement de traitements aux agrégés et chargés de cours et la question du personnel de service des Facultés.

COURS DE PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALES. M. le prof. M Labbé fera la leçon inaugurale de son cours, le lundi 15 novembre, à 17 heures, au petit amphithéâtre.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU. — M. le prof. Gilbert fera sa première leçon à l'amphithéâtre Trousseau le samedi 13 novembre 1920, à 10 h. 45. Ses leçons ultérieures (assisté de M. Maurice Villaret, agrégé) auront lieu dans le même amphithéâtre, à la même heure, les mercredis et les samedis.

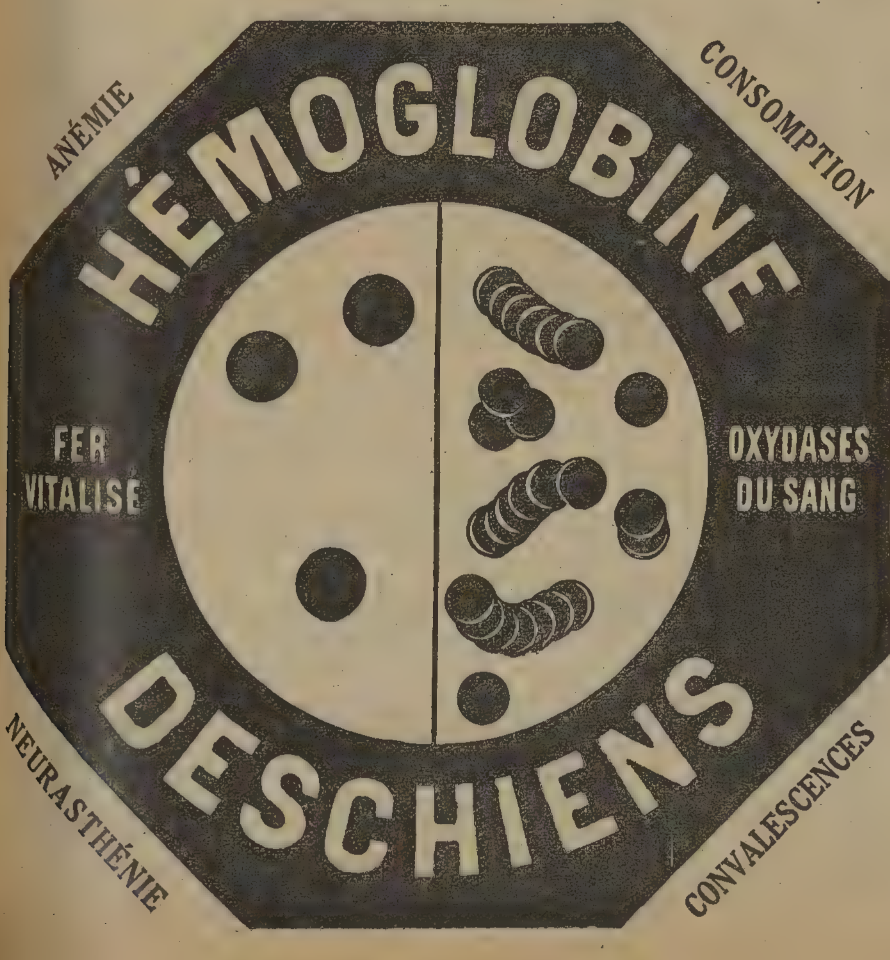
FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — COURS COMPLÉMENTAIRE D'HYDROLOGIE THÉRAPEUTIQUE (prof. agrégé M. PIÉRY). — Le cours comprend deux ordres d'enseignements : un enseignement élémentaire qui aura lieu le mardi, à 17 heures, à partir du 9 novembre, et un enseignement de perfectionnement le vendredi, à 17 heures, à partir du 12 novembre, amphithéâtre B.

Pour le cours de perfectionnement, s'inscrire auprès de M. Milhaud, préparateur. L'assiduité donnera droit aux voyages aux stations du Sud-Est et du Centre qui auront lieu du 1er juin au 15 juillet. Une affiche indiquera le programme de chaque semaine.

SOMMAIRE DES ANALYSES

NUMÉROS D'ANALYSES DÉJA PARUS


CACHETS "ROCHE" DE THIOCOL
Chaque cachet renferme 0gr50 DE THIOCOL "ROCHE"
Sirop Roche
COMPRIMÉS ROCHE DE THIOCOL


HÉMOGLOBINE
DESCHIENS
ANÉMIE
CONSOMPTION
FER VITALISÉ
OXYDASES DU SANG
NEURASTHÉNIE
CONVALESCENCES

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

NEUROLOGIE

Sous la direction de M. le docteur J. LHERMITTE.

ANATOMIE

Manuel de neurologie : L'anatomie du système nerveux. (C. WINCKLER. T. 1, 435 pages, Harlem 1918, de Erven et Behn.) — Dans le premier tome de son *Nouveau Traité de neurologie,* Winckler étudie l'anatomie du système nerveux au double point de vue : général et topographique. Un très long chapitre est consacré au système nerveux optique, aux centres de l'appareil du goût, mais les pages qui nous semblent devoir particulièrement retenir l'attention sont celles où l'auteur décrit la systématisation de la moelle épinière et du bulbe rachidien.

Cet ouvrage n'est point un traité d'anatomie pure, on pourrait relever, à ce point de vue, des lacunes, mais un livre destiné à faire comprendre et retenir l'organisation du système nerveux aux neurologistes comme aux psychiatres. Aussi, dans ses descriptions des appareils moteurs, sensitifs et sensoriels, l'auteur ne perd jamais de vue le côté pathologique et s'efforce de montrer le parallélisme des résultats physiologiques, des données de l'anatomie et des déductions que l'on peut tirer des perturbations des appareils de l'axe cérébro-spinal. J. LHERMITTE.

Note sur les canalicules intracellulaires des cellules nerveuses. (J. CARAMANIS. *Schweiz. Arch. f. Neurol. u. Psych.*, 1919, p. 264.) — On sait que Nélis sous le nom de spirème, et Holmgren sous le nom de réseau canaliculaire ont décrit des canalicules situés dans les cellules du système cérébro-spinal et en rapport intime avec les corps tigroïdes. Holmgren et Pagnat pensèrent que ce réseau canaliculaire était en rapport avec les espaces lymphatiques.

Pour Golgi, ce sont des aspects dus à la structure intracellulaire. Cajal et Holmgren identifient ces canaux et le réticulum endothélium tandis que von Bergen les distingue.

L'auteur, employant le bleu de toluidine suivant la technique de Lenhossek, les a étudiés dans les cellules motrices des cornes antérieures chez un chat adulte mort d'inanition.

Il croit qu'il s'agit bien de canalicules anastomosés dont les parois sont constituées par les granules dérivées de la substance chromatique et leurs relations avec les corps tigroïdes permet de penser qu'il s'agit de formations dues à la dissolution de la substance chromophile plutôt que de formations spongioplastiques. Ce sont donc des aspects pathologiques indices de l'aspect initial de la désintégration cellulaire. L. CORNIL.

CERVEAU

Experimentelle und pathologische Beiträge zur Kenntnis der infektiostoxischen nichteitrigen Enzephalitis. (A. HOMÉN [d'Helsingfors], 1919; G. Fischer.) — Le processus qui commande l'encéphalite aiguë non suppurée est loin d'être complètement élucidé; aussi l'étude très poussée qu'en donne au point de vue histologique M. Homén est-elle à retenir d'autant que l'auteur prend soin de confronter les résultats de ses constatations chez l'homme avec les faits expérimentaux. Chez des chiens et des lapins, après trépanation, M. Homén injecte dans la substance cérébrale divers microbes, streptocoques, staphylocoques, et il constate que déjà entre la 6e et la 12e heure les cellules névrogliques sont modifiées dans leur aspect. Après quelques jours, leur multiplication amitotique est indéniable ainsi que la prolifération des cellules adventitielles des vaisseaux et l'accumulation de leucocytes dans les gaines de Robin. Au 6e jour apparaît la première ébauche du processus destructeur. Les éléments nerveux imprégnés par les toxines dégénèrent et appellent par chimiotactisme des cellules conjonctives et névrogliques. A cette époque les bactéries ont disparu. Vers la fin de la 2e semaine on peut constater déjà la présence d'un processus de cicatrisation à la périphérie des foyers d'encéphalite, processus caractérisé par l'hyperplasie de la névroglie dont les éléments se multiplient et donnent naissance à des fibrilles. Le feutrage de fibrilles névrogliques ne dépasse guère la périphérie des foyers tandis que la prolifération du tissu conjonctif comble les vides laissés par la résorption des éléments nécrosés ou dégénérés.

Chez l'homme, le processus de l'encéphalite aiguë offre une plus grande variété puisque, d'après M. Homén, les éléments de l'inflammation peuvent varier dans de très notables proportions. Tantôt, en effet, l'encéphalite prend le type exsudatif, tantôt le type proliférafif, tantôt, enfin, elle se marque par un caractère intensément destructif et confine à l'encéphalite suppurée. Ce qui fait la gravité de l'encéphalite c'est, d'une part, le degré de virulence des microbes en cause et leur association (l'association de germes anaérobies et aérobies semble être la plus pernicieuse), et, d'autre part, la présence de nombreuses localisations de l'infection. Dans ces conditions, en effet, le cerveau subit l'atteinte non seulement des toxines locales mais de celles qui sont élaborées au sein des lointains foyers.

Il est exceptionnel que le processus de l'encéphalite demeure pendant toute son évolution à l'état de pureté. Le plus souvent, il se complique de lésions vasculaires profondes dont l'aboutissant est la rupture et par conséquent l'hémorragie ou la thrombose laquelle conduit à la nécrose du parenchyme. J. LHERMITTE.

Examen histologique des centres nerveux dans un cas de chorée aiguë de Sydenham. (Pierre MARIE et C. TRÉTIAKOFF. *Revue neurol.*, n° 5, p. 428.) — Dans un cas de chorée aiguë typique, les auteurs ont étudié à l'aide de techniques histologiques les plus précises les altérations de l'encéphale. Et ils ont constaté que les lésions inflammatoires atteignaient le maximum d'intensité dans les corps opto-striés et l'écorce cérébrale. Non seulement l'hyperhémie est très marquée, mais le réseau vasculaire des régions indiquées est infiltré de cellules mononucléaires, de fibroblastes, de lymphocytes. Les lésions dégénératives occupent seulement le second plan, par endroits même, il est difficile de les mettre en évidence. Ce dernier fait rend compte de la curabilité des chorées de Sydenham et s'oppose nettement à la qualité des lésions inflammatoires et dégénératives provoquées par la poliomyélite aiguë épidémique ou l'encéphalite dite léthargique.

Les auteurs insistent sur la topographie des lésions qu'ils ont relevées et qui correspond à celle que Pierre Marie et Lhermitte ont assignée aux altérations des chorées chroniques. Dans le premier comme dans le second cas, les corps striés par leur dégénération conditionnent l'apparition des mouvements choréiques. J. LHERMITTE.

Cf. — Double athétose acquise. Dystonie lenticulaire. (William SPILLER. *Arch. f. Neurol. and Psych.*, oct. 1920, n° 4, vol. IV, p. 370.)

Etude expérimentale sur la fonction du corps calleux. (LAFORCE [Madrid]. *C. R. du Congrès de physiol.*, Paris, juillet 1920.) — Chez des singes et des chats dressés à exécuter certains mouvements la section du corps calleux détermine de la dyspraxie de la main gauche et impossibilité d'exécuter les mouvements appris par le dressage. Le retour de la fonction perdue se fait après un certain temps.

L. CORNIL.

CERVELET

Observazioni cliniche e anatomo-patologiche sulle aplasie cerebellari. (MINGAZZINI et GIANNULI. *Bull. de l'Acad. royale dei Lancei*, vol. XII, fasc. 13.) — Cette observation a

trait à une malade chez laquelle l'examen anatomique montra une réduction volumétrique considérable de l'hémisphère cérébelleux gauche associée à une hypertrophie de l'hémisphère cérébral opposé. Au point de vue anatomique les auteurs formulent des idées personnelles et originales. Le pédoncule cérébelleux moyen contient selon MM. Mingazzini et Giannuli non seulement des fibres cérébellopètes mais cérébellofuges lesquelles se mettent en connexion avec la substance grise du pont et les fibres pyramidales. D'autre part, la constatation d'une augmentation notable du volume de certains centres encéphaliques donne à penser aux auteurs qu'il peut s'agir d'hypertrophies compensatrices. Dans le fait présent, les noyaux de Burdach des cordons postérieurs, les noyaux dorsaux et latéraux de la couche optique étaient hypertrophiés.

Pour ce qui est des manifestations cliniques liées aux aplasies cérébelleuses les auteurs se rangent à l'avis des classiques. Présentant le problème que plusieurs neurologistes ont posé à nouveau des rapports entre les fonctions psychiques et l'intégrité du cervelet, les auteurs se refusent formellement à admettre aucun rapport entre les fonctions intellectuelles et le cervelet. Il en est de même pour le langage et MM. Mingazzini et Giannuli soutiennent que si l'on voit si souvent apparaître des troubles verboarthriques au cours des affections du cervelet, la raison doit en être cherchée dans le retentissement mécanique des lésions cérébelleuses sur le bulbe rachidien. J. LHERMITTE.

MOELLE ÉPINIÈRE

Le ramollissement traumatique de la moelle. (Henri Claude et J. Lhermitte. *Encéphale*, 10 janv. 1920, n° 1.) — Parmi les lésions spinales dues aux traumatismes rachidiens violents, une des plus importantes est la nécrose insulaire étudiée par H. Claude et J. Lhermitte. Dans certains faits la nécrose est prononcée au point de pouvoir être qualifiée de ramollissement. Celui-ci évolue comme dans l'encéphale et peut aboutir, par la résorption des éléments mortifiés, à la production de cavités spinales. Un des cas rapportés par les auteurs est tout particulièrement intéressant. Il a trait à un soldat blessé par balle de revolver dans la région dorsale. La dure-mère n'avait pas été ouverte. Or, depuis le Xe segment dorsal jusqu'à la partie inférieure de la région sacrée, tout le tissu spinal apparaissait complètement ramolli sans qu'on pût saisir de thromboses ni de sérieuses lésions des vaisseaux. Ces ramollissements traumatiques ne demeurent pas sans symptôme et une analyse sémiologique permet, au moins dans certains faits, de les dépister. A. GAYARD.

Les para ostéo-arthropathies des paraplégiques. (André Cellier. *Thèse de Paris*, 1920.) — Cette étude très complète et de tous points remarquable, comprend tout ce qui se rapporte à ces formations si curieuses dont l'auteur, avec Mme Déjerine, a poursuivi l'analyse systématique. Il s'agit, on le sait, de néoformations osseuses qui se développent chez les sujets atteints de paraplégie grave, soit en plein muscle, soit dans le voisinage des articulations. Dans tous les cas, ces paraostéo-arthropathies font toujours défaut sur les membres sains et laissent intacte la morphologie du squelette. Selon l'auteur, c'est en troublant indirectement le trophisme du tissu conjonctif par l'œdème et la congestion qu'y détermine la lésion spinale, que cette dernière provoque les ruptures vasculaires et les suffusions sanguines, point de départ vraisemblable de l'ossification hétéroplastique du tissu conjonctif. J. LHERMITTE.

LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

Etude du liquide céphalo-rachidien aux différentes périodes de la syphilis. (Georges Cornaz. *Journ. of nervous and mental Disease*, 1919, vol. XLIX, p. 282.) — L'auteur expose les résultats de 500 examens du liquide céphalo-rachidien prélevé chez des syphilitiques aux différentes périodes de l'infection. Déjà dans le chancre induré, alors que les accidents secondaires font défaut, la lymphocytose rachidienne peut être révélatrice d'une atteinte des méninges, malgré l'absence de la réaction de Bordet-Wassermann et de l'hyperalbuminose. Dans toutes les formes de neuro-syphilis avérées, l'hyperalbuminose est constante, sauf dans quelques cas de tabes. Dans la syphilis héréditaire, le liquide céphalo-rachidien ne contient ni albumine en excès ni lymphocytes ni sensibilisatrice spécifique tandis que dans le sérum, la réaction de Bordet-Wassermann apparaît franchement positive. Dans les faits de méningopathies syphilitiques, la réaction de Wassermann est franchement positive dans le liquide céphalo-rachidien et fréquemment négative dans le sang.

Environ un tiers des tabétiques ne présentent pas de réaction de Wassermann positive à la fois dans le liquide céphalo-rachidien et le sérum sanguin tandis que tout paralytique général garde dans le liquide céphalo-rachidien une réaction positive.

Le traitement par le novarsenic a pour effet de réduire la lymphocytose aux périodes primaire et secondaire, mais il n'affecte pas la quantité d'albumine du liquide céphalo-rachidien; il y augmente l'intensité de la réaction de Bordet-Wassermann tout en ne modifiant pas la qualité de cette réaction dans le sang. J. LHERMITTE.

Les fonctions du liquide céphalo-rachidien avec des considérations spéciales sur le drainage spinal et les injections intrarachidiennes de sérum salvarsanisé. (F. X. Dercum. *Arch. of neurol. and psychiat.*, vol. III, n° 3, mars 1920, p. 230.) — De ce travail très complet, il résulte que pour M. Dercum, le liquide céphalo-rachidien a principalement pour fonctions de soutenir, en vertu des lois de l'hydrostatique, l'encéphale et la moelle épinière. Absolument neutre, le liquide céphalo-rachidien ne possède, par lui-même, aucune action chimique sur les éléments du système nerveux central. Contrairement à l'opinion d'un grand nombre d'histologistes et de physiologistes, M. Dercum n'admet pas que le liquide céphalo-rachidien soit en communication avec les espaces dits lymphatiques qui entourent les vaisseaux et les cellules nerveuses (espaces de Virchow-Robin et d'Obersteiner). Ce liquide ne possède donc aucune action nutritive.

Quant à l'origine du liquide céphalo-rachidien, l'auteur admet avec la majorité des physiologistes qu'il est sécrété par les plexus choroïdes et peut-être la surface des ventricules. Il est résorbé par les veines et les sinus au niveau surtout des granulations sous-arachnoïdiennes de Pacchioni et, d'autre part, s'écoule en petite quantité par les voies lymphatiques qui entourent les nerfs craniens et rachidiens.

Se basant sur ce fait, que le liquide céphalo-rachidien ne pénètre pas dans les espaces interstitiels de la moelle et du cerveau et qu'aucun rôle dans la nutrition ne lui est dévolu, M. Dercum refuse toute valeur à la méthode, si employée aujourd'hui, des injections médicamenteuses intrarachidiennes (Swift-Ellis). Toutes les substances injectées dans l'espace sous-arachnoïdien sont rapidement résorbées et passent dans la circulation générale sans pénétrer nullement dans le parenchyme nerveux. Pour atteindre les éléments nerveux, il convient donc d'employer comme voies de pénétration, soit la peau, soit l'appareil digestif, soit directement le torrent circulatoire.

Si l'on veut augmenter le pouvoir de pénétration dans le parenchyme de la moelle et du cerveau, il convient d'associer, à l'injection intraveineuse, le drainage céphalo-rachidien. Cette méthode instaurée par MM. Sherman et Gilpin a donné des résultats très encourageants. Par cette technique, non seulement on soustrait l'axe cérébro-spinal à l'influence néfaste des toxines retenues dans le liquide céphalo-rachidien, mais encore, en diminuant considérablement la tension céphalo-rachidienne, on provoque une hyperhémie du tissu nerveux, laquelle est des plus favorables à la défense du système nerveux central contre les agents figurés et, en particulier, contre le tréponème de la syphilis. En résumé, la technique de Sherman et Gilpin, préconisée par M. Dercum, est comparable dans certains de ses effets à la méthode de Bier.

Ce qui rend aussi très favorable l'action du drainage céphalo-rachidien dans les formes classiques de neurosyphilis chronique, c'est que, dans le tabes comme dans la paralysie générale, les voies d'écoulement normales du liquide céphalo-rachidien sont plus ou moins obstruées, tandis que les plexus choroïdes conservent toute leur activité de sécrétion. De ceci, il résulte une hypertension chronique du liquide céphalo-rachidien ralentissant la circulation sanguine et lym-

phatique et ajoutant ses effets nocifs à ceux des toxines engendrées par les agents pathogènes. Enfin, à ceux qui pensent que, pour être actif, l'arsenic doit pénétrer dans le liquide céphalo-rachidien, l'auteur répond que la méthode du drainage est la meilleure, car elle assure un passage extrêmement rapide de la solution arsenicale dans le liquide cérébro-spinal. Déjà, une heure après l'injection suivie ou précédée du drainage, l'arsenic peut être retrouvé dans le liquide céphalo-rachidien. J. LHERMITTE.

SYSTÈME NERVEUX ORGANIQUE

(SYMPATHIQUE ET AUTONOME)

La répercussivité sympathique. (André THOMAS. *Presse méd.*, 31 juillet 1920, p. 52..) — « La propriété de subir plus que toute autre région la répercussion d'une excitation à distance » telle est, selon M. A. Thomas, la répercussivité. Celle-ci constitue un phénomène très individuel et qui n'est en rapport ni avec l'étendue ni avec la profondeur de la lésion initiale ni même avec l'intensité de la douleur. La répercussivité du sympathique peut être très apparente dans le domaine de la motricité pilomotrice, et, après avoir rappelé les observations de Vulpian, de Mackenzie, de Lebar, l'auteur en rapporte plusieurs exemples significatifs. Une malade sujette à des crises d'angine de poitrine présentait une horripilation plus marquée sur le bras gauche après une excitation uniforme de la région cervicale. Chez une autre patiente, atteinte de kyste enflammé de l'aisselle, la chair de poule était plus intense sur le membre homologue.

Mais la répercussivité pilomotrice n'est pas la seule que l'on puisse observer. Chez les blessés de guerre, les membres lésés sont parfois le siège d'une hyperhydrose plus accusée à l'extrémité mais parfois nette encore à la racine. Ces hyperhydroses sont renforcées par la malaxation des cicatrices et apparaissent sous la dépendance de processus psycho-affectifs. M. Thomas a pu, en effet, mettre en évidence, dans plusieurs faits, l'importance prépondérante du facteur psychique en montrant chez différents blessés que la simple crainte de la douleur suffisait pour faire apparaître la sueur sur le membre atteint.

Les asymétries thermiques, très comparables aux asymétries pilomotrices et sécrétoires, sont probablement justiciables d'une interprétation analogue sinon identique. La répercussivité sympathique n'est pas seulement d'un intérêt de curiosité, elle comporte un enseignement d'une portée générale. Toute lésion viscérale peut devenir le point de départ de phénomènes répercussifs locaux ou diffus tout à fait superposables aux phénomènes répercussifs pilomoteurs que nous avons rappelés. Cette répercussivité peut se traduire, par exemple, par une surréflectivité momentanée, par des spasmes viscéraux : digestifs, coronariens, encéphaliques. On peut même aller plus loin et se demander avec M. Thomas, si les localisations phénoménales du choc colloïdoclasique ne sont pas, elles aussi, des variantes des phénomènes répercussifs et si, dans leur genèse, n'intervient pas une susceptibilité spéciale des territoires vasculaires que relie une commune innervation sympathique ou autonome. J. LHERMITTE.

Cf. — Etudes sur le système nerveux sympathique. (S. WALTER-RANSON. *Chicago neurol. soc.*, avril 1920. *Arch. of neurol. and psychiatry*, p. 127.)

The course of recovery in spinal cord injuries. (STANBY COBB. *Boston soc. psych. and neur. Arch. of neurol. and psych.*, vol. IV, juil. 1920, p. 114.) — Etudes de 20 cas de blessures de la moelle et de la récupération des fonctions normales, en particulier de la vessie, du rectum et fonctions sexuelles. L. CORNIL.

Action du sympathique cervical sur la tonicité de l'oreille externe. (DUCCESCHI. *Comptes rendus du Congrès de physiologie*, Paris, 16-20 juil. 1920.) — Chez le lapin, l'extirpation du ganglion supérieur cervical provoque une hypotonie du pavillon de l'oreille du côté opéré et une plus grande ouverture de la conque. J. LHERMITTE.

Sur 11 cas de blessure du sympathique cervical, ayant déterminé le syndrome oculo-pupillaire. (COBB et CARLETT (6 fig.) in *Arch. of neurol. and psychiatry*, juin 1920, p. 636-652.) — Les lésions intéressant la 7e et 8e racine cervicale et la 1re dorsale déterminent les syndromes oculo-pupillaires les plus sévères et les plus typiques, contrairement aux lésions intéressant le sympathique cervical directement, avec ou sans interruption complète.

Les contusions médullaires donnent des symptômes moins prononcés et moins durables que dans les conditions précédentes. L'épreuve de la cocaïne montre que la pupille se dilate dans les cas de contusions médullaires alors qu'elle ne réagit pas à la même épreuve dans les lésions directes du sympathique cervical ou des racines.

Chez l'adulte l'hétérochromie irienne ne s'observe pas à la suite des blessures du sympathique cervical. L. CORNIL.

Résection partielle du tronc sympathique cervical droit pour hyperhydrose unilatérale. (KOTZAREFF. *Arch. Suisse de neurol.*, t. VI, 1, p. 171.) — Observation d'une malade âgée de 46 ans, ayant été soignée 10 ans auparavant pour tuberculose pulmonaire du sommet droit. Durant les crises d'hyperhidroses localisées à la face, au cou, au thorax et au membre supérieur du côté droit, il existait une dilatation pupillaire. Le diagnostic d'irritation du sympathique étant porté, l'auteur pratique une résection partielle du tronc droit de ce nerf réunissant les ganglions supérieur et moyen. Depuis l'opération, il n'existe plus de transpiration, mais un syndrome de Claude Bernard Herner typique s'est installé. L. CORNIL.

Les symptômes et leur interprétation. (Sir James MACKENSIE. Traduit par le Dr GUILLEAUME (de Spa), 1 vol., 315 pages, Alcan, 1920.) — Bien que cet ouvrage ne soit pas exclusivement consacré à la neurologie, les problèmes qui en relèvent y occupent une telle place qu'il nous paraît légitime d'en faire ici, au moins, une courte analyse.

Sir Mackenzie s'occupe surtout des phénomènes douloureux au cours des affections viscérales. Ceux-ci sont beaucoup moins connus que ceux que font apparaître les altérations des nerfs, du squelette et des téguments. La raison en est, dans ce fait, que les viscères reçoivent leur innervation des systèmes sympathiques et autonomes dont les voies centripètes sont infiniment moins bien déterminées que celles du système cérébro-spinal. On peut poser comme règle que les viscères sont insensibles aux excitations qui produisent la douleur dans les nerfs cérébro-spinaux ; mais comme, d'autre part, les excitations viscérales peuvent provoquer des phénomènes douloureux, il faut conclure que le mécanisme de la douleur est différent dans ces deux cas. L'auteur a personnellement excité presque tous les organes du corps et a toujours échoué par les procédés qui, infailliblement, produisent de la douleur quand on les applique sur les téguments. Le péritoine ne possède, bien qu'on en ait dit, aucune sensibilité à la douleur ; ce qui, dans la paroi abdominale apparaît comme particulièrement sensible, c'est cette couche de tissu cellulaire lâche qui double, en dehors, la tunique péritonéale. D'ailleurs, M. Ramström y a découvert une infinité de terminaisons nerveuses.

La tunique vaginale se comporte tout différemment du péritoine, elle est extrêmement sensible au grattage ; la raison en est que cette membrane reçoit par le génito-crural une innervation du système cérébro-spinal. Les viscères creux paraissent sensibles seulement à un excès de contractions et, à l'appui de son opinion, sir Mackensie rapporte des saisissants exemples.

Ce qu'il importe de connaître c'est que, dans la règle, la localisation de la douleur ne fournit aucune indication sur le siège de la lésion causale ; la douleur n'est point perçue, en effet, dans l'organe lésé, mais elle est transmise dans la zone de distribution des nerfs sensibles des téguments externes. Ce qui démontre le bien-fondé de cette assertion, c'est que la douleur demeure fixée dans la même région bien que le viscère auquel elle est reportée par le malade soit mobilisé ou déplacé. Il faut donc admettre que c'est en vertu d'un réflexe que la sensation douloureuse est projetée à la périphérie dans une zone tout à fait indépendante au point de vue anatomique du viscère lésé. Ce n'est pas à dire cependant qu'il y ait, entre ces deux organes, indépendance complète et que le

caprice préside à la topographie de la douleur viscérale ; ceux-ci sont liés par la jonction du système nerveux organique avec le système cérébro-spinal. Et l'on peut comprendre les choses de la manière suivante. A l'état normal, les excitations qui s'écoulent vers la moelle par les fibres afférentes, axopètes, du système organique sont trop faibles pour affleurer au plan de la conscience en ébranlant les centres spinaux ; ce qu'elles déterminent par réflexion c'est le maintien à un niveau physiologique du tonus sympathique. Au contraire, lorsque, du fait d'une altération viscérale, ces excitations dépassent le niveau normal, elles retentissent sur les centres médullaires somatiques où sont localisées les fonctions élémentaires de la sensibilité consciente. De telle sorte que, grâce à la systématisation des systèmes organique et cérébro-spinal, il devient aisé de comprendre les lois de la localisation des phénomènes douloureux d'origine viscérale et leur signification clinique. Voici un exemple rapporté parmi beaucoup d'autres par sir Mackensie. Une femme présente les symptômes d'une appendicite : douleur dans la paroi abdominale rétractée, flexion de la cuisse droite sur le bassin par contracture du psoas, fréquents besoins d'uriner. A l'opération, l'appendice apparaît très enflammé, adhérent au cæcum et séparé de la vessie par un paquet d'anses intestinales parfaitement normales. Trois sortes de réflexes étaient mis en jeu : 1° un réflexe viscéro-moteur somatique déterminant la contracture de la paroi ; 2° un réflexe viscéro-moteur organique déchaînant des contractions intermittentes et répétées de la vessie ; enfin 3° un réflexe viscéro-sensible rendant compte de l'hyperalgésie des muscles du flanc droit et des téguments qui les recouvrent. Si les excitations pathologiques émises par le foyer appendiculaire ont diffusé dans ces directions c'est que, précisément, les nerfs sympathiques de l'appendice dépendent du XIIe segment dorsal et des Ier et IIe segments lombaires de la moelle auxquels se rattachent et les fibres sympathiques excitomotrices de la vessie, et les fibres radiculaires motrices des muscles pariétaux et du psoas et les fibres sensitives tégumentaires et profondes de la paroi abdominale.

Les réflexes viscéro-moteurs-somatiques dont le rôle est si important en pathologie, étaient, jusqu'en ces dernières années, interprétés dans des sens divers. Sherrigton récemment en a montré expérimentalement le mécanisme. Disséquant et sectionnant une branche du plexus solaire se rendant à l'intestin, ce physiologiste en excite le bout central. Immédiatement les muscles abdominaux se contractent sur une grande étendue. La section des racines antérieures des nerfs spinaux rétrécit le territoire musculaire en contraction et lorsque persiste une racine antérieure saine, seules se contractent quelques fibres musculaires.

L'analyse des phénomènes réflexes au cours des maladies viscérales présente, on le voit, un très grand intérêt : Sir Mackenzie va jusqu'à dire que « la presque totalité des symptômes observés dans les maladies viscérales sont dus à l'excitation d'une portion limitée du système nerveux central ». Est-il besoin d'ajouter que c'est la survivance de cet état d'éréthisme d'une partie de l'axe cérébro-spinal qui conditionne la persistance, si fréquente chez les névropathes, des phénomènes douloureux alors qu'a disparu la cause qui les avait engendrés.

J. LHERMITTE.

Hypertonie du sympathique en relations avec la toxhémie intestinale. (J. J. GRAHAM BROWN. *Edimb. med. Journ.*, fév. 1920, n° 2, p. 71-90, fig., bibliographie.) — A l'état normal, les protéines alimentaires sont transformées, dans l'intestin, en amino-acides sous l'action de nombreux ferments digestifs, parmi lesquels l'érepsine. Ces amino-acides sont transportés par la veine porte au foie, où ils sont désaminés, l'ammoniaque étant excrété, sous forme d'urée et les acides gras étant utilisés pour produire de l'énergie. Supposons maintenant une stase intestinale, telle que les protéines et leurs produits de transformation séjournent longtemps dans les replis inférieurs de l'iléon, les putréfactions intestinales, dues aux anaérobies, ont le temps d'attaquer les amino-acides et de mettre en liberté un certain nombre d'amines toxiques qui peuvent être divisées en deux groupes : les unes (diamines), dont le type est fourni par la β.iminazolyléthylamine, sont dépresseurs ; les autres (monoamines) sont hypertenseurs et leur action est tellement semblable à celle que l'on obtient en stimulant les neurones sympathiques qu'on les a appelées « amines sympathico-mimétiques ». Elles sont très nombreuses. L'auteur s'occupe uniquement de la plus importante d'entre elles, la para-hydroxyd-phényl-éthylamine. Cette substance dérive de la tyrosine, corps amino-acide, se forme surtout dans les segments inférieurs de l'iléon, est apportée au foie par le courant sanguin, y est transformée en acide p-hydroxyl-phényl-acétique, lequel, après être repassé dans la circulation générale, finit par être éliminé par les urines. Elle a une action hypertensive, laquelle est estimée à 1/20 de celle que détermine l'adrénaline.

Son étude offre d'autant plus d'intérêt que, chez beaucoup de sujets qui présentent des signes d'hypertonie sympathique, c'est elle qui est en cause. Ne sait-on pas que, injectée aux doses de 20 à 60 mmg, elle élève considérablement la tension artérielle? A quoi attribuer une telle action? Principalement à la contraction des artérioles périphériques, peut-être aussi à la constriction des capillaires et à la concentration du sang. En même temps, le pouls se ralentit par suite d'une action réflexe destinée à protéger l'organisme contre les conséquences possibles de l'hypertension. Si donc, par suite de la toxémie intestinale, cette amine est continuellement formée, quoiqu'en petites quantités, et continuellement versée dans le torrent sanguin, il en résultera une hypertension chronique avec ses conséquences : artério-sclérose, néphrite interstitielle et arthrites chroniques. C'est ce que prouvent les expériences d'Harvey. Ainsi l'adrénaline ne détient pas le monopole de produire l'hypertension et l'artério-sclérose, et bien d'autres substances peuvent aussi intervenir. N'y a-t-il pas de grandes analogies entre les effets physiologiques de cette amine et les symptômes attribués à l'hypertonie du sympathique, bien que, dans celle-ci, le pouls soit plutôt accéléré et que l'on y observe fréquemment des signes d'hyperthyroïdisme? En effet, d'une part, la bradycardie produite par injection de l'amine manque, ou même est remplacée par de la tachycardie quand on s'adresse à des sujets sympathicotoniques, de l'autre, dans les conditions expérimentales, l'action produite par l'amine est trop fugitive pour que puissent apparaître des réactions thyroïdiennes. Autres résultats de l'injection : l'augmentation réelle de nombre des hématies, et aussi, mais dans une moindre proportion, des leucocytes portant surtout sur les lymphocytes. C'est là aussi une des manifestations de l'hypertonie sympathique. Raison de plus pour considérer l'amine envisagée comme exerçant, sur ce nerf, une action stimulatrice.

En résumé, l'amine en question détermine, chez les gens normaux, des phénomènes qui rappellent de très près ceux que l'on observe dans l'hypertonie du sympathique, et on doit admettre que, dans certains cas, c'est justement à son action qu'il faut attribuer cette hypertonie. D'où l'importance du diagnostic. Chez tout sujet présentant la constitution sympathicotonique (minceur de lignes, légèreté de poids, teint blond, traits affinés et mobiles, protrusion des yeux, mydriase, nervosité, avec augmentation des réflexes, tremblement des paupières, accélération facile du cœur sous l'influence des causes les plus minimes, éosinophilie, lymphocytose, hypertension, abaissement du taux du sucre, glycosurie provoquée par l'administration de l'adrénaline, hypochlorhydrie, atonie gastrique appréciable aux rayons X, hypertonicité des sphincters, stase iléale) il faudra rechercher, par la technique de Murch, si l'amine ou plutôt son dérivé n'existe pas dans les urines. Si oui, on peut en conclure avec certitude qu'il s'agit d'une toxémie intestinale, avec production d'une amine excitant électivement le sympathique.

Comment limiter la formation et la résorption de cette amine, comment diminuer les fermentations intestinales? Dans les cas graves, par un traitement chirurgical. Dans les autres, par un traitement médical : régime excluant, autant que possible, les protéines auxquelles on substituera les hydrates de carbone, administration de laxatifs (surtout paraffine en raison de son action lubréfiante), de salicylate de physostigmine et d'antiseptiques intestinaux : thymol, poudre grise (mercurielle), naphtol, etc., injections de vaccins autogènes préparés en partant des fèces du malade, et surtout du bacillus aminophilus intestinalis qui décompose la tyrosine de manière à produire l'amine envisagée.

L. BABONNEIX.

Le système nerveux involontaire. (W. H. GASKELL. *The involontary nervous system*, 1920. Longmans, Green, Londres.) — Depuis l'époque déjà lointaine (1874) ou Gaskell commença ses premières recherches dans le laboratoire de Ludwig, sa pensée ne se détacha jamais des nombreux problèmes que posent l'anatomie et la physiologie du système sympathique. Dans cet ouvrage, Gaskell expose avec une très grande clarté les faits les mieux établis de la physiologie du système nerveux involontaire. Ce terme semble à l'auteur plus compréhensif et plus légitime que celui de système sympathique ou autonome.

Tout le plan général du système nerveux repose sur la nécessité de l'articulation des systèmes axopètes ou récepteurs d'excitations et des systèmes axofuges effecteurs ou émetteurs d'excitations vers les appareils musculaires glandulaires, vasculaires, etc. En général, entre les systèmes récepteurs (racines sensitives) et les systèmes effecteurs (racines motrices) s'interpose un neurone intercalaire que l'on peut désigner du nom de « connecteur ». Ce qui fait l'originalité du système involontaire, c'est que le neurone connecteur ne demeure pas confiné dans l'axe cérébro-spinal mais qu'il émet, en dehors de celui-ci, son cylindre-axe. Les connecteurs sympathiques en effet, ne sont autres que les rameaux communicants blancs en leurs homologues, c'est-à-dire les fibres qui unissent les centres du système involontaire aux ganglions vertébraux, prévertébraux ou viscéraux. Les cellules motrices du système involontaire dont les dendrites s'articulent avec les expansions cylindre-axiles des neurones connecteurs occupent donc des situations très diverses, tantôt groupées en ganglions de la chaîne sympathique, tantôt en amas prévertébraux comme les ganglions semi-lunaires, tantôt enfin disséminés à la surface des viscères : appareil uro-génital, myocarde, tractus digestif, etc.

Mais le système sympathique des anciens classiques est loin de comprendre tout le système nerveux involontaire; à celui-ci doivent être incorporés et le pneumogastrique viscéral, et le nerf pelvien (nervus erigens) et le système des fibres connectrices qui relient aux ganglions annexés aux nerfs crâniens, le bulbe, la protubérance, le mésocéphale. Les ganglions de ceux-ci comme de ceux-là se rattachent à l'axe cérébro-spinal par des fibres connectrices (fibres préganglionnaires de Langley) lesquelles en apportant aux cellules motrices l'influx nerveux central assure des fonctions coordonnées.

Le système involontaire thoraco-lombaire comprenant l'ensemble des centres ganglionnaires actionnés par les connecteurs issus de la moelle dorsale et lombaire supérieure, l'ancien système sympathique, fournit l'innervation motrice aux muscles de l'appareil vasculaire ainsi qu'à l'ensemble des muscles situés à l'origine sous le tégument. Ce système dermal se décompose en 3 groupes : le système ectodermal innervant les arrec ores pilorum, le dartos, etc., le système urogénital, enfin le système du tractus digestif dont les cellules motrices sont situées dans les ganglions mésentériques et dont les cylindre-axes aboutissent aux sphincters des parties terminales de l'intestin grêle et du gros intestin.

L'unité du système dont nous venons de rappeler l'ordonnance anatomique est attestée non seulement par l'histoire embryologique mais par le mode de réaction du sympathique thoraco-lombaire à certaines substances telles que l'adrénaline. Celle-ci n'agit que sur les appareils dont l'innervation revient au système précédent et le mode de son excitation se confond avec celui des excitations physiques. L'action de l'adrénaline est spécifique au point que, grâce à elle, on a pu trancher le problème de l'existence de nerfs vaso-constricteurs dans certains organes qui en semblaient dépourvus comme le cerveau et le cœur.

La question des fibres vaso-dilatatrices contenues dans le sympathique est, on le sait, loin d'être résolue malgré les résultats expérimentaux dont certains plaident nettement en faveur de l'existence de celles-ci. Examinant le problème de la vaso-dilatation du muscle en activité, Gaskell conclut que l'augmentation de calibre des vaisseaux est due surtout à l'action directe des acides produits par l'activité du métabolisme du muscle mais déclare cependant qu'il n'est pas possible d'exclure l'hypothèse des nerfs vaso-dilatateurs. Pour ce qui est du réseau vasculaire des téguments et des muqueuses dont les modifications sont si manifestes à la suite de l'excitation du sympathique, Gaskell ne pense pas que les phénomènes de vaso-dilatation provoquées par l'excitation du sympathique soient la démonstration de l'existence de fibres vaso-dilatatrices. Et cet auteur incline plutôt à admettre que la vaso-dilatation est secondaire à une augmentation de l'activité des glandes également provoquées par l'excitation du sympathique.

L'influence inhibitrice ou vaso-dilatatrice du système involontaire ne saurait être contestée, au contraire, au système des nerfs érecteurs (nerfs pelviens de Langley) dont l'excitation provoque le relâchement immédiat du tonus des artères péniennes.

Cette action inhibitrice que nous rencontrons à chaque pas dans la physiologie du système cérébro-spinal puisqu'elle est à la base de l'innervation réciproque des antagonistes, on la retrouve jouant aussi dans certaines parties du système involontaire cranial. Le plus bel exemple qu'on en puisse donner est celui de l'innervation des muscles pupillaires. L'excitation de la IIIe paire détermine, comme l'ont montré les belles expériences de Weymouth Reid, à la fois la contraction du sphincter pupillaire et le relâchement des fibres radiées dilatatrices de l'orifice de la pupille.

Si autrefois on ne mettait guère en doute la dépendance des mouvements rythmés de l'intestin, du tube digestif, de l'utérus, de l'intégrité fonctionnelle du système nerveux, il n'en est plus de même à l'heure actuelle où l'on tend à intégrer dans le muscle lui-même la fonction d'un automatisme rythmique.

Selon Gaskell, ce serait cependant aller un peu loin que de refuser au système nerveux involontaire toute influence dans les fonctions rythmiques des appareils circulatoire ou digestif. Toutefois, pour ce qui est de la fonction rythmique, elle ne saurait être dévolue au système nerveux; ce qui appartient à ce dernier c'est la régulation du myotonus. Par l'élévation ou l'abaissement du tonus qu'il provoque, le système nerveux involontaire rend ainsi le muscle apte à réagir à telle ou telle variété d'excitation.

Depuis l'expérience célèbre de Cl. Bernard, le rôle excito-sécréteur du système nerveux sympathique est admis sans conteste; mais dans quelles limites s'exerce-t-il? Selon Gaskell, toutes les glandes dermiques reçoivent une innervation sympathique et par conséquent ont des centres représentés dans la colonne grise intermédio-latérale s'étendant entre le 1er segment dorsal et le 3e segment lombaire.

Les glandes endodermiques du tractus digestif possèdent une innervation différente, tout entière elle appartient au système du vague. Ce dernier contient, on le sait, un grand nombre de fibres connectrices (préganglionnaires) qui, mêlées aux fibres centripètes et motrices, s'interrompent dans les innombrables ganglions étendus à la surface de l'estomac et de l'intestin. Aux deux extrémités du corps, là où se raccordent les éléments dérivés de l'endoderme et de l'ectoderme, les glandes reçoivent une innervation double en partie fournie par le système entéral (autonome) et en partie par le sympathique.

L'ouvrage de Gaskell se clôt sur un chapitre consacré à l'origine phylogénétique du sympathique où l'auteur montre l'étroite parenté des cellules du système nerveux organique et des cellules chromaffines. L'un et l'autre de ces éléments se rattachent à une souche commune et chez les amphibiens sont encore réunis dans des masses ganglionnaires non différenciées. Au reste, même chez les vertébrés supérieurs, on peut se demander si les cellules chromaffines ne sont pas simplement des éléments à double polarisation nerveuse et sécrétoire. Si cette dernière est depuis longtemps démontrée, on peut faire valoir en faveur de la fonction « nerveuse » des cellules médullaires des surrénales : 1° que celles-ci se colorent à l'état frais par le nitrate d'argent de la même manière que les cellules sympathiques; 2° qu'elles reçoivent, non pas des fibres amyéliniques comme les appareils glandulaires à innervation sympathique, mais des fibres myéliniques, par conséquent connectrices. Or, le nombre de cellules nerveuses authentiques, que l'on trouve mêlées aux éléments chromaffines, est vraiment trop peu important pour qu'il donne la raison de l'abondance des fibres myéliniques abandonnées par les nerfs splanchniques aux capsules surrénales. Force est donc d'admettre que les cellules médullaires, s'articulant directement avec les fibres connectrices des splanchniques,

ont gardé, sous une apparence purement glandulaire, une fonction nerveuse dont il conviendrait de préciser le rôle dans l'harmonie du système nerveux de la vie organique.

J. LHERMITTE.

Cf. — L'hérédité dans le goitre exophtalmique avec deux observations de goitre juvénile. (Hyman CLIMENTEO. *Arch. of neurol. and psych.*, mai 1920, n° 5, vol. III, p. 530.)

NOTES POUR L'INTERNAT

PLAIES PÉNÉTRANTES DE L'ABDOMEN[1]

d. L'étage supérieur : ce sont le foie, l'estomac, la rate, qui peuvent être lésés : lésions d'autant plus graves qu'on se porte plus vers la gauche.

e. Étage thoraco-abdominal. Les lésions sont ou très graves et au-dessus des ressources de la thérapeutique, ou très bénignes et elles guérissent seules; l'abstention est indiquée ici.

COMPLICATIONS. — 1° **Hernies ou éventrations.** — Il faut signaler plus particulièrement la hernie diaphragmatique, observée assez souvent après les plaies thoraco-abdominales du côté gauche.

2° **Fistules.** — On peut voir des fistules biliaires, urinaires, gastriques (cas de de Beaumont), plus rarement des fistules stercorales.

3° **Phénomènes tardifs d'occlusion intestinale.**

4° **Abcès tardifs.** — Généralement provoqués par la présence d'un corps étranger.

DIAGNOSTIC. — En présence d'une plaie de l'abdomen, le chirurgien doit se poser une ou tout au plus deux questions : 1° Y a-t-il plaie pénétrante? 2° Quel est l'organe lésé? car de ces deux questions, découlent naturellement l'intervention d'une part, la nature et le siège de l'intervention d'autre part.

1° **La plaie est-elle pénétrante?** — *A.* IL EXISTE DES SIGNES DE CERTITUDE. — C'est la présence d'une hernie épiploïque ou intestinale, c'est l'issue d'un liquide bile ou urine, ou de matières fécales, ou de gaz.

B. IL EXISTE DES SIGNES DE PRÉSOMPTION. — 1° *D'après le siège de la plaie et le trajet du projectile.* — Cependant il ne faut pas trop se fixer à ces éléments, car d'une part les plaies ne sont pas pénétrantes, malgré leur apparence, et d'autre part, il ne faut pas prendre 2 trajets borgnes pour un séton. Par conséquent le doute persiste souvent; il faut aussi ne pas oublier les orifices d'entrée anormaux des plaies pénétrantes; le gros danger consiste donc à ignorer les plaies pénétrantes; le doute doit profiter au blessé et commander l'intervention.

2° *Le syndrome abdominal.* — *a.* La défense musculaire; elle n'a de valeur que si elle est généralisée; localisée, elle ne permet de conclure à la pénétration, qui si elle siège loin de l'orifice d'entrée.

b. L'absence de gaz est un signe important; l'émission de gaz par l'anus est un signe d'intégrité du tractus intestinal, mais le réciproque n'est pas vraie.

c. Les douleurs; si elles sont constantes et progressives, c'est un bon signe.

d. L'état général. Pratiquement, on peut dire que tout facies qui ne s'améliore pas avec la morphine, traduit une lésion grave; mais le stock peut manquer en cas de lésion viscérale et d'autre part il peut être très accusé chez des blessés légers.

e. Les vomissements n'ont de valeur que par leur répétition et leur caractère progressif.

De tous ces signes, aucun n'est pathognomonique, et d'autre part, on peut observer un « syndrome parapéritonéal » (Jean Quénu) qui simule à s'y méprendre la perforation, par conséquent le meilleur moyen d'exploration reste encore, en cas de doute la *laparotomie exploratrice*; c'est à elle qu'il faut erecourir sans hésitation. « En cas de doute, ne t'abstiens pas, disait Terrier ». Cette proposition reste toujours vraie.

2° **Quel est l'organe lésé?** — Facile en cas de hernie, il faut encore se dire que les lésions sont souvent multiples et que, même dans ces cas, toutes les plaies ne se présentent pas au chirurgien. Derrière l'organe hernié existent d'autres lésions.

Dans les autres cas, le diagnostic est délicat; on se basera sur le siège de la plaie; mais cette notion ne fournira que des données approximatives car les lésions sont souvent multiples et distantes de la porte d'entrée.

On pourra se baser sur le melæna ou l'hémorragie intestinale pour préciser les lésions du tube digestif, sur le toucher rectal, sur le cathétérisme vésical.

Mais c'est surtout en cas de plaie thoraco-abdominale que cette recherche est intéressante, car il ne faudrait pas laisser passer inaperçue une plaie de l'abdomen en la considérant comme une simple plaie pénétrante; c'est là un point sur lequel insiste beaucoup Guinard, et il rapporte à cet égard un cas dont l'issue malheureuse doit frapper l'attention de tous ceux qui auront l'occasion d'observer un fait semblable.

En somme, pour terminer cette question du diagnostic, même en présence de cette faillite absolue de la clinique dont parle Chaput il n'y a pas à hésiter : la conduite thérapeutique est sûre, c'est l'intervention.

TRAITEMENT. — 1° **Plaies non pénétrantes.** — Le traitement consistera dans la réunion de la plaie après épluchage; mais il faut bien vérifier chemin faisant le diagnostic de non-pénétration.

2° **Plaies pénétrantes.** — Toute plaie pénétrante ou soupçonnée telle doit être opérée, vue dans les premières heures, sans symptômes ou avec symptômes, c'est la laparotomie immédiate. Dans les plaies par coup de feu ou par armes blanches dans la région des droits, on fera une vaste incision médiane; dans les plaies par armes blanches en dehors des muscles droits, on fera une incision moyenne au point d'entrée. De Nabias, dans une thèse récente sur les plaies de guerre, conseille l'incision horizontale latérale dans toutes les plaies latérales; le débridement d'un orifice à l'autre serait l'incision qui permettrait le mieux l'inventaire et le traitement des lésions. En cas de plaie datant de 12 heures et plus, si certains conseillent l'abstention en cas de symptômes nuls, d'autres préconisent encore l'intervention systématique, en raison des péritonites retardées.

Après laparotomie, les lésions directes seront traitées : 1° en cas de hernie de l'épiploon, le repérer avant la laparotomie et l'exciser sous ligature; 2° en cas de hernie intestinale, si l'anse est perforée, la traiter par la suture ou la résection; si elle est saine, nettoyage et asepsie; 3° en cas d'hémorragie, faire l'hémostase.

BIBLIOGRAPHIE. — *Nouveau Traité de chirurgie* de Le Dentu et Delbet. — A. GUINARD. *Affections de l'abdomen*, t. XXIV. — *Précis de pathologie chirurgicale*, t. III. — DE NABIAS. Etude sur les plaies pénétrantes de l'abdomen en chirurgie de guerre, *Th. de Paris*, 1919. — ABADIE (d'Oran). *Les Blessures de l'abdomen*, 1916, Collection Horizon, Paris, Masson.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 91, p. 1463, et n° 95, p. 1495.

LIVRES NOUVEAUX

Le sympathique et les systèmes associés (1)
par M. A. GUILLAUME.

Cet ouvrage est une revue générale des notions anatomo-physiologiques se rapportant au système nerveux de la vie organique. Pour ceux auxquels ne sont que difficilement accessibles les travaux de Gaskell, de Langley, de Muller, d'Higier, le livre de M. Guillaume sera d'un très réel intérêt.

J. LHERMITTE.

(1) Paris, Masson, 1920.

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET DÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 96. — SAMEDI 13 NOV. 1920 93e ANNÉE. SAMEDI 13 NOV. 1920. — N° 96.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 8 novembre. — MM. Risterucci, Lubin et Chevallier (Marc), 6; Aumont et Aris, 11; Chalet, 8; Dubranle, 6; Théodoresco, 11; Jacquet, 10; Ménégaux, 6.

Anatomie. — Séance du 8 novembre. — MM. Bernard (Raymond), 10; Cordey, 12; Isnel, 4; Moles, 6; Bianquis, 7; Berthon, 11; Coriat, 6; Dessaint, 13.

Séance du 9 novembre. — MM. Ebrard, 9; Périer, 7; Leplat (Gabriel) et Haye, 8; Hermet, 13; Bertrand (Jean), 9; Dugué, 7; Laurent (Pierre), 9; Duchamp de Lageneste, 11; Crétin, 12.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Anatomie.* — Séance du 9 novembre. — Question donnée : « Articulation scapulo-humérale. »

MM. Canal, 12; Camail, 13; Busy, 10; Calmus, 14; Clément, 16; Constant, 17; Brunet (Simon), 18; Clercy, 13; Decourt et Canonne, 18; Davoigneau, 10; Bulté, 7; Carteaud, 15; Cahen (R.), 19; Chaperon, 14; Darfeuille, 13; Chatagnon, 15; Crouzat, 11; Coudray, 5; Darré, 18.

Pathologie. — Séance du 8 novembre. — Question donnée : « Tétanos. »

MM. Houlnick (Armand), 11; Mailley, 8; Mme Lerebour, 14 1/2; MM. Marguet et Lyonnet, 15; Hirschberg, 14; Mlle Marchand, 16; MM. Kimpel, 15; Leibovici, 19 1/2; Magnein, 13; Luchetti, 14; Kanony, 17 1/2; Marchand (Julien), Lelong et Houlnick (Georges), 16; Mlle Lamy, 15; M. Macon, 16; Mlle Leprovost de Saint-Jean, 18; MM. Leclainche, 14; Lefebvre (André), 13; Laporte, 16.

HOPITAUX DE PROVINCE. — AMIENS. — Un concours pour une place de chirurgien suppléant des hôpitaux aura lieu le 11 mars 1921. Les candidats doivent se faire inscrire au secrétariat des hospices avant le 25 février 1921.

— NANTES. — Après concours ont été nommés :

Internes titulaires : MM. Giroire, Perrin, Pournier, Duolland, Boiffin, Rouillon, Penhéleux, Fredet.

Internes provisoires : MM. Dequesne, Morault, Gouraud, Jeulin.

Externes : MM. Meeus, Véran, Mlle Le Courierec, M. Bureau, Mme Girod, MM. Crochet, Goubin, Letourneur, Viel, Sourdille, Pineau, Pouré, Legal (Robert), Delaunay, Wintzer, Datin, Soupault, Legal (Germain), Morault, Pasgrimaud.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CONCOURS DU CLINICAT. — Un concours pour un emploi vacant de chef de clinique adjoint des maladies mentales s'ouvrira, à la Faculté de médecine de Paris, le jeudi 18 novembre 1920, à 9 heures du matin.

Les candidats devront se faire inscrire, au secrétariat de la Faculté, guichet n° 2, jusqu'au samedi 13 novembre inclusivement. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, de midi à 3 heures.

Sont admis à concourir : tous les docteurs en médecine français. Il n'y a pas de limite d'âge.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — M. Cruchet, agrégé, est nommé, à partir du 1er novembre 1920, professeur de pathologie et thérapeutique générales, en remplacement de M. Cassaët.

— LILLE. — La chaire de clinique ophtalmologique de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille, est transformée, à partir du 1er novembre 1920, en chaire de médecine opératoire.

— M. Le Fort, professeur adjoint, chargé d'un cours complémentaire de médecine opératoire, est nommé, à partir du 1er novembre 1920, professeur de médecine opératoire.

— Sont chargés, pendant l'année scolaire 1920-1921 des enseignements suivants :

M. le prof. Gaudier, de l'enseignement de la Clinique chirurgicale à l'Hôpital de la Charité;

M. le prof. Le Fort, de l'enseignement de la Clinique chirurgicale infantile à l'Hôpital Saint-Sauveur;

M. le professeur-agrégé Potel, de l'enseignement de la Médecine opératoire à la Faculté.

— MONTPELLIER. — M. Vedel, professeur adjoint, est nommé, à partir du 1er novembre 1920, professeur de clinique médicale, en remplacement de M. Rauzier, décédé.

— NANCY. — M. Pastureau, docteur ès sciences, pharmacien de 1re classe, chargé d'un cours de pharmacie chimique, est nommé, à partir du 1er novembre 1920, professeur de pharmacie chimique à ladite Faculté, en remplacement de M. Sartory.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — *Au grade de commandeur.* — MM. le prof. Moureu, du Collège de France ; le Dr Vidal (d'Hyères).

Au grade de chevalier. — MM. les Drs Dupuy (de Marseille), Comandon (de Paris) et Cartade (de Latour).

GUERRE. — *Au grade de commandeur.* — M. le médecin principal de 1re classe Testut.

Au grade d'officier. — MM. les médecins-majors Louis Bazy, Humbert, Monprofit et Voivenel.

Au grade de chevalier. — M. Vantey (Marie-Victor-Christian), médecin aide-major de 1re classe (active) au 60e rég. d'infanterie : médecin aide-major très courageux et du plus grand dévouement. S'est distingué plusieurs fois au cours de la campagne. Intoxiqué très gravement à son poste de secours, le 16 mai 1918, à Dickebusch (Belgique), a continué à prodiguer ses soins aux blessés qui affluaient de toutes parts ; ne s'est laissé évacué que complètement à bout de forces.

MM. les médecins-majors Albert, Aurousseau, Basset, Bataille, Bellanger, Bénit, Bergeret, Bertholey, Bezos, Blanc-Perducet, Boisson, Boucher, Bouchon, Carreau, Castets, Castex, Cathala, Cazaux, Chabaud, Chapeaud, Charpentier, Chatt, Cloître, Crétin, Daloz, Daraignez, Dekester, Delecour, Dufourg, Duranthon, Fabresse, Favre, Feuillet, Fialip, Flatres, Guénard, Hurel, Joanne, Joannon, Labadan, La Clau-Nené, Lagrave, Lamaison, Lamy, Lapeyrière, Lapeyre-Mensignac, Lhoste, Loubatie, Lecas, Letoublon, Levieil, Lonjumeau, Mazaubert, Mercier (Armand), Mercier (Jacques), Montagne, Moquet, Mouniq, Pouey, Pommez, Rey, Richon, Rival, Roger, Rollin, Schreiber, Sedan-Miegeolle, Thibault, Tournay, Trossat, de Vernejoul, Adam, Ageon, Andrieu, Anglade, Ardoin, Arnould, Arroux, Audoli, Auregan, Avinin, Barbier, Barnaud, Baron, Baud, Baudon, Baudot, Bayle, Bazin, Beaure d'Augères, Beausoleile, Baussart, Bedu (François), Bedu (Etienne), Bel, Belfort, Beloux, Benech, Berger, Bernard (Ferdinand), Bernard (Albert), Bernier, Bertaux, Besançon, Besse, Beuchard, Beuf, Bilbaut, Boin, Bonifay, Bonnet (Paul), Bonnet (Charles), Bourgeois, Boutin, Bouvaist, Boyau, Brin, Brugère, Brun, Brunie et de Szcsypiorski.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Il est institué une Commission de salubrité des industries ostréicoles dont font partie : M. le prof. Calmette, président, MM. le prof. Léon Bernard, les Drs Jules Renault, Netter, et Debré.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — LABORATOIRE DE BACTÉRIOLOGIE. — M. le prof. Fernand Bezançon commence son cours le samedi 13 novembre, à 16 heures.

AMPHITHÉATRE VULPIAN. — M. Baudouin, agrégé, commencera ses leçons de pathologie interne le lundi 15 novembre, à 18 heures.

AMPHITHÉATRE VULPIAN. — M. Ribierre, agrégé, commencera ses leçons de pathologie interne (maladies du cœur) le samedi 13 novembre, à 18 heures.

PETIT AMPHITHÉATRE. — M. le prof. Roger commencera son cours de pathologie expérimentale et comparée le samedi 13 novembre, à 17 heures.

HOTEL-DIEU. — M. Trémolières commencera le lundi 15 novembre, à 10 h. 1/2, un cours libre de séméiologie clinique.

CONFÉRENCES PRATIQUES D'OPHTALMOLOGIE. — M. Cantonnet commencera le mardi 16 novembre, à 14 h. 1/2, à la consultation d'ophtalmologie de l'hôpital Cochin, une série de dix conférences pratiques. Inscriptions gratuites à l'hôpital Cochin. D'autres séries auront lieu le 15 février et en mai-juin.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS (51, rue de Clichy). — CONFÉRENCE ET SÉANCE PLÉNIÈRE, le dimanche 14 novembre. — Le matin, à 9 h. 1/2 : Conférence avec projections par le Dr Lhermitte « L'encéphalite léthargique » ; — Midi : déjeuner. Après-midi, à 2 h. : Rapport du Dr Onfray : « Résultats du traitement orthoptique du strabisme », discussion. Communication sur le sujet du rapport.

Les confrères étrangers à la Société sont priés d'assister à cette réunion et d'y produire leurs observations personnelles.

S'inscrire pour les communications et pour le déjeuner auprès du Dr Dupuy-Dutemps, 14, rue de Marignan (VIIIe).

PRATIQUE MÉDICALE

LA SYPHILIS NERVEUSE.

SON TRAITEMENT IODO-MERCURIEL PAR LE LIPOGYRE (1)

La pathogénie des localisations nerveuses de la syphilis est à l'ordre du jour. Il n'en saurait être autrement, les accidents cérébraux et médullaires restant à notre époque parmi les plus fréquentes, comme parmi les plus redoutables des manifestations de la tertiarisation syphilitique. La guerre, par son surmenage, ses blessures, ses chocs émotifs, a été, à elle seule, une grande cause d'appel précoce des tréponèmes sur le cerveau et la moelle. Levaditi et Marie, par leur découverte récente des deux races de spirochètes, ont apporté une nouvelle donnée bactériologique qui nous fait comprendre bien des phénomènes déconcertants de l'évolution syphilitique, en particulier ces « Accidents nerveux des syphilis traitées » signalés dans la thèse de Rameau (Paris 1905) et ces constatations paradoxales de Brissaud et Marie : la paraplégie spasmodique empirant sous une mercurialisation intensive. Délogés des grandes voies d'accès du courant sanguin chargé de spécifiques, Hg ou arsenic, les spirochètes se réfugient, s'embusquent et se fortifient dans le tissu nerveux ; ils y soutiennent alors presque impunément les offensives médicamenteuses. Ainsi se trouve constitué un « repaire tenace, parfois inexpugnable, un centre de résistance qui tient tête au traitement et domine le pronostic » (Barthélemy. *Gaz. des hôpit.*, 7 fév. 1920).

Lorsque, à la suite d'une médication d'assaut, la syphilis est entrée dans sa période de latence, en l'absence de tout signe clinique et même sanguin, il importe donc de se prémunir encore contre une localisation nerveuse, toujours possible, par un traitement d'entretien dont la durée sera fonction des prédispositions individuelles et de l'apparence dermotropique ou neurotropique des manifestations antérieures. A quel médicament convient-il alors de s'adresser ? Les arsenicaux ne sont plus de mise et une mercurialisation exclusive et prolongée risquerait d'être traumatisante pour le rein. Un composé iodo-mercuriel bien toléré, doué d'une affinité particulière pour les tissus gras et nerveux, tel que le réalise le lipogyre, trouve son indication formelle. On le prescrira à la dose de 3 comprimés de 0g30 par jour, pendant des périodes de 15 ou 20 jours alternées avec des suspensions de durée plus ou moins longue, suivant l'ancienneté de l'affection. Si l'on avait affaire à une recrudescence de l'activité des tréponèmes, à des accidents imminents ou constitués, il ne faudrait pas craindre de prescrire des doses beaucoup plus fortes, 6 ou 7 et même 8 comprimés de 0g30 répartis dans les 24 heures.

On verra alors s'atténuer ou disparaître, ainsi qu'en témoignent de nombreuses observations, des accidents ordinairement rebelles, tels que crises gastriques, hémiplégie, paraplégie, etc.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 53, p. 834.

REVUE GÉNÉRALE

NOTIONS ACTUELLES

SUR LA

PATHOGÉNIE DES ICTÈRES[1]

Par le Dr JEAN ODDO (de Marseille).

* * *

Fonction biligénique. — C'est au trouble du métabolisme biliaire qu'est due avant tout la jaunisse tégumentaire. Aussi est-ce la fonction biligénique qui a été étudiée la première en date. C'est grâce à elle que Gübler le premier distingua l'*ictère biliphéique* dépendant du trouble de la fonction biliaire et l'*ictère hémaphéique* correspondant à ce qui est actuellement l'ictère hémolytique. Hayem expliquait autrement ces deux types d'ictère : l'un correspondant à une rétention de pigments biliaires normaux ou *ictère orthopigmentaire*, l'autre de pigments anormaux ou *ictère métapigmentaire* avec en particulier rétention d'urobiline « pigment du foie malade ». Gilbert et ses élèves (2) enfin dénommaient ces ictères *choluriques* et *acholuriques*.

La bile normale d'après les connaissances actuelles est composée de trois éléments : les pigments biliaires, les sels biliaires et la cholestérine. On considérait autrefois que tous ces éléments étaient toujours parallèlement retenus et Gilbert avait donné le nom de *cholémie* à la présence de bile dans le sang. Notre maître M. le prof. Chauffard (3) en 1913 montra combien ce terme était impropre et répondait peu à la réalité des faits. En effet Gilbert considère une certaine cholémie comme physiologique, mais pour qu'il y ait cholémie il faut qu'il y ait rétention simultanée des trois éléments consécutifs de la bile. Or s'il existe une pigmentémie et une cholestérinémie physiologiques, la rétention sanguine des sels ou cholalémie (Chauffard) est toujours un fait pathologique. Pour Chauffard donc il ne peut être question de cholémie véritable et il propose de substituer le nom d' « états cholémiques » pour désigner les faits dont nous venons de parler.

La recherche systématique des différents éléments constitutifs de la bile chez les ictériques a amené les auteurs modernes à considérer que l'on peut avoir parfois au cours de l'ictère une *rétention isolée de l'un ou de l'autre de ces éléments*. C'est ainsi qu'en 1910, Triboulet (4) montrait que l'on pouvait parfois trouver des pigments ou des sels isolés parlant de « dissociation fonctionnelle au niveau du foie assez intéressante à connaître ». Mais l'étude plus complète et plus approfondie de la question revient avant tout à Lemierre et Brûlé (5) qui signalèrent la rétention pigmentaire isolée. Lemierre et Abrami (6), Abrami et Gautier (7), Brault et Garban (1), Lemierre et Brûlé (2) signalèrent par la suite de nombreux faits analogues. Faugeron (3) et Croissant (4) publient en 1912-1913 leurs deux thèses respectives sur les dissociations au cours de l'ictère. L'un comme l'autre de ces deux auteurs considère que, au cours d'un ictère quelconque la recherche des sels et des pigments doit être conduite d'une façon très précise : la recherche des pigments par la réaction de Gmelin et la recherche des sels non seulement par les réactions de Hay et de Pettenkoffer, mais encore par l'épreuve des hémoconies instituée par Lemierre et Brûlé (5) consistant dans la recherche, après ingestion de graisses, de l'apparition normale dans le sang circulant de gouttelettes grasses ou hémoconies visibles à l'ultramicroscope. Si les sels biliaires ne sont plus excrétés il n'y a plus assimilation des graisses et par conséquent pas d'hémocomies. Faugeron et Croissant considèrent que l'on peut avoir chez un même ictérique, à côté de périodes d'ictère complet, surtout vers la fin de la maladie, une rétention isolée des sels. Ils en concluent à l'origine hépatique de certains ictères. La même année Gouget (6) mettait la question définitivement au point dans un article d'ensemble. Saraillé et Clunet (7) pendant la guerre ont examiné 188 ictériques au cours d'une épidémie; parmi eux ils ont rencontré 53 cas de rétention simultanée des pigments et des sels, 79 de rétention isolée des pigments, 42 cas d'urobilinurie pure et enfin 7 cas de rétention isolée des sels.

Enfin Fiessinger et Lyon-Caen (8) et Lemierre et Brûlé (9) ont réalisé expérimentalement ces dissociations des rétentions biliaires. Cette année Brûlé dans son livre (10) et en collaboration avec Garban (11), dans le *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée* publié sous la direction de M. Sergent, metttent très nettement la question au point, en vue des conclusions pathogéniques qu'on peut en tirer.

Les pigments biliaires résultent de la transformation en bilirubine et biliverdine de l'hémoglobine provenant des hématies détruites. On considérait autrefois que cette transformation ne pouvait être réalisée qu'au niveau de la cellule hépatique et les faits d'ictère avec matières riches en pigments ou pléiochromiques étaient expliqués par la théorie de Stadelmann : la bile devenant trop riche en pigments

---

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 94, p. 1501.

(2) GILBERT et ses élèves. *Les Maladies du foie et leur traitement*, Paris 1910, Baillière.

(3) CHAUFFARD. Les dissociations des états cholémiques, *Presse méd.*, 29 janv. 1913.

(4) TRIBOULET. La réaction de Pettenkoffer. Son emploi empirique en coprologie clinique, *Soc. de biol*, 16 déc. 1910.

(5) LEMIERRE et BRULÉ. Lipémie alimentaire dans quelques ictères. Dissociation de la sécrétion biliaire au cours de certaines affections hépatiques, *Soc méd. des hôpit.*, 29 déc. 1910.

(6) LEMIERRE et ABRAMI. Dissociation de la sécrétion biliaire au cours de l'ictère catarrhal. Signes de rétention isolée des sels biliaires, *Soc. méd. des hôpit.*, 28 nov. 1912.

(7) ABRAMI et GAUTIER. Un cas d'ictère dissocié au cours de la fièvre typhoïde. Dissociation de la sécrétion biliaire. Absence d'angiocholite, *Soc. méd. des hôpit.*, 20 déc. 1912.

(1) BRAULT et GARBAN. Dissociation de la sécrétion biliaire au cours de l'ictère catarrhal. Rétention isolée des pigments biliaires, *Soc. méd. des hôpit.*, 7 fév. 1913.

(2) LEMIERRE et BRULÉ. Rétention biliaire dissociée, ictère par lésion de la cellule hépatique, *Mouvement méd.*, mars 1913.

(3) FAUGERON. Les dissociations des rétentions biliaires, *Th. de Paris*, 1912-1913.

(4) CROISSANT. Recherches sur la dissociation de la sécrétion biliaire, *Th. de Paris*, 1912-1913.

(5) LEMIERRE et BRULÉ. La lipémie expérimentale, *Soc. méd. des hôpit.*, 23 déc. 1910.

(6) GOUGET. La question de l'ictère anhépatique, *Presse méd.*, 27 déc. 1913, p. 1061.

(7) SARAILLÉ et CLUNET. La « jaunisse des camps » et l'épidémie de fièvre typhoïde des Dardanelles, *Soc. méd. des hôpit.*, 26 janv. 1916.

(8) FIESSINGER et LYON-CAEN. Rôle de la cellule hépatique dans la détermination des ictères expérimentaux, *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, nov. 1910.

(9) LEMIERRE et BRULÉ. Rétention biliaire dissociée et ictère par lésion de la cellule hépatique, *Mouvement méd.*, mars 1913.

(10) BRULÉ. *Recherches récentes sur les ictères.*

(11) BRULÉ et GARBAN. Foie et pancréas, in *Traité de pathologie et de thérapeutique appliquée* de Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix, Paris 1920, t. XII, Maloine.

perdait de sa fluidité et par là même était plus difficilement évacuée. Mais certains auteurs démontrèrent péremptoirement que cette transformation de l'hémoglobine en pigments biliaires, si elle se produit au niveau du foie, peut aussi se produire ailleurs. Expérimentalement Minkowski et Naunyn (1), Lesné et Ravaut (2) et plus récemment Mac Née (3) et enfin Whipple et Hooper (4) ont montré que malgré la suppression totale ou fonctionnelle du foie on peut avoir apparition des pigments biliaires dans l'urine ou au niveau des téguments. Chez l'homme Sabazès et Muratet (5), Bard (6), Milian (7), Froin (8) montrèrent que la bilirubine pouvait apparaître au niveau des épanchements sanguins. Plus récemment la biligénie extrahépatique a été amplement démontrée par Widal et Joltrain (9) Castaigne et A. Weill (10), Guillain et Guy Laroche (11), Follet et Chevreuil (12) qui ont trouvé la présence de pigments biliaires dans les liquides d'hémorragie cérébrale et méningée. Guillain et Troisier (13) ont démontré que cette transformation au niveau des épanchements sanguins est en tout point comparable à celle que l'on observe au cours de l'ictère hémolytique et ils ont proposé le terme de « biligénie hémolytique locale » pour caractériser ce processus.

Des faits précédents il découle nettement que de la rétention isolée des pigments biliaires on ne peut conclure à une insuffisance hépatique et que les globules sanguins détruits soit par une fragilité excessive (ictères hémolytiques) soit par agression du sérum (ictères hémolysiniques) peuvent réaliser la jaunisse sans que le foie entre en jeu.

L'origine des sels biliaires est encore par contre assez obscure. Sont-ils formés au niveau de la cellule hépatique, y arrivent-ils ainsi que le suppose Brûlé, préformés avec une origine peut-être intestinale, la question reste encore en suspens. Quoi qu'il en soit le foie est bien le régulateur de l'excrétion des pigments comme des sels. Mais de la notion de l'origine possible extrahépatique des pigments on peut tirer les conclusions suivantes : De la rétention isolée des sels on peut conclure à une lésion hépatique ou à la rétention par suite d'une obstruction des voies biliaires. Bien plus, tandis que logiquement le trouble de la formation biligénique pourra porter indistinctement sur la transformation des pigments et l'excrétion des sels, il pourra également y avoir lésion prédominante ou complète portant sur l'un quelconque de ces deux éléments. Au contraire l'obstruction des voies biliaires devra obligatoirement arrêter pigments et sels.

Cliniquement les faits répondent d'une façon absolument schématique à ce que nous venons de dire :

L'*ictère hématogène* est obligatoirement *toujours un ictère dissocié* avec *rétention isolée des pigments.*

L'*ictère hépatogène* peut s'accompagner *soit de rétention simultanée* des sels et des pigments, *soit de rétention isolée* d'un seul des deux éléments, la rétention pouvant être complète à certains stades de l'évolution de la maladie et dissociée à d'autres.

L'*ictère biligène*, enfin, est toujours un ictère avec *rétention complète* des deux éléments.

Nous ne pouvons nous empêcher de comparer cette dissociation des rétentions biliaires au fait que nous avons signalé dans notre thèse et dont nous avons parlé plus haut : la dissociation pouvant exister au cours de l'ictère catarrhal entre les troubles biligéniques et uréopoïétiques : certains malades présentant un ictère intense avec un minimum de troubles uréopoïétiques, certains tout à fait subictériques ayant un métabolisme azoté troublé au maximum. Bien plus nous avons décrit des malades qui, longtemps après la disparition de tout ictère tégumentaire, se trouvaient encore en déficit uréique extrêmement prononcé.

La notion de la possibilité de la rétention isolée des sels biliaires réalisant « l'ictère sans jaunisse » a été bien mise au point sous le nom d'*ictères latents.* Ces rétentions biliaires latentes avaient été signalées depuis 1901 déjà par Chauffard et Gouraud (1) dans divers états pathologiques et en particulier dans la pneumonie. L'année suivante, Chauffard (2) en signalait la fréquence au cours des affections les plus diverses. Brault et Garban (3) ont trouvé ces rétentions biliaires latentes très fréquentes au cours des cirrhoses alcooliques. Brulé et Garban (4) les ont étudiées au cours des infections et des intoxications pouvant retentir sur le foie. Brulé, Garban et Le Gac la Salle (5) ont montré leur très grande fréquence au cours de l'intoxication chloroformique postopératoire. Brulé (6) les signale au cours de la grossesse et de l'appendicite. Enfin, Benhamou (7) en a signalé l'importance au cours de la grippe, du paludisme et du typhus exanthématique. Comment ne pas être frappé que parmi les affections que nous venons de citer la plupart soient susceptibles de réaliser des ictères francs. On ne peut pas ne pas songer immédiatement que les ictères latents ainsi étudiés ne sont que le premier stade du trouble hépatique résultant de l'intoxication ou de l'infection et qu'il n'existe entre ces deux sortes d'atteintes qu'une différence de degré : le premier degré étant réalisé par l'ictère latent; à une altération plus nette correspondra l'ictère franc bénin et, enfin, si les lésions sont à leur maximum on aura l'ictère grave. Au reste, N. Fiessinger (8) a montré expérimentalement la « fragilité de la cellule hépatique » en présence de ces intoxications et de

(1) Minkowski et Naunyn. *Arch. f. experim. Pathol. und Pharm.*, t. XXI, p. 188.
(2) Lesné et Ravaut. *Soc. de biol.*, 14 déc. 1901.
(3) Mac Née. *Med Klin.*, 1913, n° 28, et *Journ. of Pathol. and Backter.*, 1913, t. XVIII, p. 325.
(4) Whipple et Hooper. *Journ. of experim. med.*, 1913, n° 16, vol. XVIII, et 1916, n° 1.
(5) Sabrazès et Muratet. *Soc. de biol.*, 4 juillet 1913.
(6) Bard. *Soc. de biol.*, 28 nov. 1903.
(7) Milian. *Le Liquide céphalo-rachidien*, Paris 1904, p. 90.
(8) Froin. *Gaz. des hôpit.*, 18 janv. 1906; — *Soc. de biol.*, 6 janv. 1906; — *Gaz. des hôpit.*, 12 nov. 1907; — *Hématolyse et hématogenèse*, Paris 1910, Steinheil.
(9) Widal et Joltrain. *Soc. de biol.*, 5 juin 1909.
(10) Castaigne et A. Weill. *Soc. de biol.*, 19 juin 1909.
(11) Guillain et Guy Laroche *Soc. de biol.*, nov. 1909, p. 461.
(12) Follet et Chevreuil. *Gaz. des hôpit.*, 1909, p. 547.
(13) Guillain et Troisier. *Semaine méd.*, 24 mars 1909; — *Revue de méd.*, juin 1909; — *Soc. de biol.*, 6 nov. 1909.

(1) Chauffard et Gouraud. *Soc. méd. des hôpit.*, 10 mai 1901; — *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mai 1901.
(2) Chauffard. *Traité de médecine* de Charcot, Bouchard et Brissaud, 1902, t. V.
(3) Brault et Garban. *Soc. méd. des hôpit.*, 30 janv. 1914; — *Paris méd.*, juin 1914, n° 276.
(4) Brulé et Garban. *Soc méd. des hôpit.*, 6 mai 1914.
(5) Brulé, Garban et Le Gac la Salle. *Revue de chir.*, 10 juin 1914, n° 6.
(6) Brulé. *Recherches récentes sur les ictères.*
(7) Benhamou et Voisin. *Paris méd.*, 31 mai 1919. — Benhamou. *Bull. de thérap.*, juin 1919.
(8) N. Fiessinger. Histogenèse des processus de cirrhose hépatique, *Th. de Paris*, 1908, Maloine.

ces infections. L'*ictère latent* est donc un *ictère hépatogène* par lésion de la cellule hépatique.

Du reste, si les cas d'ictères par simple rétention isolée des sels entre dans cette catégorie d'ictères latents il s'en faut de beaucoup qu'ils soient toujours dissociés si, comme le considère Brulé, l'urobilinurie représente un certain degré de rétention pigmentaire. Bien au contraire les ictères latents sont en général des ictères avec énorme urobilinurie, et Chauffard a montré que, à cette urobilinurie, correspond toujours l'urobilinémie.

Mais les auteurs actuels sont loin d'être en accord complet sur l'*origine* possible de cette *urobiline*.

Considérée suivant les auteurs comme d'origine hépatique (1), d'origine histogène ou pigmentaire (2), d'origine rénale (3), trois origines principales restent actuellement en présence : la théorie entéro-hépatique, la théorie hématique et la théorie tissulaire. La théorie entéro-hépatique est spécialement soutenue par M. Labbé et P.-A. Carrié (4). D'après cette théorie, les pigments biliaires seraient déversés avec la bile dans l'intestin pour y subir un phénomène d'hydratation qui les transformerait en urobiline fécale ou stercobiline. Cette stercobiline serait en partie évacuée par les fèces et en partie ramenée par la veine porte au foie sous la forme d'urobiline. Si le foie est sain il arrête l'urobiline pour la transformer vraisemblablement à nouveau en bilirubine. Que si la cellule hépatique est lésée il ne lui serait plus possible de réaliser cette transformation et l'urobiline se déverserait en nature par les urines.

Certains auteurs ont remarqué que, au cours des ictères hémolytiques, il pouvait y avoir une forte urobilinurie. Lesné et Ravaut (5) ont prouvé expérimentalement la possibilité de la formation d'urobilinurie due à une destruction globulaire. Jean Troisier (6) rapporte même l'urobilinurie constatée dans un grand nombre d'infections à une origine hémolytique.

Enfin, Brulé (7) développe la théorie de l'origine tissulaire de l'urobilinurie. Cet auteur, comparant la bilirubine aux substances avec seuil, considère que la bilirubine contenue dans le sang ne pourrait passer en nature dans les urines que lorsqu'elle aurait atteint un certain taux. Au-dessous de ce taux elle se déposerait dans les tissus qui, par un phénomène de défense, la transformerait en une substance moins toxique et plus diffusible, l'urobiline et l'urobilinogène. Si la quantité de bilirubine retenue augmente elle atteindra puis dépassera le seuil d'élimination et passera en nature dans les urines.

Chacune de ces théories a encore ses partisans et ses détracteurs apportant chacun des arguments en faveur de leur thèse et des objections aux autres opinions.

Nous avons dit au début que la bile ne contenait

(1) Hayem. *Soc. méd. des hôpit.*, 22 juillet 1887 et 3 déc. 1889 ; — *Leçons sur les maladies du sang*, Paris 1900.
(2) Clarens. *Th. de Toulouse*, 1903.
(3) Gilbert et Herscher. *Presse méd.*, 3 sept. 1902.
(4) Carrié. Urobiline, *Th. de Paris*, 1914. — Labbé et Carrié. Théorie entérohépatique de l'urobilinurie, *Presse méd.*, 2 juin 1920, n° 36, p. 353.
(5) Lesné et Ravaut. *Soc. de biol.*, 14 déc. 1901.
(6) Jean Troisier. Urobilinurie d'origine hémolytique, *Soc. de biol.*, mai 1909, p. 739 ; — Rôle des hémolysines dans la genèse des pigments biliaires et de l'urobiline, *Th. de Paris*, 1910.
(7) Brulé. Origine et valeur clinique de l'urobilinurie, *Presse méd.*, 26 nov. 1919, n° 71.

pas seulement des pigments et des sels, mais encore de la *cholestérine*. L'étude de cette cholestérine est due avant tout aux travaux de notre maître M. le prof. Chauffard et de ses élèves Grigaut et Guy Laroche. Son origine est exogène et alimentaire provenant en particulier du jaune d'œuf et de la moelle, et endogène provenant pour Chauffard du corps jaune ovarien, de la surrénale, du tissu cellulaire périrénal et du tissu hépatique. Pour Grigaut (1) le foie transformerait une partie de la cholestérine en acide cholalique, noyau des sels biliaires. Ces sels déversés dans l'intestin seraient dissociés et la cholestérine, par une sorte de cycle entéro-hépatique (comparable à celui de l'urobiline de la théorie de Labbé et Carrié), serait ramenée au foie. Que ce cycle existe ou que le foie extraie simplement la cholestérine du sang pour la déverser dans la bile, toujours est-il que le taux de la cholestérine est extrêmement variable dans le sang, au contraire tout à fait fixe dans la bile (0,50 à 1 g. p. 100).

Au cours des ictères hépatogènes et dans la lithiase biliaire le taux de la cholestérinémie augmente pouvant passer de 1,20 à 1,80, taux normal jusqu'à 4 g. parfois. Chauffard et Guy Laroche ont montré que le xanthélasma, si fréquent dans les états hépatiques chroniques, n'est que la traduction de l'augmentation de la cholestérinémie.

Contrairement aux autres ictères, le taux du sang de la cholestérine rsste normal au cours des ictères hémolytiques.

De toutes ces études sur la fonction biligénique au cours des ictères, quels que soient les points en litige, nous pouvons tirer les mêmes conclusions pathogéniques que de l'étude de la fonction uréopoïétique.

Nous avons montré que — tandis que l'ictère hématogène sans augmentation de la cholestérine est toujours un ictère dissocié et purement pigmentaire, fait qui démontre clairement son origine extrahépatique — l'ictère hépatogène par lésion de la cellule hépatique, avec augmentation de la cholestérine, peut être, soit un ictère avec rétention biliaire complète, soit un ictère avec rétention dissociée, la rétention portant sur l'un ou l'autre des éléments, ce qui démontre leur origine hépatique.

Enfin, les ictères biligènes par simple rétention canaliculaire de la bile avec augmentation de la cholestérine sont toujours des ictères avec rétention complète des deux éléments, fait qui démontre l'obstacle à l'écoulement de tous les éléments de la bile dans l'intestin.

* * *

Anatomie pathologique. — Les recherches anatomiques sont loin de nous donner autant de renseignements que l'examen des diverses fonctions de la cellule hépatique qui nous ont permis de distinguer très nettement les trois variétés pathogéniques d'ictères, et cela pour une double raison : tout d'abord la rareté des constatations anatomiques au cours de tous les ictères bénins, et ensuite le fait que les lésions étant déjà, dans certains ictères toxiques ou infectieux, relativement peu visibles, il en sera forcément autant au cours de l'ictère catarrhal.

Cependant, elles ont permis de constater que l'obstruction des canaux biliaires considérée par

(1) Grigaut. Cycle de la cholestérinémie, *Th. de Paris*, 1915.

les anciens auteurs comme pathognomoniques de l'ictère était loin d'être constamment réalisée. Il est vrai qu'Eppinger (1) avait rencontré un amas lymphoïde obturant les canaux biliaires chez une ictérique catarrhale qui s'était suicidée mais ce n'est certainement là qu'un processus d'exception. En effet, Widal et Abrami (2), Quénu et Joltrain (3), Lemierre et Abrami (4), Abrami, Richet fils et Monod (5), Abrami et Gautier (6), Marcel Labbé (7) ont toujours trouvé les voies biliaires parfaitement perméables. Enfin, toute une classe d'ictères, les ictères spirochétiens sont toujours des ictères sans obstruction biliaire ainsi que l'ont montré les auteurs japonais (8) chez les cobayes sacrifiés.

Mais plus récemment la question a été remise tout à fait au point par Garnier et Reilly (9) qui étudient parallèlement deux types d'ictères graves la spirochétose ictéro-hémorragique et l'ictère grave par atrophie jaune aiguë du foie. De leur étude il découle nettement tout d'abord l'intégrité complète des voies biliaires et au contraire les lésions accentuées du foie. Mais cette étude autorise encore les auteurs à supposer à ces divers ictères hépatogènes un processus pathogénique essentiellement distinct. C'est ainsi qu'ils notent dans l'*ictère spirochetosique* l'intensité de la cholémie, l'azotémie considérable, l'absence de retard de la coagulation du sang constatés cliniquement. Au point de vue anatomique, ils rappellent leurs publications antérieures (10). Ils ont en effet retrouvé une « réaction hyperplasique remarquable du foie » avec cellules rappelant les éléments néoplasiques. A ce processus s'ajoute parfois de l'hépatite parenchymateuse ou quelquefois des lésions discrètes de dégénérescence pycnotique de certains noyaux, enfin dans un 3e ordre de faits la rupture du squelette fibro-élastique du lobule avec dissociation des travées hépatiques. A la suite de leurs constatations les auteurs concluent que la spirochétose ictéro-hémorragique serait un *ictère par hyperhépatie*. Au contraire l'*atrophie jaune aiguë du foie* s'accompagne d'un maximum de *diminution de l'activité hépatique* (11) constatables aussi bien cliniquement qu'anatomiquement.

Ainsi suivant ces auteurs parmi les ictères graves on pourrait distinguer deux types : un type d'ictère avec hyperhépatie : la spirochétose ictéro-hémorragique — et un type d'ictère avec insuffisance hépatique, l'ictère avec atrophie jaune aiguë. Brûlé n'admet pas cette hyperhépatie au cours de l'ictère

(1) EPPINGER. *Klin Woch.*, avril 1908, n° 14, p. 480.

(2) WIDAL et ABRAMI. Ictère grave infectieux avec rétention et urémie sèche par azotémie, *Soc. méd. des hôpit.*, 1908, t. XXVI, p. 523.

(3) QUÉNU et JOLTRAIN. Etude clinique et anatomique de deux cas d'ictère grave, *Soc. méd. des hôpit.*, 19 mai 1909.

(4) LEMIERRE et ABRAMI. L'ictère pneumococcique, *Presse méd.*, 2 fév. 1915

(5) ABRAMI, RICHET fils et MONOD. Ictère hépatogène et streptococcique au cours d'une septicémie puerpérale, *Soc. méd. des hôpit.*, 4 mars 1910.

(6) ABRAMI et GAUTIER. Un cas d'ictère dissocié au cours de la fièvre typhoïde. Dissociation de l'excrétion biliaire. Absence d'angiocholite, *Soc méd. des hôpit.*, 20 déc. 1912.

(7) M. LABBÉ. Pneumonie. Péricardite purulente. Hépatite diffuse. Ictère. Mort, *Bull. de la Soc. d'anat.*, déc. 1896, p. 868.

(8) INADA, IDO, HOKI, KANEKO and ITO. *Journ. of experim. med.*, 1916, t. XIII, p. 377.

(9) GARNIER et REILLY. Les ictères francs primitifs, *Presse méd.*, 1er nov. 1919, p. 641.

(10) GARNIER et REILLY. Etudes anatomiques du foie dans la spirochétose ictéro-hémorragique chez l'homme, *Arch. de méd experim. et d'anat. pathol*, mars 1919.

(11) GARNIER et REILLY. Quatre observations d'ictère franc par atrophie jaune aiguë, *Soc. méd. des hôpit.*, 27 juin 1919, p. 9.

à spirochètes comme démontrée. Pour cet auteur d'une part l'hyperplasie est loin de signifier l'hyperfonctionnement et pourrait ne traduire qu'une souffrance de la cellule. D'autre part la coexistence de dégénérescence plus ou moins nette à côté des éléments hyperplasiés semblerait s'expliquer difficilement si ces cellules étaient en hyperfonctionnement. Quoi qu'il en soit pour Brulé comme pour Garnier et Reilly, la structure anatomique de ces deux types d'ictères réalisant au maximum l'atteinte de la cellule hépatique est certainement différente.

* * *

Hématologie. — Si les signes d'insuffisance hépatique et l'anatomie pathologique suffisent amplement à distinguer tous les types d'ictères il n'en reste pas moins que l'*ictère hémolytique* est avant tout caractérisé par l'examen du sang qui montre l'*origine sanguine* et *extrahépatique* de ces ictères. Ces signes hématologiques sont avant tout l'anémie, la fragilité globulaire, la présence d'hématies granuleuses et l'auto-agglutination des hématies.

A Chauffard on doit la découverte des ictères hémolytiques (2). Cet auteur en montra tous les signes dans l'examen des ictères hémolytiques congénitaux. Widal, Abrami et Brulé (3), décrivirent l'ictère hémolytique acquis en se servant du procédé des hématies déplasmatisées. La découverte de Chauffard est de date relativement ancienne, mais on a voulu par la suite étendre la pathogénie hémolytique à un grand nombre d'ictères. C'est ainsi que Gilbert, Lereboullet et Herscher (4), Cade et Châlier (5), croient à un certain degré d'hémolyse chez tous les cholémiques. Jean Troisier (6), dans les ictères pneumococciques, Castaigne (7), dans les ictères toxiques accusèrent l'hémolyse fréquente. Quénu et Küss (8), Chevrier, René Bénard et Sorel (9) à côté des ictères chloroformiques graves hépatogènes décrivent un processus d'ictère passager qu'ils rapportent à un phénomène d'hyperhémolyse. Enfin au cours de la syphilis Gaucher et Giroux (10), Teisset (11) et Huber (12) dans sa thèse concluent à l'origine hémolytique des ictères syphilitiques secondaires. Moussous (13) décrivant l'ictère idiopathique du nouveau né ou érythrodermie ictérogène conclut nettement à son origine hémolytique. Brulé (14) croit que c'est à tort qu'on a ainsi

(1) BRULÉ. *Recherches récentes sur les ictères.*

(2) CHAUFFARD. Pathogénie de l'ictère hémolytique congénital chez l'adulte, *Semaine méd.*, 16 juin 1907.

(3) WIDAL, ABRAMI et BRULÉ. Différenciation des divers types d'ictère hémolytique par le procédé des hématies déplasmatisées, *Presse méd* , 9 oct. 1907; — L'ictère d'origine hémolytique, *Arch. des mal du cœur, des vaisseaux et du sang*, mai 1909; — L'ictère d'origine hémolytique, rapport du *XIIe Congrès franç de méd.*, Lyon 1911.

(4) GILBERT, LEREBOULLET et HERSCHER. *Soc. méd. des hôpit.*, 16 nov. 1907.

(5) CADE et CHALIER. *Soc. méd. des hôpit de Lyon,* 12 nov. 1908.

(6) Jean TROISIER. *Soc de biol* , 13 juillet 1909.

(7) CASTAIGNE. In *Traité des maladies du foie* de Debove, Achard et Castaigne, 1911.

(8) QUÉNU et KUSS. *Bull. de la Soc. de chir.*, 4 nov. 1908.

(9) CHEVRIER, R. BÉNARD et SOREL. *Soc. de biol.*, 20 et 27 nov. 1909.

(10) GAUCHER et GIROUX. *Ann des mal. vénér.*, juillet 1909, avril 1910; — *Acad de méd* , 28 mars 1911.

(11) TEISSET *Th de Paris,* 1911.

(12) HUBER. Syphilis et ictère par hyperhémolyse, *Th. de Paris,* 1913-1914.

(13) MOUSSOUS. Pathogénie de l'ictère idiopathique du nouveau-né, *Journ méd. franç.*, 1908, t. I, n° 4, p. 350.

(14) BRULÉ. *Recherches récentes sur les ictères.*

étendu le cadre de l'hyperhémolyse et que beaucoup parmi ces ictères sont hépatogènes. Pour cet auteur pour pouvoir véritablement affirmer l'origine hémolytique d'un ictère il faut avoir tous les signes sanguins de ces sortes d'ictères.

La question de l'origine toxique des ictères au cours de la syphilis traitée par les arsenicaux nous paraît nécessiter de trop longs développements pour pouvoir trouver sa place ici : Sicard les considérant comme toxiques, Milian comme uniquement syphilitiques. La question reste encore à l étude. Au reste il s'agit là plutôt d'une question d'étiologie que d'une question de pathogénie véritable.

*
* *

Thérapeutique. — La connaissance de la pathogénie essentiellement différente des ictères que nous venons d'exposer n'a pas seulement une portée théorique mais amène à des conclusions pratiques thérapeutiques. La thérapeutique moderne n'est plus ce qu'elle était autrefois où on s'attachait avant tout à traiter le symptôme. On s'attaque maintenant à la cause ou à la pathogénie. C'est ainsi que la thérapeutique à instituer sera éminemment différente suivant le type d'ictère.

A l'ictère hématogène ou hémolytique on opposera avant tout une médication hématopoïétique martiale par le protoxalate de fer par exemple. Certains auteurs tendent à proposer la splénectomie qui semble à réserver pour les cas graves. Quoi qu'il en soit si la cause est connue c'est avant tout contre elle qu'il faudra lutter par exemple par la quinine chez les paludéens, le mercure ou l'arsenic chez les syphilitiques.

L'ictère hépatogène devra être traité avant tout soit par une médication spécifique si on connaît la cause de l'intoxication ou de l'infection : la sérothérapie par exemple dans la spirochétose ou l'ictère éberthien. Mais parmi les traitements actuels deux sont encore à l'étude qui méritent particulièrement notre attention car ils semblent lutter contre l'insuffisance hépatique elle-même : l'*opothérapie hépatique* et nous avons montré dans notre thèse qu'elle semblait être amenée à donner de bons résultats et enfin le *goutte à goutte rectal glucosé urotropiné* préconisé récemment par P.-E. Weill (1) et qui amènerait une diurèse rapide avec une reprise du poids très rapide et parfois considérable. Enfin l'ancienne thérapeutique par les lavements froids et les antiseptiques hépatiques : urotropine, benzoate, salicylate, calomel, ne devra pas être négligée.

Enfin à l'ictère biligène seul et avant tout serait réservée l'ancienne médication cholagoque et la désinfection des voies biliaires dans les cas légers, mais les progrès constants de la chirurgie moderne ont fait de ces ictères des affections thérapeutiquement avant tout chirurgicales.

*
* *

Conclusions. — De tout ce que nous venons de dire il résulte que :

La destruction exagérée du globule rouge réalisera l'ictère hématogène hémolytique qui se caractérise par des signes de fragilité des hématies, par une rétention purement pigmentaire de la bile et par l'absence de tout signe d'insuffisance hépatique.

(1) P.-E. Weill. Le traitement des ictères par le goutte à goutte sucré urotropiné, *Soc. méd. des hôpit.*, 14 mai 1920, p. 697.

Le trouble apporté dans la fonction biligène hépatique réalisera l'ictère hépatogène qui pourra être complet, dissocié ou parfois latent, s'accompagnant de troubles de toutes les fonctions hépatiques et en particulier de troubles du métabolisme azoté avec augmentation de l'azote résiduel et soit déficit uréique sanguin (ictère hépatique pur) soit augmentation (ictère avec hépato-néphrite). Les constatations anatomiques au cours des ictères graves réaliseront soit l'insuffisance hépatique (atrophie jaune aiguë) soit l'hyperhépatie (spirochétose ictéro-hémorragique).

Enfin l'obstacle sur les voies biliaires empêchant le cours de la bile réalisera l'ictère biligène qui sera toujours un ictère complet avec rétention simultanée des sels et des pigments et qui ne présentera de signes d'insuffisance hépatique qu'autant que le foie sera secondairement touché.

De tout cela il résulte qu'en l'état actuel de la science l'étude chez les ictériques de la teinte tégumentaire, la recherche des pigments dans les urines, la décoloration des matières ne suffisent pas plus pour porter un diagnostic pathogénique que pour préciser le pronostic, la seule jaunisse étant souvent trompeuse, pouvant être très intense avec une atteinte légère ou au contraire très peu accentuée, voire absente malgré un état fonctionnel hépatique profondément et gravement troublé.

Aussi pratiquement en présence d'un malade atteint d'ictère faudra-t-il faire les recherches suivantes avant de pouvoir porter un diagnostic complet, connaître le degré et le mécanisme de l'atteinte et par là instituer un traitement rationnel pour chaque cas :

Dans l'ictère hématogène on aura toujours : présence des pigments biliaires (réactions de Gmelin et de Grimbert positives) ou à leur défaut d'urobiline (fluorescence en présence de chlorure de zinc ammoniacal), absence de sels biliaires (réactions de Hay et de Pettenkoffer négatives, présence d'hémoconies dans le sang), pas de signes d'insuffisance protéolytique hépatique (azote résiduel égal ou inférieur à 0,10 par litre de sérum). Par contre les signes hématiques seront au maximum : la numération montrera l'anémie, la fragilité globulaire sera trouvée augmentée (en la recherchant surtout par le procédé des hématies déplasmatisées) on aura un grand nombre d'hématies granuleuses et enfin le phénomène de l'auto-agglutination des hématies.

Dans l'ictère hépatogène (par lésion de la cellule hépatique) il faudra toujours faire la recherche des pigments et des sels qui pourront être trouvés simultanés ou isolés. Les signes d'insuffisance hépatique seront toujours nets et particulièrement l'azote résiduel toujours augmenté. L'urée sanguine et urinaire sera soit diminuée si on a affaire à un ictère hépatique pur ou augmentée si on a affaire à un ictère avec hépato-néphrite, et, dans ce dernier cas, surtout si on a une très forte azotémie on se trouvera bien de pratiquer la recherche directe de la spirochéturie ou mieux un sérodiagnostic de spirochétose et enfin une inoculation au cobaye pour voir si on ne se trouve pas en présence d'un cas de spirochétose.

Enfin dans l'ictère biligène on trouvera toujours la présence simultanée de sels et de pigments dans les urines. La recherche des signes d'insuffisance hépatique pourra au début être négative, mais si le processus est un peu ancien elles ont des chances d'être positives, la stase provoquée par la bile amenant un

trouble d'insuffisance hépatique. Enfin dans ce dernier cas un examen radiologique permettra de déceler parfois une tumeur comprimant les voies biliaires, parfois aussi quand on se trouvera dans des conditions particulièrement favorables la présence de calculs.

Donc ainsi que le dit Brulé (1), nous devons « considérer l'ictère de toute autre façon qu'on ne le faisait autrefois : on voyait dans l'ictère le signe de la lésion d'un appareil, l'appareil d'excrétion de la bile; aujourd'hui il faut voir dans l'ictère un trouble de la fonction biliaire, fonction complexe et étendue qui peut être perturbée dans l'un quelconque de ses stades : formation des pigments biliaires aux dépens des pigments sanguins; — excrétion de ces pigments au niveau de la cellule hépatique; — évacuation de la bile dans ses canaux. L'ictère n'est donc qu'un symptôme qui peut correspondre à des lésions extrêmement variées; il apparaît comme un signe révélateur mais pour pouvoir en préciser la nature il faut en étudier soigneusement les modalités cliniques, il faut rechercher les troubles connexes qui existent soit du côté du sang, soit du côté du foie, soit sur les voies d'évacuation de la bile. »

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 9 NOVEMBRE 1920)

De la nécessité de s'assurer de la pureté du tartrate borico-potassique dans le traitement de l'épilepsie. — M. Pierre MARIE rappelle avoir appelé l'attention de l'Académie sur les bons résultats obtenus par le tartrate borico-potassique dans le traitement de l'épilepsie. Ces résultats, obtenus à la Salpêtrière, ne se sont pas confirmés en ville. Une enquête a été faite par M. Marie et ses collaborateurs. Quinze échantillons de tartrate borico-potassique, pris dans des pharmacies différentes ont été examinés et très peu contenaient une petite quantité de ce médicament, ou même n'en contenaient pas du tout. De là l'explication des résultats différents obtenus en ville et à la Salpêtrière.

M. BARIÉ pense qu'il y aurait lieu de saisir le service de la répression des fraudes.

M. MARIE se défend d'avoir eu la moindre intention agressive à l'égard des pharmaciens mis en cause.

La chirurgie des uretères doubles. — M. LEGUEU. Dans les reins à deux uretères, les lésions sont souvent localisées à un seul territoire, mais, pour faire correctement l'opération de la néphrectomie partielle, il faut établir à l'avance la répartition exacte des lésions. Or, ce n'est ni la cystoscopie, ni le cathétérisme des uretères qui peuvent montrer le territoire de l'uretère supplémentaire, le niveau de sa division, ses relations avec l'autre : c'est la pyélographie, seule, qui donne la dimension des uretères, leur répartition, leur forme, le nombre et les dimensions des bassinets et des calices.

En étendant les applications de cette exploration, M. Legueu a pu diagnostiquer vingt-deux cas d'uretères doubles et, dans cinq cas, appliquer la néphrectomie partielle, suivant un plan réglé, pour ainsi dire, sur la plaque de radiographie.

Il a pu ainsi conserver une partie du rein chez tous ses malades, et chez l'une d'elles cette conservation était d'autant plus nécessaire que l'autre rein était tuberculeux. La malade vit aujourd'hui guérie, conservant un seul rein, dont la partie supérieure a été enlevée par la néphrectomie partielle.

Il y a donc intérêt à étendre sensiblement les applications de la pyélographie, pour qu'un plus grand nombre de malades soit appelé à bénéficier de ses services.

(1) BRULÉ. Les ictères hémolytiques, in *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée* de Sergent, 1920, p. 125, t. XII, Maloine.

L'atrepsie infantile, la syphilis congénitale en Annam. — M. THIROUX.

Essais d'immunisation artificielle de l'organisme tuberculeux. Utilisation d'un nouvel agent thérapeutique « la cinnémaïne associée à la cholestérine ». — M. BARBARY (de Nice).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 5 NOVEMBRE 1920)

Septicémies éberthiennes à type de fièvre intermittente — M. Henry BOURGES rapporte les observations de 2 sujets non vaccinés et indemnes jusque-là de fièvre typhoïde qui ont présenté un état infectieux, d'une durée de 4 à 5 semaines, essentiellement caractérisé au point de vue clinique par une suite d'accès fébrile à caractère intermittent; de l'hypersplénie une adynamie marquée. Dans ces deux cas l'affection évolue et guérit sans aucun signe de dothiénenthérie. Le sérum des malades agglutinait à un taux élevé le bacille typhique et l'hémoculture décelait également la présence de bacille d'Eberth. La recherche de l'hématozoaire fut par contre toujours négative. L'intérêt de ces observations réside dans le caractère atypique du tableau clinique, le type fébrile rappelant l'infection palustre, la rareté de faits semblables.

Un cas de nanisme par infantilisme dysthyroïdien. — M. P. ARMAND-DELILLE présente un sujet de 22 ans dont l'aspect extérieur, le développement, la taille (1m32) et le poids sont ceux d'un garçon de 10 à 11 ans. L'intelligence est normale et même vive bien qu'avec le puérilisme d'un sujet impubère. La 2e dentition n'est apparue qu'à 14 ans. Les radiographies montrent que les épiphyses ne sont pas soudées, aussi le sujet va-t-il être soumis à un traitement thyroïdien et hypophysaire qui très vraisemblablement déterminera un développement rapide.

Angine gangréneuse rapidement guérie par le sérum antigangréneux. — M. LE TEXIER a observé chez une jeune fille au 3e jour d'un phlegmon de l'amygdale une large plaque de gangrène coïncidant avec une altération profonde de l'état général. Etant donnée la gravité de la situation le malade reçut une injection intra-musculaire de 50 cmc. de sérum antigangréneux (antiœdémateux, antiperfringens, antivibrion) et 20 cmc. de sérum antistreptococcique. Quelques heures après l'injection l'amélioration locale et générale se dessinait. Le lendemain le malade eut 30 cmc. de sérum antigangréneux et 10 cmc. de sérum antistreptococcique. La guérison fut complète et rapide. L'auteur insiste sur les bénéfices de la sérothérapie antigangréneuse quelle que soit la localisation du processus gangréneux (amygdale, poumon, appendice).

Un cas de gangrène pulmonaire guéri par le sérum antigangréneux. — MM. HOUZEL et SEVESTRE (de Boulogne-sur-Mer), rapportent l'observation d'un homme atteint de gangrène pulmonaire du sommet gauche. Le traitement par l'hyposulfate de soude n'avait donné aucun résultat. Le malade avait un état général très grave et semblait arrivé au dernier terme de la cachexie lorsque, un mois après le début de la maladie, on lui fait à 3 jours d'intervalle 100 cmc. de sérum antigangréneux dans les veines, sérum délié dans 500 gr. de sérum artificiel. Le résultat fut rapide et excellent; la fièvre tombe à 37° en 48 heures, le malade augmenta de 11 kilos 500 en 5 semaines.

Considérations cliniques et expérimentales sur un cas de sclérose en plaques. — MM. G. GUILLAIN, JACQUET et LÉCHELLE présentent un malade atteint de sclérose en plaques. La sclérose en plaques évoluant très lentement mais rapidement elle prit une allure aiguë à la suite d'une angine diphtérique bénigne. Les auteurs rappellent les investigations récentes de Bullock, Simons, Kuhn et Steiner, Marinesco et Pellet sur la cause infectieuse de certaines scléroses en plaques qui seraient dues à une spirochète spéciale inoculable au lapin et au singe. Dans le cas présent les spirochètes ne purent être trouvés dans le liquide céphalo-rachidien et l'inoculation de celui-ci au lapin fut négative; il semble d'ailleurs que les résultats ne soient positifs que dans la phase évolutive de l'affection. La réaction de Wassermann était négative dans

le liquide céphalo-rachidien, mais la réaction d'Emmanuel était positive et la réaction du benjoin colloïdal partiellement positive mais du type non syphilitique, ces constatations jointes à ce fait que Moore signale la réaction de l'or colloïdal positive dans certains cas de sclérose en plaques avec réaction de Wassermann négative, sont à prendre en considération quant à l'origine spirochétique possible de certaines scléroses en plaques.

Procédé de fabrication du polyarsinate de bleu de méthilène et de ses dérivés. — M. A. Crétin. Ce produit est un composé des différents colorants, issus du bleu de méthylène, cosmate de bleu, cosmate d'azur, cosmate de violet de méthylène. Il colore tous les éléments cellulaires, toutes les granulations, les microbes, les protozoaires, et met en évidence le métachromase. Il peut s'appliquer à l'étude du sang, des sérosités pathologiques des crachats et même des coupes histologiques en utilisant pour la déshydratation un produit spécial dont l'auteur donnera plus tard la constitution.

Sur un cas de spirochétose ictéro-hémorragique apyrétique à forme grave. — MM. Herscher et J. Roberte. A propos de l'observation qu'ils rapportent les auteurs font remarquer qu'à côté des formes bénignes sans faire de la spirochétose ictéro-hémorragique il existe une forme grave apyrétique caractérisée par des symptômes assez intenses pour donner l'aspect d'un utère grave sans aucune élévation thermique ni au début ni pendant l'évolution de la maladie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(séance du 3 novembre 1920)

Ablation des cancers du rectum. — M. Quénu, à propos de la communication de M. Anselme Schwartz, sur 10 opérations abdomino-périnéales, a obtenu 7 guérisons et 3 morts. Il reconnaît donc les indications de cette intervention, mais, avec l'opération périnéale seule on peut aussi obtenir de bons résultats et des survies très appréciables. Elle a donc, elle aussi, ses indications. L'opération combinée doit être réservée pour les cancers haut situés, mobiles, et compliqués de ganglions. Dans les opérations périnéales, M. Quénu conserve la courbe sacro-coccygienne. Quant à l'anus iliaque, il peut avoir ses indications, mais, quand cela est possible, M. Quénu préfère abaisser le bout supérieur à l'anus (anus périnéal). Il n'y a donc pas lieu, ainsi que le proclame M. Schwartz, d'adopter uniquement l'opération abdomino-périnéale. La périnéale conserve, en grande partie, ses indications.

M. Okinczyc est de l'avis de M. Schwartz et estime que l'abdomino-périnéale doit se substituer à la périnéale. L'ablation des ganglions n'est pas toujours possible par la voie périnéale, elle est singulièrement facilitée par la voie abdominale. Trois ligatures devraient suffire pour assurer l'hémostase, celle de l'hémorroïdale supérieure et des deux hémorroïdales moyennes. Ces ligatures devraient même être pratiquées avant l'exérèse. Il faut, autant que possible, conserver le sphincter. Sans repousser absolument l'intervention périnéale, M. Okinczyc lui préfère l'opération combinée. Il apporte 3 observations personnelles d'operations abdomino-périnéale qui lui ont donné trois guérisons.

M. Vanverts apporte au débat deux opérations combinées chez la femme, après hystérectomie totale, survie et guérison, ayant déjà l'une deux ans, l'autre trois ans de survie. Chez ces deux malades, il avait pratiqué d'avance un anus iliaque. Il préfère l'opération abdomino-périnéale à l'opération périnéale. Il s'applique à conserver le sphincter et ses opérées sont continentes.

L'hystérectomie totale facilite singulièrement l'opération. C'est aussi qu'elle est beaucoup plus facile chez la femme que chez l'homme.

M. Cunéo, dans les cancers du rectum, a recours à la radiumthérapie préopératoire Il ne pratique pas d'anus iliaque préalable. L'opération abdomino-périnéale lui paraît être l'opération de choix. Chez la femme, il enlève la paroi vaginale postérieure. Il n'est pas nécessaire de conserver le sphincter.

M. Mocquot a fait douze ablations du rectum, dont quatre par la voie périnéale et huit par la voie abdomino-périnéale ; sur ces douze cas, il y a eu trois décès. L'opération périnéale présente moins de gravité. Sur les huit opérations abdomino-périnéales, sept fois M. Mocquot a pu assez facilement abaisser le bout supérieur jusqu'au périnée. Dans un cas, il a obtenu une cicatrisation par première intention. Il lui a semblé que, d'une façon générale, les malades préféraient l'anus périnéal, même quelque peu incontinent, que l'anus iliaque. La conservation du sphincter lui a donné des résultats médiocres. Chez trois femmes, il a fait l'hystérectomie et la colpectomie postérieure.

M. Ch. Schwartz apporte deux faits d'ablation de cancers du rectum par la voie périnéale, suivie d'une survie, dans un cas de huit ans, dans l'autre, de douze ans. Quand il s'agit de cancers bas situés, mobiles et qu'on peut faire une opération large et précoce, on peut obtenir de bons résultats par la voie périnéale.

M. J.-L. Faure considère l'opération abdomino-périnéale comme une très bonne opération. Il a surtout été frappé de la bénignité des suites opératoires. Aussi partage-t-il l'avis de M. Anselme Schwartz. Mais il ne faut pas renoncer à la voie périnéale seule qui conserve ses indications. M. Faure donne la préférence à l'anus abdominal sur l'anus périnéal.

M. Cunéo a fait allusion au traitement par le radium préopératoire. M. Faure y a eu recours dans un certain nombre de cas. Il lui a semblé que, dans ces cas, la récidive a été beaucoup plus précoce et beaucoup plus grave.

M. Pierre Duval faut-il rejeter complètement la voie périnéale ? M. Duval ne le pense pas. C'est une question d'espèces. Il semble, en ce moment, se faire une poussée considérable vers l'abdomino-périnéal. M. Duval craint qu'il y ait à cela quelque exagération. La voie périnéale, ainsi que nous l'a enseigné l'école de Cochin, conserve tous ses avantages pour les cancers mobiles, bas situés, que le doigt peut dépasser, sans adénopathie importante. On peut toujours commencer par la voie périnéale et si l'on trouve des ganglions ou quelque autre difficulté, on est toujours à temps de passer par le ventre et de transformer la simple périnéale en abdomino-périnéale. Mais en principe, on doit commencer par l'amputation du rectum par le périnée. Les plus beaux résultats qu'ait obtenus M. Duval, des survies de sept, huit et neuf ans, l'ont été par la voie périnéale. Si l'on veut bien suivre la technique de M. Quénu, il n'y a pas d'opération mieux réglée que l'ablation d'un cancer rectal par la voie périnéale.

M. Duval n'est pas partisan de l anus iliaque préliminaire, ni de l'abouchement au périnée de la partie supérieure du rectum. Il est partisan de l'hystérectomie totale, quand on a recours, chez la femme, à l'abdomino-périnéale. Il est d'avis qu'on peut laisser la paroi postérieure du vagin. Parmi les opérées de M. Schwartz, il en est une de trente-cinq ans ; M. Duval pense qu'il eût été préférable de ne pas la priver de la paroi postérieure de son vagin. C'est là un argument moral, mais qui a bien sa valeur.

Sans repousser l'abdomino-périnéale d'une façon absolue, M. Duval estime que la vieille périnéale de l'école de Cochin, telle que l'a préconisée M. Quénu, a fait ses preuves et conserve toute sa valeur.

M. Sieur, dans deux cas, a obtenu une assez longue survie sur deux malades, chez lesquels il a eu recours à la voie périnéale avec résection du coccyx, anus iliaque préliminaire et anus coxygien définitif.

Altération du plexus brachial consécutive aux luxations de l'épaule. — M. Mocquot, à propos de la communication de M. Grégoire sur ce sujet, a observé des lésions nerveuses graves, 9 fois sur 25 cas. Ces lésions se sont produites plusieurs mois après la luxation. Les altérations nerveuses sont parfois légères et ne se traduisent que par une parésie partant du deltoïde. Dans d'autres cas, il s'agit de paralysies plus graves et de lésions nerveuses plus accentuées. Les opérations n'ont donné généralement que des résultats incomplets.

M. Grégoire dit qu'il faut distinguer les troubles moteurs et les troubles sensitifs. Le phénomène douleur est parfois tellement marqué, qu'il est indiqué de libérer le plexus brachial.

Traitement des appendicites graves. — Nous revenons à la discussion soulevée sur ce sujet par M. Ombrédanne. M. Mouchet n'a pas été convaincu par cette communication et il reste nettement partisan du drainage. Chaque fois qu'il y a des escarres, du pus ou seulement du liquide louche, il draine. Sur 23 opérations pour appendicites graves, gangréneuses, M. Mouchet a obtenu 13 guérisons et 10 décès. Sur 18 opérations d'urgence suivies de guérisons, il a drainé 11 fois, ce drainage a peut-être été inutile, mais il n'a pas été nuisible. Dans les appendicites suppurées, M. Mouchet a fait de courts drainages, car il draine de moins en moins et place des tubes de plus en plus petits. On peut toutefois affirmer que le drainage n'aggrave jamais la situation.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 19 OCTOBRE 1920)

Inégalité de longueur des membres inférieurs et spina bifida occulta. — M. Lance présente 6 malades atteints de scoliose statique par inégalité de longueur des membres inférieurs de 1 cm. à 3 cm. Cette inégalité porte aussi sur la circonférence du membre, sur le volume du pied. Cette affection est bien connue mais on ne s'entend pas sur sa fréquence, et sa pathogénie est inconnue L'auteur, sur 130 scolioses observées en 8 mois a vu 28 cas analogues. La radiographie de ces malades a montré 14 fois un spina bifida de la 1re vertèbre sacrée et 8 fois d'autres anomalies osseuses de la région lombo-sacrée. L'auteur rattache l'arrêt de développement du membre à l'aplasie médullaire cause du spina bifida. Dans le pied creux essentiel qui a été rattaché de même à la présence d'un spina bifida occulta sacré (Frœlich), l'auteur montre qu'il y a aussi atrophie du membre atteint. L'équilibre se rétablit par le port d'une chaussure surélevée, mais, contrairement à l'opinion reçue, l'auteur prouve par des exemples que ces scolioses statiques non soignées peuvent aboutir à des scolioses graves.

M. Dufour rappelle que chez des jeunes gens ou même des adultes de 20, 25 ans on peut voir des troubles trophiques des membres inférieurs, des maux perforants plantaires survenant chez des porteurs de spina bifida occulta de la région sacrée, l'opération montre des tumeurs bénignes, lipomes, myxomes du filum terminal de la queue de cheval. Il faut avoir présente à l'esprit cette possibilité.

Traitement du mal de Pott par le lit de Lannelongue sans plâtre. — M. André Trèves expose une fois de plus les avantages de cette méthode et présente un enfant dont la gibbosité dorsale, croissante malgré le plâtre, a presque disparu, alors que son état général, très mauvais auparavant, est devenu excellent grâce à l'héliothérapie.

M. André Trèves présente un **nouvel appareil pour le traitement de la luxation congénitale de la hanche,** suivant le principe de l'appareil de Le Damany, mais très simplifié. Le même appareil est applicable à toutes les luxations, simples ou doubles, et permet la marche après 3 mois de plâtre en position de Lorenz.

Syndrome incomplet de Millard-Gubler à évolution subaiguë, terminé par la guérison et paraissant devoir se rattacher à une encéphalite léthargique. — M. E. Ausset (de Lille). Il s'agit d'un enfant de 10 ans qui au début d'avril 1920 est pris de fièvre violente, avec délire et excitation intenses. Au bout de 3 ou 4 jours ces phénomènes cessent, mais l enfant s'endort à tout instant, le 12 avril hémiparésie des membres du côté droit et de la face du côté opposé; au 16 mai la paralysie du facial est incomplète et les mouvements des globes oculaires normaux, le membre supérieur présente de la parésie avec incoordination, le membre inférieur est immobile, le malade le traîne, le malade s'endort à tout instant. La ponction lombaire montre un liquide clair qui présente 7 leucocytes par millimètre cube avec 6,5 p. 100 de polynucléaires, le malade traité par l'urotropine et un abcès de fixation qui amène une réaction intense, guérison progressive qui n'est complète que fin juillet. L'auteur pense que le diagnostic d'encéphalite de la région protubérantielle antérieure, et, à cause de l'hypoesthésie alterne, atteinte de la grosse racine du trijumeau, n'est pas douteux.

M. Comby croit que les encéphalites aiguës léthargiques ou non sont susceptibles des localisations les plus variées. Il s'élève contre l'emploi de l'abcès de fixation, moyen qui n'est pas inoffensif dans l'encéphalite aiguë. Il l'a vu employer même dans la polyomyélite à la forme paralytique. Il proteste contre cette thérapeutique barbare tant qu'on n'a pas fait la preuve de son efficacité.

M. Guinon. L'encéphalite peut donner lieu à tous les syndromes possibles; forme glosso-labio-laryngée (publiée en 1916), cas à formes ataxiques. Il déclare qu'il n'a pas eu à se louer des résultats de l'abcès de fixation dans les cas d'encéphalite.

M. Ausset croit que l'encéphalite dans sa forme léthargique n'est qu'une variété de localisation de la polyomyélite. Il n'a pas l'expérience des abcès de fixation dans l'encéphalite, mais dans des pneumonies et broncho-pneumonies de l'enfance d'aspect désespéré, il a eu de bons résultats.

M. Comby proteste car le pronostic de la broncho-pneumonie de l'enfance est souvent impossible à établir et on voit des moribonds qui guérissent sans abcès de fixation, on ne peut donc rien affirmer sur leur action.

M. Dufour demande à M. Comby s'il croit à la valeur de la non formation ou de la formation de l'abcès de fixation comme élément de pronostic, dans les infections. Pour lui cette valeur dans la constatation d'un état n'est pas douteux.

M. Comby n'a pas d'opinion sur ce point.

Trois cas de chorée d'origine syphilitique. — M. Cassoute (de Marseille) a vu 1 cas de chorée aiguë et 2 cas de chorée chronique avec Bordet-Wassermann positif, guéris par les injections d'arsénobenzol, dans l'observation 2 la réaction était rapidement devenue négative.

M. Guinon fait remarquer que l'hérédo-syphilis est si fréquente que tout ce qu'on peut conclure de la présence d'une réaction positive chez un choréique, c'est que c'est une chorée chez un hérédo-syphilitique. M. Barré a soigné dans son service des chorées par du néo-salvarsan et M. Guinon n'a pas vu que l'action fut plus efficace qu'avec n'importe quel arsenical, la liqueur de Boudin par exemple.

M. Merklen s'étonne que la réaction de positive ait pu devenir négative après plusieurs injections, cette modification de la réaction est rare et très lente. Le Bordet-Wassermann est une réaction délicate et où le facteur personnel joue un grand rôle.

Un cas de vaccinothérapie éberthienne dans la fièvre typhoïde, guérison au 13e jour. — M. Cassoute (de Marseille) chez un des 3 choréiques précédents au cours de la cure d'arsenobenzol il se déclara une fièvre typhoïde qui fut traitée avec du vaccin iodé, chute de température quelques jours après, guérison en 13 jours.

M. Guénon a soigné avec MM. Méry, Prosper, Emile Levy, des cas de fièvre typhoïde avec le vaccin de Vincent. Il a vu des réactions avec hypotension et collapsus inquiétants. Il n'a pas l'expérience du vaccin spécial employé par M. Cassoute.

M. Barbier et M. G. Hallé font remarquer que la courbe n'est pas démonstrative, la défervescence a commencé 8 jours après la vaccinothérapie.

M. Dufour a vu un cas de fièvre typhoïde chez un tabétique soigné par l'arsenobenzol, et qui a fait 3 rechutes, ce qui montre que cette médication n'atténue pas le virus éberthien.

Pour la vaccinothérapie de la fièvre typhoïde dont il a l'expérience, il faut ne pas tenir compte du jour d'entrée à l'hôpital et rechercher le jour réel de début de l'affection pour comparer la durée de manière efficace. C'est ainsi que le malade de M. Cassoute a guéri 13 jours après son entrée à l'hôpital mais il avait 40° le jour de son entrée et était au 7e ou 8e jour, sans doute, ce qui au total fait bien près des 21 jours classiques.

MM. Variot et Lantuéjoul présentent des pièces d'os du crâne de nouveau-nés atteints de céphalématome. Ces os vus par transparence montrent des pertuis vasculaires très nombreux, cette dysostose osseuse explique l'hémorragie.

M. Appert. L'encéphalématome est dû au décollement du périoste, et ce décollement existait dans la pièce présentée comme le montre le bourrelet d'ossification au pourtour de l'encéphalématome, l'aspect en question ne lui semble pas se distinguer de celui des os d'enfants du même âge.

L'école en plein air sur les fortifications de Paris. — M. Génévrier. Pendant l'été 1920, M. Dufestel dans le XXe arrondissement, M. Génévrier dans le XVIIe avec le concours de l'Union des femmes de France ont organisé pour 2 groupes de 60 enfants chaque, enfants malingres, porteurs d'adénopathies, n'ayant pas trouvé à se loger dans des colonies scolaires, l'école en plein air sur les fortifications. Partis le matin en autobus, déshabillés à l'arrivée, couverts d'un simple maillot, ils faisaient de la cure solaire, 4 heures de jeux par jour, une sieste, le déjeuner et le goûter leur étaient servis, quelques travaux de couture ou de terrassement, douche froide le soir. En 2 mois ils étaient aussi bronzés qu'au bord de la mer, l'augmentation a été de 1.500 g. le 1er mois, à peu près nul le 2e mois, le périmètre thoracique a augmenté de 2 à 3 cm. Le prix de revient pour 1 groupe de 60 enfants a été de 5.000 fr. L'auteur montre combien avec peu de dépenses on peut arriver à tirer parti des espaces libres de la zone parisienne.

LIVRES NOUVEAUX

La Cure de diurèse (1), par le Dr Charles Ricard-Pomarède, lauréat de la Faculté de médecine, médecin-consultant à Capvern.

Ce livre, sous son faible volume, constitue cependant une étude systématique et bien conduite de la diurèse et de ses lois, des modifications qu'y apportent les troubles morbides et des règles qui s'imposent en conséquence dans l'organisation des cures qui se pratiquent surtout dans les stations hydro-minérales. Il s'adresse donc de préférence aux médecins traitants, mais tous, malades et médecins, tireront grand profit de sa lecture, dont le premier résultat sera d'éviter les imprudences. Nous appelons particulièrement l'attention sur le chapitre de la technique urologique, fort judicieusement exposée. En revanche, nous nous permettrons de regretter que celui des régimes alimentaires ne soit pas tout à fait à la hauteur des récentes acquisitions de la diététique.

J. L.

Le Diabète sucré. Etudes cliniques, physiologiques, thérapeutiques, par le Dr Marcel Labbé, professeur de pathologie générale à la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital de la Charité. Un vol. de 3 6 pages avec 8 figures hors texte. — Prix net : 20 fr. — Paris, Masson et Cie.

(1) 1 vol. in-16 carré de la Bibliothèque des « Actualités médicales ». — Paris, 1920, J.-B. Baillière.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

AVIS

Nous prévenons nos lecteurs que la Poste est **seule responsable** *des nombreuses irrégularités qui se produisent en ce moment dans la distribution du journal.*

Nous prions instamment nos abonnés de bien vouloir continuer à nous adresser leurs plaintes afin que nous puissions les transmettre à l'administration des Postes.

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 10 novembre. — MM. Pasquier et Le Goulm, 7; Gasiglia, 5; Hériard, 6; Bonnecaze, 13; Delotte, 6; Rousseau (Pierre), 12; de Peretti della Rocca, 11; Mlle Déjerine, 13.

Séance du 12 novembre. — MM. Delmas, 12; Cogné, 5; Comet, 7; Surmont, 8; Durand (Jean), 6; Ménard, 8; Longèpierre, 11; Carréga, 9; Mlle Wolff et M. Génin, 10.

Anatomie. — Séance du 12 novembre. — MM. Tisné, 13; Leplat (Georges), 11; Cerné, 8; Moreau et Sabadini, 7; Ferrier (Louis), 12; Desprairies, 7; Cayla et Bartet, 9; Metzger, 11.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Anatomie.* — Séance du 13 novembre. — Question donnée : « Nerf sciatique poplité externe et ses branches. »

MM. Duval, 10; Besançon, 18 1/2; Coffin, 7; Courtois, 8; François, 7; Gillet, 12; Escande, 14; Colin (André), 10; Bertazzi, 9; Baconnet, 16; Burnouf, 12; Bucquet, 9; Couturat, 19; Bouvier, 16; Bourdin, 17.

Pathologie. — Séance du 10 novembre. — Question donnée : « Emission sanguine. Thérapeutique, indications et modes opératoires. »

MM. Leleu, 12; Le Blay, 15; Lemaire, 18 1/2; Mlle Le Grand, 16; MM. Launay, 18; Lebon, 19 1/2; Lacan, 15; Lortsch, 16; Lefèvre (Pierre-Marie), 14; Lacroix (Louis), 12; Leviez (Jean), 14; Manin, 13; Mahé, 14; Lefèvre (Pierre-Charles), 5 1/2; Marino, 8 1/2; Malpart, 10; Lévy-Neumand, 19; Mlle Labat de Lambert, 15; M. Jalenques, 15 1/2 Mlle Levin, 18 1/2; M. Imbert, 19; Mlle Maas, 18.

Séance du 13 novembre. — Question donnée : « Fractures de jambes à la partie moyenne. »

MM. Weil, 15; Mackiewicz, 10; Jourdan, 7; Lecœur (Marcel), 16; David (M.), 17; Rappoport (Léon), 12; Michaud et Trolle, 15; Lançon, 10; Salmon (Robert), 15 1/2; Lichtvitz, 17; Mlle Perrain, 9; MM. de Manet, 12; Mondet et Quereilhac, 16; Duval et Touchard, 14.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — *Concours de prosectorat.* — MM. les Drs Lasserre et Dubecq sont nommés prosecteurs titulaires; M. le Dr Arnould, prosecteur adjoint.

— *Concours d'adjuvat.* — MM. Massé, Claoué et Magnant ont été nommés aides d'anatomie titulaires; M. Perseguers est nommé aide d'anatomie adjoint.

LÉGION D'HONNEUR. — Le *Journal officiel* du 11 novembre 1920 publie un décret réglementant le port des différentes décorations françaises et étrangères.

Les décorations françaises doivent être portées dans l'ordre suivant : Légion d'honneur, médaille militaire, croix de guerre, médaille de la Victoire, ordres coloniaux, médailles commémoratives, décorations universitaires, mérite agricole, médailles d'honneur.

Les décorations étrangères sont portées à la suite et à gauche des décorations françaises sans ordre imposé.

— Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

GUERRE. — (Réserve.) *Au grade de commandeur.* — M. le Dr J. Bœckel (de Strasbourg).

Au grade d'officier. — MM. les médecins-majors Peyret, de Burine et Vidal.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors Thivet, Lefèvre, Baraillaud, Bonan, Cochez, Guilleminot, Gieur, Savariaud, Dethan, Ruel de Sourouvre de Guefosse, Thubert, Beaujeu, Tassin, Labbé (Henri), Fiocre, Ollivier, Spire, Cardot, Guéniot, Nespoulous et Baudouin.

MARINE. — (Active.) *Au grade de commandeur.* — M. le médecin général de 2e classe Labadens.

Au grade d'officier. — MM. les médecins principaux Lctrosne, Oudard, Bellile et Dufour.

Au grade de chevalier. — MM. les Drs Lepeuple, Artur, Monnot, Mallein, Breuil et Varaché.

(Réserve.) *Au grade d'officier.* — M. le médecin principal Castex.

Au grade de chevalier. — MM. les Drs Chauchard, André, Le Gall, Calmels, Routier de l'Isle, Raguenaud, Lecourmère, Rogues.

CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES (Clinique Guyon). — HOPITAL NECKER. — M. le prof. Legueu commencera ses leçons le mercredi 17 novembre 1920 à 11 h. et les continuera les vendredis et mercredis suivants à la même heure dans l'amphithéâtre des Cliniques.

Opérations : le lundi de 9 h. 1/2 à 12 heures; le mercredi et le vendredi de 9 h. 1/2 à 10 h. 1/2 avant la clinique.

PATHOLOGIE HISTORIQUE. — M. Cabanès, rédacteur en chef de la *Chronique médicale*, a repris son cours de pathologie historique à l'Institut des Hautes-Etudes de Bruxelles le mardi 16 novembre.

Il traite, cette année, de « l'ascendance et la descendance de Charles-Quint, au point de vue psychopathique ».

Les leçons auront lieu les mercredi 17, samedi 20, mardi 23, mercredi 24, samedi 27 novembre, à 8 h. 1/2 du soir, 67, rue de la Concorde, avenue Louise, Bruxelles.

JURISPRUDENCE

LE NOUVEAU DÉCRET SUR LES FRAIS DE JUSTICE EN MATIÈRE CRIMINELLE (1)

Le décret du 7 octobre 1920, relatif aux frais de justice en matière criminelle, de police correctionnelle et de simple police, après avoir indiqué les règles générales que nous avons analysées dans un numéro précédent de la *Gazette des hôpitaux*, contient des dispositions spéciales afférentes aux allocations attribuées à titre d'honoraires. Ce sont les suivantes :

A. MÉDECINE LÉGALE. — ART. 26. — Chaque médecin régulièrement requis ou commis reçoit à titre d'honoraires :

1° *Pour une visite judiciaire :*

A Paris .... 25 fr.
Dans les villes où siège un tribunal de 1re classe .... 20 fr.
Dans les autres localités .... 15 fr.

2° *Pour une autopsie avant inhumation :*

A Paris .... 80 fr.
Dans les villes où siège un tribunal de 1re classe .... 70 fr.
Dans les autres localités .... 60 fr.

3° *Pour autopsie après exhumation ou autopsie de cadavre en état de décomposition avancée :*

A Paris .... 130 fr.
Dans les villes où siège un tribunal de 1re classe .... 110 fr.
Dans les autres localités .... 90 fr.

4° *Pour autopsie de cadavre de nouveau-né avant inhumation :*

A Paris .... 45 fr.
Dans les villes où siège un tribunal de 1re classe .... 40 fr.
Dans les autres localités .... 35 fr.

5° *Pour autopsie de cadavre de nouveau-né ou autopsie de cadavre de nouveau-né en état de décomposition avancée :*

A Paris .... 60 fr.
Dans les villes où siège un tribunal de 1re classe .... 55 fr.
Dans les autres localités .... 50 fr.

6° *Pour l'examen au point de vue mental dans les cas simples :*

A Paris .... 60 fr.
Dans les villes où siège un tribunal de 1re classe .... 50 fr.
Dans les autres localités .... 40 fr.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 93, p. 1482.

B. TOXICOLOGIE. — ART. 27. — Il est alloué à chaque expert requis ou commis ainsi qu'il est dit ci-dessus :

1° *Pour recherche et dosage d'oxyde de carbone dans l'air ou dans le sang :*

A Paris .... 50 fr.
Dans les villes où siège un tribunal de 1re classe .... 45 fr.
Dans les autres localités .... 40 fr.

2° *Pour détermination du coefficient d'intoxication oxycarbonique :*

A Paris .... 100 fr.
Dans les villes où siège un tribunal de 1re classe .... 90 fr.
Dans les autres localités .... 80 fr.

3° *Pour analyse des gaz contenus dans le sang :*

A Paris .... 100 fr.
Dans les villes où siège un tribunal de 1re classe .... 90 fr.
Dans les autres localités .... 80 fr.

4° *Pour recherche et dosage d'un élément toxique minéral ou de l'acide cyanhydrique dans une substance ou dans un organe autre que les viscères :*

A Paris .... 50 fr.
Dans les villes où siège un tribunal de 1re classe .... 45 fr.
Dans les autres localités .... 40 fr.

5° *Pour recherche et dosage d'un élément toxique minéral ou de l'acide cyanhydrique dans les viscères :*

A Paris .... 100 fr.
Dans les villes où siège un tribunal de 1re classe .... 90 fr.
Dans les autres localités .... 80 fr.

6° *Pour recherche avec essais physiologiques, dans une substance ou dans un organe autre que les viscères, d'un des alcaloïdes courants :*

A Paris .... 50 fr.
Dans les villes où siège un tribunal de 1re classe .... 45 fr.
Dans les autres localités .... 40 fr.

7° *Pour recherche dans les viscères avec essais physiologiques, d'un des alcaloïdes courants :*

A Paris .... 100 fr.
Dans les villes où siège un tribunal de 1re classe .... 90 fr.
Dans les autres localités .... 80 fr.

C. BIOLOGIE. — ART. 28. — Il est alloué à chaque expert requis ou commis pour la caractérisation de produits biologiques dans les cas simples :

A Paris .... 50 fr.
Dans les villes où siège un tribunal de 1re classe .... 45 fr.
Dans les autres localités .... 40 fr.

Au cas de recherches plus complètes ou plus délicates, telles que la détermination de l'origine de ces produits, le magistrat commettant, fixe d'après les circonstances, la taxe qui doit être allouée.

D. RADIOGRAPHIE. — ART. 29. — Il est alloué à chaque expert régulièrement requis ou commis pour radiographie :

Du pied ou du poignet .... 40 fr.
D'un segment de membre .... 60 fr.
D'un membre entier .... 90 fr.
Du tronc ou du bassin .... 100 fr.

Ce tarif est uniforme quelle que soit la résidence de l'expert ou de l'opérateur.

Telles sont les dispositions du nouveau décret qu'il importe de signaler à ceux des médecins ou chirurgiens qui sont ou peuvent être nommés experts.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.





UN AMPLIOMÈTRE ABDOMINAL

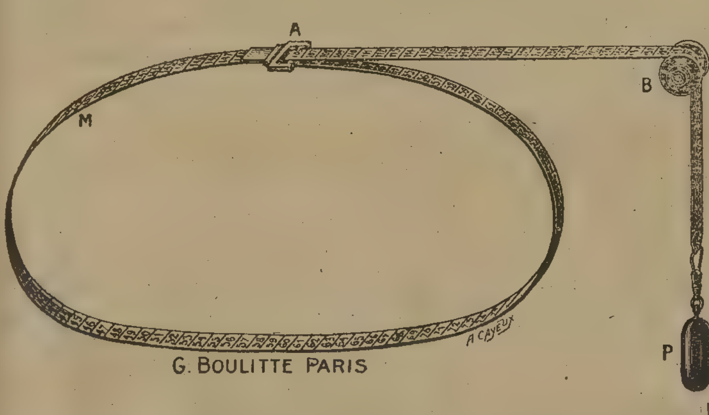
Par M. Roger GLÉNARD,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.
Docteur ès sciences.

Les méthodes de mesure ne sauraient être assez perfectionnées.

On connaît les services rendus journellement par l'ampliomètre thoracique de Robert Foy (1). Cet appareil est constitué par un mètre souple, terminé à une de ses extrémités par un coulisseau métallique sur lequel l'autre extrémité vient se réfléchir. Grâce à l'anneau métrique ainsi formé, l'on peut non seulement mesurer exactement le périmètre thoracique, mais encore en suivre les incursions à chaque mouvement respiratoire.

L'étude du périmètre et de l'ampliation abdominales a échappé jusqu'ici à ce mode de mensuration parce qu'en raison de la dépressibilité du ventre, l'anneau rubané ne peut plus s'appliquer sur un plan rigide comme la cage thoracique; dès lors il se trouve en partie commandé par la traction manuelle, dont les variations s'opposent à toute observation précise.

L'idée originale du nouvel ampliomètre abdominal, dont je propose l'emploi, est de substituer à la traction manuelle, jamais égale à elle-même, un poids fixe (de 200 g. dans l'espèce) accroché à l'extrémité libre de l'ampliomètre de Foy et dont l'influence se transmet au reste du mètre par l'intermédiaire d'une poulie tenue horizontalement à la main.



De sorte que l'appareil entier (figure) se compose de trois parties :

L'ampliomètre (M) de Foy avec son coulisseau (A);

Une poulie (B) susceptible d'être tenue horizontalement à la main;

Un poids (P) de 200 g. muni d'un crochet.

*
* *

Mode d'emploi. — 1° Sur un sujet en décubitus dorsal et placé bien à plat, on passe l'ampliomètre, à même la peau, et en ceinture autour de l'abdomen, de manière à ce que le coulisseau s'établisse sur la ligne médiane, au niveau de l'ombilic;

2° On accroche le poids à l'extrémité libre du mètre souple;

3° On fait réfléchir la partie libre de ce dernier sur la poulie tenue par deux doigts maintenant horizontalement son axe débordant et on note le numéro du centimètre qui sort franchement du coulisseau, au niveau de l'abdomen, lorsqu'on laisse le poids donner librement son maximum de traction.

Trois chiffres peuvent être recueillis : le premier, lu directement, indique le périmètre de l'abdomen au repos.

Si l'on veut pousser plus loin l'examen, on dit au malade de *faire gros ventre* à la fin d'une inspiration profonde, et on note le numéro sortant du coulisseau, puis on prie le sujet de faire le *ventre le plus creux possible*, comme pour mettre un corset, faire taille fine, en « avalant » le ventre dans la poitrine à la suite d'une expiration profonde, ot on note à nouveau (1).

On a, de cette façon, deux chiffres extrêmes, d'une constance assez fixe et dont l'écart indique la puissance de gonflement et de rétractibilité du ventre, constituant ainsi le *coefficient différentiel d'ampliométrie abdominale*.

Résultats obtenus. — *Mesure du périmètre abdominal.* — Ce nouvel appareil est le seul qui puisse permettre de mesurer le contour abdominal d'une manière précise, car il élimine le coefficient si variable de la traction manuelle agissant sur la paroi essentiellement dépressible de l'abdomen.

Aussi, dans certains cas où des mesures précises seront nécessaires, se trouvera-t-on bien de l'employer, par exemple en cas de gros ventre rachitique, tympanisme, grossesse, tumeurs, péritonite, etc. (2).

Mesure de l'ampliation abdominale. — Les deux chiffres obtenus en faisant faire successivement au malade « gros ventre » et « ventre creux » ont un écart entre eux qui varie de 1 à 15 cm. et plus, suivant l'amplitude du mouvement.

Constant à peu de chose près, au cours d'un même examen, lorsqu'il est pris dans les mêmes conditions [c'est-à-dire dans le décubitus dorsal, l'ampliomètre passant par la partie moyenne de l'abdomen] cet écart diminue lorsqu'on le mesure à l'épigastre, mais reste le même si on l'examine au niveau du bas-ventre, encore qu'il y ait parfois de grandes différences à cet égard suivant les sujets [bedon sous-ombilical de Mathieu (3)].

Le coefficient d'ampliométrie abdominale (c ou CAA) est le même, lorsqu'on examine le malade dans le décubitus latéral droit que dans le décubitus dorsal ($c = 7$); il diminue quand l'observation est faite, le même sujet reposant sur le ventre ou le côté gauche ($c = 6$), la colonne vertébrale dans le premier cas, le foie dans le second, limitant l'expansion abdominale.

Généralement, le coefficient ($c = 7$) augmente dans la situation assise ($c = 8$) et diminue dans la situation debout ($c = 6$).

Il n'y a pas de rapport direct et constant entre le CAA et le volume de l'abdomen $\left[\frac{112}{102}\ c = 10 - \frac{79}{77}\ c = 2\right]$; il n'en existe pas non plus avec le

(1) Robert Foy. Quelques exercices respiratoires à recommander après l'adénoïdectomie, *Bull. de la Soc. de laryngol.*, 1914.

(1) L'expérience montre qu'on n'obtient pas un résultat bien différent en faisant faire la manœuvre du ventre en inspiration forcée et maintenue : l'air contenu dans la poitrine est trop compressible pour cela.

(2) Il pourra être indiqué, dans des conditions exceptionnelles, de recourir à un poids plus léger, pour une même série d'observations, chez les enfants ou en cas de grande sensibilité abdominale, etc.

(3) Albert Mathieu. Diminution de la tension abdominale et ptoses viscérales, *La Clinique*, 7 fév. 1908.

degré d'ampliation thoracique (AT), ce dernier variant beaucoup suivant les individus [AA $= \frac{72}{68} = 4$ AT $= \frac{86}{78} = 8$, autre sujet AA $= \frac{75}{67} = 8$. AT $\frac{87}{85} = 9$].

Aucun rapport non plus n'existe d'une manière absolue entre le CAA et la pression artérielle, un ventre très souple, c'est-à-dire à coefficient élevé pouvant se rencontrer chez des sujets fortement hypertendus [pression au Pachon $\frac{7}{14}$. CAA $\frac{95}{93} = 2$, autre sujet pression art. $\frac{10}{23}$ CAA $\frac{108}{97} = 11$].

De même, la taille et le poids importent peu, de gros sujets pouvant avoir un ventre souple et inversement. Généralement l'angle xyphoïdien est élargi chez les malades à ventre très tendu, mais ce n'est pas encore là une règle constante.

Si l'ampliomètre abdominal donne des résultats à peu de chose près constants au cours d'un même examen, ceux-ci changent parfois dans de grandes proportions, chez le même sujet, d'un examen à l'autre et suivant les circonstances les plus diverses.

Ces variations qui peuvent s'exprimer par des chiffres précis susceptibles d'être conservés dans l'observation des malades, que signifient-ils?

L'ampliométrie abdominale, que je viens de décrire, est-elle une simple question de jeu musculaire, ou permet-elle d'avoir des renseignements sur la tension abdominale? c'est ce que de courtes considérations physiologiques vont chercher à élucider.

Etude physiologique. — Les deux mouvements « gros ventre » et « ventre creux », dont l'exécution est nécessaire pour obtenir le coefficient d'ampliométrie abdominale, sont composés d'éléments multiples qui peuvent se résumer en deux principaux :

Un *élément actif musculaire*, qui sert à établir les différences de périmètre abdominal.

Un *élément passif viscéral*, formé par la masse des viscères abdominaux, dont le volume peut être considéré comme particulièrement important dans l'espèce (1).

L'élément actif musculaire varie suivant que le sujet fait « gros ventre » ou « ventre creux ».

Le *gros ventre* est produit essentiellement par la contraction et l'abaissement du diaphragme, combinés avec le relâchement de la paroi abdominale.

Le volume du ventre obtenu diffère peu de celui que produit une profonde inspiration abdominale.

Le diaphragme se contracte et pousse en avant la paroi abdominale par l'intermédiaire de la masse intestinale.

C'est dire que pour une consistance donnée de la masse intestinale, l'ampliation abdominale variera en proportion de la force de contraction du diaphragme et de la souplesse de la paroi abdominale.

Le mouvement du *ventre creux* est produit par la contraction des muscles abdominaux (surtout transverse et obliques) d'une part, et d'autre part le relâchement du diaphragme amenant l'ascension des viscères. Celle-ci devient surtout marquée si l'on recourt à la manœuvre de Chilaïdité, par aspiration thoracique du contenu de l'abdomen.

Les résultats dépendent évidemment du volume de la masse intestinale, mais à volume égal, ils sont liés à la force de contraction de la paroi abdominale et dans une certaine mesure, à la bonne élasticité pulmonaire.

Un ptosique fera médiocrement gros ventre par atonie et abaissement diaphragmatique, et ventre creux par atonie de la paroi abdominale; un emphysémateux sera gêné pour bien faire ventre creux.

Ampliométrie et gymnastique abdominale. — Tout ceci revient à dire que, mis à part le volume de la masse intestinale, l'*ampliomètre* peut donner une bonne indication sur la valeur de la sangle abdominale et du diaphragme, comme force et comme élasticité. Un coefficient élevé d'ampliométrie abdominale (15 par exemple) est un indice avantageux de développement physique.

Certains acrobates arrivent à des résultats remarquables, témoin cet « homme squelette » qui réussissait à ce point à avaler son ventre que la paroi abdominale antérieure arrivait presque à toucher la colonne vertébrale (1). Les pratiques voluptueuses de la « danse du ventre » en sont un autre exemple dans un sens opposé.

Donc l'ampliométrie abdominale constitue une bonne méthode de mesure de nature sportive, dont on peut améliorer les résultats par la gymnastique (2).

L'élément passif viscéral a un volume qui dépend :

Du volume séparé de chacun des viscères abdominaux, estomac, intestin surtout, avec les gaz et les liquides qu'ils contiennent;

Du volume des viscères pleins, foie, rate;

De la tension portale;

De tout élément anormal surajouté (grossesse, kyste, tumeur, ascite, etc.).

La masse viscérale est un élément passif dans l'ordre de faits qui nous occupe, les variations de sa compressibilité sont anihilées par la fixité du poids tracteur de l'ampliomètre.

Si le volume de cette masse est très développé, le « gros ventre » sera marqué, mais le « ventre creux » ne se fera pas librement et l'écart entre les deux chiffres en sera limité d'autant.

Si au contraire il y a hypotension abdominale, comme dans les cas de sténose intestinale avec corde colique, qui caractérisent l'entéroptose, le « gros ventre » se fera mal, car le globe viscéral manque de fermeté pour transmettre à la paroi abdominale la pression de la contraction diaphragmatique, qui elle-même est devenue bien faible par suite de l'abaissement préalable du centre phrénique (Phrénoptose) (3). Le ventre creux se fera au contraire facilement si la tonicité musculaire abdominale se trouve développée.

C'est en cas de volume viscéral moyen que les conditions se trouvent les meilleures pour un gros écart.

Ampliométrie et tension abdominale. — L'ampliomètre à poids constant nous donne-t-il la mesure

(1) Paul Carnot et Roger Glénard. Les gymnastiques viscérales. Gymnastique gastrique, *Paris méd.*, 17 janv. 1914; — Gymnastique intestinale, *Paris méd.*, 28 mars 1914.

(1) Frantz Glénard. *Les Ptoses viscérales*, 1899, p. 538, Paris, Alcan.

(2) Roger Glénard. Manière pratique de formuler la gymnastique de chambre, *Paris méd.*, 29 nov. 1919.

(3) Frantz Glénard. De la phrénoptose, *Revue des mal. de la nutrition.*

exacte de la tension abdominale? telle est la difficile question qu'il nous reste à envisager.

Il est peu de signes physiques aussi délicats à enregistrer que cette tension, c'est-à-dire l'état d'équilibre qui existe entre le contenu abdominal et la capacité des parois qui l'entourent : on sait que cette tension n'est en rapport ni avec le volume de l'abdomen, ni avec la tension individuelle des différents organes creux intraabdominaux, et que d'autre part, elle est essentiellement changeante.

On emploie couramment les termes de ventre tendu, ballonné, météorisé, ventre pâteux, mou, flasque sans qu'aucun mode de mensuration permette de comparer les cas entre eux, et de suivre avec précision chez un même malade, les modifications fréquentes qui se présentent à ce point de vue.

On apprécie la tension d'après le plus ou moins de facilité qu'on a à palper le contenu de l'abdomen et à le mobiliser latéralement et surtout verticalement. On mesure le périmètre abdominal au repos, ce qui n'a aucun rapport avec la tension, on recherche les tensions intragastrique et intra-intestinale, ce qui est indifférent dans l'espèce. M. Mazeran (1) a préconisé un tensimètre à ressort. M. Carnot (2), dans un cas d'ascite avec ombilic saillant, a pu suivre l'évolution de la tension abdominale avec un dispositif particulier. En pratique rien n'existe (3).

Aussi les renseignements donnés par l'ampliomètre méritent-ils d'être examinés de très près.

A égalité de force musculaire et d'habileté gymnastique, il est incontestable qu'il existe un rapport entre l'ampliométrie et la tension abdominale, mais nous allons voir que *ce mode d'examen ne peut fournir, d'un individu à l'autre, de méthode de mesure absolue* à cet égard.

Trop d'éléments disparates interviennent. La principale cause d'erreurs vient de ce que les chiffres maxima obtenus pour le coefficient ne correspondent pas à l'hypotension supposée la plus accentuée. Celle-ci est produite apparemment par le plus fort degré de ptose viscérale. Mais dans ce cas, nous l'avons vu, le ventre ne peut être fait ni très gros, par suite de la phrénoptose, ni très creux par suite de l'atonie de la paroi. La différence entre ces deux extrêmes sera moins forte que chez tel sujet, qui joindrait à un volume viscéral moyen, une musculature supérieurement développée.

La palpation, toutefois, elle-même expose souvent à des erreurs au point de vue de la tension abdominale. Certains sujets raidissent inconsciemment leur paroi musculaire qui, dès lors, fait obstacle à toute exploration viscérale; l'ampliomètre, en montrant la possibilité d'un écart, dont le coefficient atteignait 11 cm. chez un de mes malades de cette sorte, paraît s'approcher davantage de la vérité.

Il ne conviendra donc d'attacher une valeur absolue aux chiffres observés d'un malade à l'autre que sous bénéfice d'inventaire, la discussion des différents éléments qui les conditionnent n'étant pas, du reste, sans intérêt, pour la sagacité des chercheurs.

(1) Mazeran. Quelques réflexions sur la tension abdominale à propos d'un nouvel appareil, le tensimètre abdominal, *Soc. d'hydrol.*, 5 déc. 1910.

(2) P. Carnot et Baufle. Sur un procédé simple pour déterminer la tension ascitique, *Paris méd.*, 1913.

(3) Georges Guénaux. Valeur séméiologique des différents procédés d'exploration externe du tube digestif, *Thèse de Paris*, 1912 (bibliographie).

* * *

Par contre l'ampliomètre prend une *réelle valeur dès qu'on veut suivre, chez le même individu, les variations de la tension abdominale.*

En effet, dans ce cas, si les chiffres donnés par l'ampliomètre annoncent des différences marquées au bout d'un court espace de temps, comme l'élément musculaire n'est pas susceptible de changer aussi vite, force est bien d'en attribuer la cause à des modifications subies par l'élément viscéral.

Ces dernières sont fréquentes et souvent fort étendues : elles sont importantes à connaître au point de vue clinique et thérapeutique, et l'ampliomètre abdominal permet de les suivre avec une assez grande précision.

Cet appareil mérite d'être employé dans les cas d'hypertension et surtout d'hypotension abdominale souvent aussi intéressants. Il aidera à démêler, à certaines occasions, la part des gaz gastro-intestinaux (1) (aérophagie, fermentations), des réactions péritonéales, de la tension portale, du système neuro-musculaire [grossesse nerveuse, gros ventre de guerre (2)], ainsi que l'influence de certains aliments (ballonnement après les repas) et des différents agents thérapeutiques.

Il peut être fort utile de conserver les traces des variations de la tension abdominale; ne sont-elles pas d'observation courante?

L'ingestion préalable de haricots peut rendre impossible la palpation profonde de l'abdomen dans les heures qui suivent. Un purgatif bien approprié, d'autres fois la belladone, peuvent agir rapidement sur la souplesse du ventre. Il est très fréquent de constater au bout de quelques jours de traitement à Vichy, une diminution sensible du météorisme abdominal par dégagement de la congestion du foie qui formait obstacle à la libre circulation portale.

L'ampliomètre abdominal rendra service dans toutes ces occasions.

* * *

Conclusions. — La substitution de la traction par un poids constant à la traction manuelle si variable, permet d'utiliser l'ampliomètre thoracique de Robert Foy pour la mesure du périmètre abdominal.

Le nouvel appareil se compose de trois pièces détachées : 1° l'ampliomètre souple à coulisseau métallique; 2° un poids de 200 gr. muni d'un crochet qu'on pend à l'extrémité libre du centimètre, après en avoir établi la boucle autour de l'abdomen; 3° une poulie dont on tient horizontalement à la main l'axe débordant, et sur laquelle vient se réfléchir cette extrémité libre.

On note le numéro du centimètre qui sort franchement du coulisseau au niveau de l'ombilic.

L'ampliomètre abdominal permet de mesurer d'une façon précise le pourtour du ventre, malgré sa dépressibilité, et de suivre les changements qu'il subit à l'état normal et pathologique.

Mais en établissant successivement le périmètre du ventre fait *le plus gros*, puis *le plus creux* possible, on enrichit la séméiologie d'une nouvelle méthode d'observation. L'écart entre les deux chiffres obtenus constitue le coefficient d'ampliométrie

(1) P. Carnot. Sur l'origine des gaz digestifs, *Progrès méd.*, 23 nov. 1907.

(2) Deneschau. Les phréno-névroses. Gros ventre de guerre ou ventre accordéon, *Presse méd.*, 2 janv. 1919.

abdominale, dont les variations sont en rapport direct avec le degré de souplesse du ventre.

Cet écart est commandé par un double facteur, élément actif musculaire, élément passif viscéral. A égalité de volume viscéral, le coefficient d'ampliométrie abdominale est fonction du développement musculaire qui peut être favorisé par la gymnastique ; à égalité d'entraînement musculaire, il renseigne sur la *tension abdominale*.

Par suite de la multiplicité des éléments (musculaires et viscéraux) dont il est composé, le coefficient d'ampliométrie abdominale AA ne peut être considéré comme exprimant, d'un individu à l'autre, le degré absolu de la tension abdominale.

Mais *chez le même sujet* et à intervalles rapprochés, l'élément musculaire variant peu, l'ampliomètre abdominal acquiert une valeur non douteuse à ce point de vue et méritera d'être utilisé toutes les fois qu'on voudra suivre d'une façon précise, les variations de la tension abdominale.

LETTRE D'AMÉRIQUE

La France a maintenant un ministère de l'Hygiène. Nous n'avons pas encore à Washington le Département fédéral de Santé Publique, si ardemment souhaité. Mais cela ne signifie pas que l'hygiène soit négligée aux Etats-Unis. Au contraire, on peut dire qu'elle y est probablement le : « Sésame, ouvre-toi » le plus puissant et le plus efficace que l'on puisse invoquer, lorsqu'on peut y avoir recours, pour aplanir certaines difficultés et longueurs administratives ou judiciaires. Ce qui frappe le plus dans les organisations sanitaires américaines, c'est la diversité et l'étendue des pouvoirs que la loi leur confère. Et, pourvu que l'application en soit faite de bonne foi, lesdits pouvoirs sont toujours interprétés de la façon la plus large par les tribunaux en cas de contestation. L'Amérique n'a point oublié que les résultats splendides des deux plus grandes entreprises sanitaires à son actif, le nettoyage de Cuba et celui de Panama par Gorgas, ont été obtenus par l'action directe, l'autorité quasi dictatoriale et la réduction au minimum des formalités. En fait, s'il est un domaine dans lequel il faille accorder à des hommes, choisis pour leur compétence et leur honnêteté, une latitude très considérable, c'est bien l'hygiène publique.

En l'absence d'un département fédéral, l'application de l'hygiène incombe aux différents Etats et aux municipalités, qui jouissent d'une complète autonomie administrative à l'intérieur de l'Etat. Il en résulte un certain manque d'uniformité, si l'on envisage le pays dans son entier ; par exemple, quatre des Etats n'ont point encore de statistiques vitales régulièrement organisées : une dizaine ont des lois exigeant un certificat de santé pour le mariage, mais comme, le plus souvent, les Etats avoisinants n'en ont pas, ceux qui ne pourraient obtenir le certificat s'arrangent pour passer la frontière. Mais l'on peut remarquer que les territoires à organisation sanitaire rudimentaire sont des régions rurales à faible densité de population, où les conditions de vie au grand air contrebalancent en partie les désavantages du manque d'hygiène scientifique. Dans toutes les agglomérations un peu importantes, le service sanitaire est bien équipé et d'efficacité incontestable.

Dans une grande ville comme New-York, où s'entasse dans beaucoup de quartiers une population hétérogène d'immigrants dont l'Européen a peine à se faire une idée, le « *Department of Healt* » est une organisation très forte, très active, qui ne harcèle en rien les médecins et leurs malades, mais, au contraire, les aide de toutes les façons possibles ; mais qui est toujours prête à intervenir dans tout ce qui touche, de près ou de loin, à la santé publique ; qui, de plus, a les moyens de se faire obéir promptement.

Le « Department of Health » de New-York a à sa tête un commissaire, nommé par le maire de la ville, aidé d'un nombreux personnel, médecins, infirmières, inspecteurs, commis, rédacteurs, officiers de police. Ses principaux bureaux sont : la statistique, les maladies infectieuses, l'inspection des denrées alimentaires, l'hygiène industrielle, l'hygiène des enfants, les laboratoires. Il dirige aussi plusieurs hôpitaux et cliniques pour maladies spéciales.

C'est lui qui reçoit toutes les déclarations de naissances et de décès, délivre les permis d'inhumer et les certificats de naissance, sous forme de reproduction photographique du certificat unique envoyé par le médecin ou la sage-femme, sans que les parents de l'enfant aient à se déranger pour quoi que ce soit. De même, le permis d'inhumer est délivré à l'entrepreneur de pompes funèbres sur production du certificat de décès rempli par le médecin, sans que la famille ait à faire de déclaration quelconque. Ce certificat de décès toutefois doit contenir tous les renseignements, être précis sur les causes de la mort et se conformer à une nomenclature officielle des causes de mort. Tout certificat qui n'est point jugé suffisamment clair est renvoyé au médecin et, pour certaines maladies, un questionnaire supplémentaire est envoyé, même si le certificat est accepté. Par exemple, en cas de cancer, le questionnaire demande si le diagnostic était purement clinique ou confirmé par le laboratoire, s'il y a eu opération ou non, si l'opération était palliative ou radicale, combien la maladie a duré, etc... Avec toutes ces données, le bureau compile les statistiques hebdomadaires, qui sont publiées, avec d'autres renseignements intéressants, dans le Bulletin qui est envoyé, gratis, à tous les médecins de la ville.

Le bureau des maladies infectieuses agit en harmonie complète avec la division du diagnostic. Toutes les maladies infectieuses, comme aussi toutes les maladies professionnelles, doivent être déclarées : paralysie infantile, anthrax, blennorrhagie, choléra, diphtérie, dysenterie, méningite cérébrospinale épidémique, morve, ankylostomiase, lèpre, paludisme, rougeole, oreillons, fièvre typhoïde et paratyphoïde, peste, septicémie puerpérale, influenza, pneumonie, tuberculose pulmonaire, rage, rubéole, scarlatine, syphilis, variole, ophtalmie purulente, tétanos, trachome, trichinose, encéphalite léthargique, méningite tuberculeuse, typhus varicelle, coqueluche, fièvre jaune, etc. Cette liste, que je donne à dessein, pour en montrer la longueur, s'allonge rapidement, par un processus très simple ; le comité, à une réunion, prend une résolution plaçant telle ou telle maladie parmi les affections à déclarer ; la résolution est publiée dans le Bulletin, et c'est tout. Les maladies de la liste qui précède sont déclarées sur cartes postales imprimées, fournies gratuitement au médecin ; les maladies vénériennes sont déclarées sous pli fermé. La non-déclaration des maladies contagieuses entraîne une amende de 100 dollars.

La division du diagnostic met à la disposition des médecins ses laboratoires pour examens bactériologiques nécessaires, réactions d'agglutination et de fixation de complément, examens de liquide céphalo-rachidien, de crachats, etc. Dans un très grand nombre de pharmacies de la ville sont installées des boîtes où les médecins peuvent venir chercher les tubes de culture ou autres et déposer les produits à examiner. Ces boîtes sont visitées à heure fixe : les résultats de l'examen sont communiqués au médecin, en cas d'urgence (diphtérie, méningite cérébro-spinale, poliomyélite) par téléphone et confirmés par lettre; dans les cas moins urgents (tuberculose, Wassermann) par lettre seulement. Les laboratoires du Department of Health fabriquent aussi les sérums et vaccins jugés utiles : diphtérie, coqueluche, anthrax, pneumonie. Ceux-ci sont fournis gratuitement pour les pauvres, au prix coûtant pour les autres. La division du diagnostic comprend encore un corps de diagnosticiens experts, que tout médecin peut appeler dans les cas douteux ou suspects de maladie contagieuses. Ce service est absolument gratuit, quelle que soit la situation pécuniaire du malade. Une fois le diagnostic fait, le diagnosticien s'efface absolument. En cas de maladie contagieuse dangereuse, qui, toutefois, n'entraîne pas le transfert d'office à l'hôpital, le Department of Health colle sur la porte de la maison ou de l'appartement une petite affiche indiquant la nature de l'affection et la quarantaine établie. Il est interdit de toucher à cette affiche, qui est enlevée par les inspecteurs au temps fixé. La désinfection terminale (encore une fonction du Department of Health) a été abandonnée à New-York pour la plupart des maladies : elle n'existe plus guère que pour la scarlatine et la tuberculose.

L'inspection des produits alimentaires est très importante dans une ville comme New-York, où les provisions viennent très souvent de plusieurs milliers de kilomètres. Il y a peu de chose à dire pour la viande, soumise à l'inspection fédérale et transportée dans des wagons frigorifiques fort bien installés; mais les légumes venant du Sud ou de Californie sont quelquefois soumis à des délais en chemin et arrivent en mauvais état. Mais c'est surtout sur le lait que les règlements sont rigoureux. Sont seuls admises à envoyer du lait à New-York les laiteries qui satisfont à certaines conditions sanitaires imposées : les laits sont classés suivant leur contenu bactérien et la surveillance est incessante. Toute personne qui manipule les matières alimentaires dans un restaurant, une boulangerie, une confiserie, doit obtenir chaque année du Department of Health un certificat constatant qu'il est indemne de certaines maladies contagieuses, telles que la tuberculose, le trachome, la blennorrhagie, la syphilis avec lésions actives. On s'efforce particulièrement de dépister les porteurs de bacilles typhiques. Ceux-ci doivent promettre de ne pas travailler là où ils auraient à manier des produits alimentaires. S'ils ne veulent pas promettre, ou violent leur promesse, ils sont hospitalisés et détenus jusqu'à ce que leurs bacilles aient disparu, ou, ce qui est plus fréquent, jusqu'au moment où ils acceptent de se soumettre aux conditions imposées.

L'inspection sanitaire des écoles s'occupe non seulement des bâtiments et des conditions générales, mais de chaque enfant en particulier. Ceux atteints d'affections contagieuses (tuberculose, trachome) sont exclus des écoles ordinaires et envoyés dans des écoles spéciales; ceux qui sont arriérés sont examinés par des psychologistes et classifiés; ceux qui présentent des imperfections physiques non contagieuses et remédiables (mauvaises dents, vision défectueuse, lésions cardiaques, hypertrophie des amygdales, végétations adénoïdes ne sont point exclus de l'école, mais les parents sont avisés par écrit autant de fois qu'il est nécessaire pour obtenir un résultat.

La division d'hygiène industrielle s'occupe de l'inspection des ateliers et de la déclaration des maladies professionnelles, ainsi que de leur prévention.

En dehors de ces fonctions d'importance majeure, le Department of Health s'occupe de bien d'autres choses, en fait de tout ce qui touche, de près ou de loin, à la santé publique. Et, dans une grande ville moderne, qu'est-ce qui n'y touche pas? C'est ainsi qu'il interdit l'emploi de certains locaux comme habitation, parce que la lumière et la ventilation y sont insuffisantes; qu'il poursuit les propriétaires qui trouvent qu'il coûte trop cher de tenir leur maison propre, ou de chauffer convenablement leurs locataires, ou de faire certaines réparations; qu'il décrète en temps d'épidémie d'influenza que les fenêtres des tramways et des wagons du chemin de fer souterrain et élevé resteront grandes ouvertes, malgré la température et malgré les règles de chauffage établies par d'autres autorités; qu'il intervient dans la crise actuelle du logement et empêche les propriétaires de mettre sommairement à la porte leurs anciens locataires pour en trouver de nouveaux à un loyer considérablement plus élevé. Il a aussi pris en main la question du traitement des habitués d'opium, de morphine, de cocaïne et d'héroïne et a considérablement limité le droit des médecins de traiter ces malades à leur guise.

Tous ces services du Department of Health, ou au moins la plupart d'entre eux, fonctionnent dans les grandes villes de France; mais, probablement, ils dépendent de plusieurs administrations différentes. C'est la valeur de la centralisation qui est mise en relief par l'exemple de New-York, ainsi que l'intérêt qu'il y a à subordonner certains côtés de la liberté individuelle au bien public; et cela, sans que le fonctionnement des règlements soit entaché de tracasserie administrative.

A ceux qui objecteraient qu'un tel système mène à une plus grande intrusion des pouvoirs publics dans la vie privée et à la Socialisation de la médecine, il est facile de répondre que les deux tendances sont inévitables, surtout la dernière. Que l'on aime ou non la socialisation de la médecine, on ne peut nier la tendance qui y mène de plus en plus. La question est de savoir jusqu'où elle ira. A ce propos, il est intéressant de signaler deux projets de loi sur lesquels les assemblées législatives de l'Etat de New-York auront à se prononcer l'hiver prochain. L'un est la création, dans les communautés rurales, des *centres de santé*, où se trouveraient réunis l'équipement de laboratoire et de traitement que chaque médecin de campagne ne peut posséder individuellement. Le second est le projet d'*assurance obligatoire* contre la maladie, analogue au système introduit il y a quelques années en Angleterre. Ce n'est pas la première fois que ce projet vient sur le tapis. Jusqu'à présent il a été rejeté. Les seuls qui plaident vraiment en sa faveur sont les politiciens qui voient là l'occasion de créer des postes nouveaux, nombreux et bien rétribués, pour eux et leurs amis. Les médecins n'en veulent point : les

classes ouvrières, pour l'avantage desquelles le projet est apparemment conçu, n'en veulent pas non plus et préfèrent garder leur liberté d'action en ce qui concerne le choix du médecin. Ce qui montre quel est l'obstacle contre lequel viendra se buter la socialisation de la médecine, à savoir, l'équation personnelle du malade et du médecin. Mais cela ne saurait exister en matière d'hygiène publique qui, en son essence, est impersonnelle.

FAXTON E. GARDNER
(de New-York).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 2 NOVEMBRE 1920)

Effets et constitution des anticorps. — MM. M. NICOLLE et CÉSARI.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 10 NOVEMBRE 1920)

Ablation des cancers du rectum. — M. QUÉNU communique un cas d'ablation d'un cancer du rectum qui a donné une survie de 18 ans.

M. AUVRAY cite un cas dans lequel il a obtenu une survie de 9 ans 1/2 après l'ablation d'un épithélium cylindrique par la voie abdomino-périnéale. Il pense qu'il y a lieu d'étendre de plus en plus les indications de l'abdomino-périnéale, tout en conservant pour certains cas la périnéale. Il faut enlever les ganglions, réséquer, chez la femme, l'utérus, ménager le vagin autant que possible, préférer l'anus iliaque à l'anus périnéal, ce dernier étant suivi parfois d'un rétrécissement ou d'un sphacèle qui est la cause d'une incontinence bien pénible pour les malades.

M. QUÉNU maintient que l'anus périnéal n'est pas plus grave que l'anus iliaque et qu'il ne détermine pas de rétrécissement.

M. HARTMANN partage l'avis de M. Auvray et préfère l'anus iliaque à l'anus périnéal.

Traitement des ulcères perforés de l'estomac ou du duodénum. — M. GRÉGOIRE fait un rapport sur 4 observations adressées par M. Houdard; les deux premières se rapportent à des malades se trouvant dans un état très graves, opérés d'urgence et ayant succombé le lendemain; les deux autres se rapportent à des malades moins gravement atteints, opérés plus tardivement et qui ont guéri; dans ces cas, M. Houdard avait pratiqué une gastro-entérostomie complémentaire. Il faut tenir compte du degré de virulence de l'infection qui a une grande influence sur le pronostic opératoire. M. Grégoire continue à penser que la gastro-entérostomie n'est pas nécessaire dans la plupart des cas.

M. PROUST est de cet avis. Le rétrécissement après la fermeture de l'ulcère est exceptionnel et c'est lui seul qui indiquerait la gastro-entérostomie complémentaire. Il suffit donc de surveiller l'opéré au point de vue de ce rétrécissement et, s'il se produit, on est toujours à temps de recourir à une gastro-entérostomie secondaire.

M. LECÈNE fait observer que, dans les ulcères du duodénum, il faut opérer très largement, ce qui expose à déterminer un certain degré de rétrécissement, c'est à ce point de vue que la gastro-entérostomie complémentaire peut avoir des indications.

M. SOULIGOUX partage l'avis de M. Lecène; quand on opère sur le duodénum, il faut faire une opération large et faire la gastro-entérostomie.

M. PROUST pense qu'on peut se rendre compte facilement s'il y aura ou non rétrécissement. On ne doit donc recourir à la gastro-entérostomie que lorsqu'il y a certitude de rétrécissement.

M. GRÉGOIRE partage la même opinion.

Appareil pour fracture du bras. — M. Anselme SCHWARTZ présente un ingénieux appareil imaginé par M. Séjourné, qui, à l'aide d'un dispositif de tubes de caoutchouc combinés avec un cadre métallique assure l'immobilité du membre, l'extension et la contre-extension et qui, en outre, respecte la liberté complète des deux articulations voisines, cet appareil a donné de très bons résultats fonctionnels, de moins bons résultats anatomiques.

La cholecystentérostomie dans des troubles hépatiques non calculeux. — M. TUFFIER, à propos d'une communication de M. Mathieu sur ce sujet, apporte l'observation d'un homme de 55 ans qui souffrait de la région hépatique, sans ictère. A l'opération, M. Tuffier ne trouve rien d'anormal, il fait alors une gastroduodénostomie et depuis 3 ans, ce malade ne souffre plus. Ce fait vient à l'appui de ceux de M. Mathieu.

M. QUENU, dans un cas analogue, a obtenu le même résultat à l'aide d'un cholecystostomie.

Traitement des appendicites graves. — M. HARTMANN est d'accord avec M. Ombrédanne et il estime qu'une péritonite appendiculaire peut guérir sans drainage. Celui-ci, pour M. Hartmann, n'est indiqué que dans les cas de collection péritonéale purulente abondante. Alors il met un drain pendant 48 heures. Sur 196 opérations urgentes pour péritonite appendiculaire, M. Hartmann a eu 29 décès, soit 13 p. 100.

M. LAPOINTE s'applique, depuis quelque temps, à fermer le ventre le plus souvent possible, à condition qu'il ait pu le débarrasser de tout ce qui pourrait entretenir l'infection; sinon il continue à drainer, aimant mieux placer un drain inutile que d'en supprimer un qui pourrait être très utile. M. Ombrédanne ferme systématiquement tous les cas et sa statistique est impressionnante; cas drainés 67 p. 100 de mortalité, cas non drainés 30 p. 100.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 30 OCTOBRE 1920)

Recherches sur la diffusion des différents sels de syncaïne à travers les membranes imperméables aux sels minéraux. — M. R. THIEULIN. Les différents sels de syncaïne étudiés par l'auteur (chlorhydrate, sulfate, tartrate, acétate, bicarbonate, borate) diffusent plus ou moins vite à travers les membranes de collodion ricinées à 7 p. 100 ou lécithinées à 15 p. 100. Cette vitesse de diffusion suit l'ordre inverse du degré de dissociation électrolytique des acides.

De plus ces acides ne traversent pas ces membranes, la base diffuse, seule, alcalinisant le liquide de dialyse pendant que la solution à dialyser s'acidifie.

L'auteur pense qu'à ces différences de vitesse doit correspondre une inégale rapidité d'action physiologique.

Sur la diffusion du chlorure de sodium à travers les membranes. — M. R. THIEULIN. Le chlorure de sodium en solution aqueuse traverse les membranes de collodion plus ou moins rapidement selon l'épaisseur de ces dernières; mais par addition d'une quantité suffisante d'huile de ricin 7 p. 100 ou de lécithine 15 p. 100, le chlorure de sodium ne diffuse plus, même après 7 jours de dialyse, quelle que soit sa concentration; de même, un sac de collodion enduit d'une couche homogène de cholestérine devient imperméable à NaCl.

Présence de trypanosomes dans des tumeurs cancéreuses observées au Paraguay. — M. LEFAS.

Quelques particularités du phénomène de d'Hérelle. — MM. Robert DEBRÉ, JOUAN, HAGUENAU ont observé le phénomène de d'Hérelle avec le filtrat de selles des malades les plus divers : dans trois cas de dysenterie à bacille de Shiga (sur 6 malades examinés) dans trois cas de fièvre typhoïde (sur 11 malades examinés) dans un cas de diarrhée commune, dans un cancer du tube digestif, dans deux cas de péritonite tuberculeuse, dans un cas de tuberculose pulmonaire sans mani-

festation intestinale. Chez 31 nourrissons par contre (bien portants ou malades, nourris au sein ou lait de vache) le phénomène de d'Hérelle n'a jamais pu être mis en évidence.

Chez les malades atteints de fièvre typhoïde, jamais les auteurs n'ont pu mettre en évidence le ferment lytique vis-à-vis du bacille d'Eberth.

Action de l'alcool benzylique dans la tuberculose expérimentale et sur les globules rouges du sang. — M. J. Jacobson en inoculant aux cobayes les bacilles de Koch mélangés avec l'alcool benzylique n'a relevé aucune trace macroscopique de tuberculose des organes même pas des abcès froids chez des animaux inoculés.

L'alcool benzylique en dilution 1 p. 100 ne provoque pas d'hémolyse des globules rouges.

Pouvoir réducteur des tissus. — M. Roger montre qu'il faut distinguer dans le pouvoir réducteur des tissus deux éléments, un élément chimique et un élément biologique. Le premier persiste après le chauffage à 100° et agit d'autant plus rapidement que la température est plus élevée; son action très lente à 40° est presque instantanée à 100°.

L'élément biologique est un ferment qui est affaibli à 50°, et détruit à 70°. Il a pour effet de permettre au réducteur chimique d'agir rapidement à la température du corps.

Sur la méthode de Lange. — M. Haguenau étudie les raisons qui empêchent la diffusion de la méthode de Lange. Il indique un procédé qui permet l'emploi de solutions d'or qui précédemment étaient rejetées. Il consiste à sensibiliser la solution d'or par une certaine quantité d'électrolytes après étalonnage selon le mode qu'il indique.

(Séance du 6 novembre 1920)

La débâcle hydatique biliaire a-t-elle une valeur curative? — M. F. Dévé. Malgré des exemples incontestables, moins exceptionnels qu'on l'a dit, de guérison spontanée à la suite de débâcles hydatiques cholédoco-vatériennes plus ou moins répétées, il n'est plus guère permis de s'en remettre, en pareille circonstance, au processus curatif naturel, trop aléatoire. L'intervention chirurgicale devra toujours être conseillée dès le diagnostic établi.

Etude comparative de la réaction du benjoin colloïdal et de la réaction de la gomme mastic d'Emmanuel. — MM. G. Guillain, Guy Laroche et P. Léchelle ont fait dans 43 cas une étude comparative de la réaction du benjoin colloïdal et de la réaction de la gomme mastic, en associant cette étude à celle des autres réactions biologiques (réaction de Wassermann, dosage de l'albumine, numération des cellules). Il résulte de leurs recherches que, pour le diagnostic de la syphilis en évolution du névraxe, et spécialement du tabes et de la paralysie générale, la réaction du benjoin est beaucoup plus sensible que la réaction de la gomme mastic, et que, d'autre part, la réaction du benjoin est beaucoup plus fidèle dans les cas de lésions non syphilitiques.

Coagulabilité du sang et hémorragie utérine de la grossesse. Action thérapeutique des injections de peptone. — MM. V. Wallich, P. Abrami et E. Lévy-Solal. Chez une femme enceinte de trois mois et demi, présentant de petites hémorragies durant presque sans arrêt depuis près de deux mois, l'examen du sang permit de constater, avec un appauvrissement globulaire de 3.000.000, de l'anisocytose et surtout une tendance hémophilique avec un temps de saignement de seize minutes.

L'interruption spontanée ou thérapeutique de la grossesse devenait par ce dernier fait très inquiétant; pour remonter le taux de la coagulabilité sanguine, il fut pratiqué une première injection de 5 cmc. d'une solution de peptone à 5 p. 100. Moins de vingt-quatre heures après, le travail se déclarant, une seconde injection de peptone fut pratiquée en deux étapes, à la manière de Besredka, d'abord 3 cmc., puis 17 cmc. une demi-heure après. L'avortement se fit sans aucune hémorragie et 4 heures après l'avortement la coagulabilité était augmentée de moitié et le lendemain des deux tiers.

Il convient donc désormais, dans les hémorragies utérines de la grossesse, de procéder à l'examen du sang pour établir sur des données précises le pronostic et afin de pouvoir remédier par les moyens actuels au défaut de coagulabilité sanguine.

Le pouvoir réducteur des tissus. — M. Roger rappelle que, en soumettant des extraits de tissus à la dialyse, on peut séparer les globulines qui précipitent des sérines qui restent en solution. Ces dernières n'ont aucun pouvoir réducteur. Les globulines conservent une certaine action, mais peu marquée et fort lente. Elles retrouvent leur pouvoir réducteur si on leur rend les sérines du tissu ou si on les mélange avec du sérum sanguin. Les sérines inactives par elles-mêmes permettent l'action des globulines.

Phénomène de d'Hérelle. — MM. Robert Debré et J. Haguenau étudient quelques particularités du phénomène de d'Hérelle. Ils signalent notamment que les dix-sept ferments bactériolytiques qu'ils ont isolés étaient actifs vis-à-vis du bacille de Shiga. Ils indiquent que l'action des ferments est nulle sur une émulsion en eau physiologique de microbes vivants.

Les résultats de la réaction de Lange dans la paralysie générale. — M. J. Haguenau apporte les résultats de l'examen de 41 liquides céphalo-rachidiens provenant de diverses formes de syphilis nerveuse. Il insiste sur le fait qu'il a trouvé une réaction du type dit paralytique 28 fois sur 30 examens portant sur des liquides de paralytiques généraux. Jamais il n'a constaté ce type de réaction dans les autres liquides normaux ou pathologiques. Il y aurait là un moyen très précieux pour faire la discrimination entre la paralysie générale et les autres névraxites syphilitiques.

Recherche du bacille de Koch dans le pus des tuberculoses externes. — M. Nozer. Cette recherche, faite par une technique spéciale, a donné 94 p. 100 de résultats positifs.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(Séance du 15 octobre 1920)

Clou enlevé de la bronche gauche par bronchoscopie supérieure et sténose congénitale de l'œsophage, guéris par l'endoscopie. — M. Jean Guisez. Présentation de deux enfants, l'un âgé de quatre ans auquel l'auteur a enlevé un clou de la bronche gauche par la bronchoscopie supérieure et un autre âgé de six ans atteint de sténose congénitale de l'œsophage.

Ulcère de la petite courbure perforant et extériorisé. Hémigastroctomie. — M. Alphonse Huguier. Femme de quarante ans, blanchisseuse, souffre de l'estomac depuis six ans. Une hématémèse suivie de mœléna trois mois avant l'opération.

La radioscopie montre de la stase gastrique et sur la petite courbure une niche d'Handek typique.

Opération le 23 décembre 1919. Après décollement colo-épiploïque, l'estomac est retourné. Sa face postérieure dans la région de la petite courbure adhère solidement au pancréas, dont on le sépare.

L'estomac rabattu, on le sépare d'une languette hépatique et on sectionne le petit épiploon très épaissi.

Large résection annulaire. La section supérieure est faite à l'union du tiers inférieur et des deux tiers inférieurs de la portion verticale de l'estomac; l'inférieure, sur le canal pylorique à deux travers de doigt à gauche du pylore. On ferme isolément les deux surfaces de section et on termine en 3 minutes par une gastro-entérostomie postérieure au bouton de Jaboulay.

Revue fin septembre 1920 : guérison parfaite.

Hémorragies utérines incoercibles traitées par le radium appliqué immédiatement après le curettage utérin. — M. Peraire rapporte deux observations où la guérison s'est maintenue parfaite grâce à ce procédé, tandis que le curettage utérin simple avait échoué une première fois. Il pense que le radium agit dans ces cas comme il agit dans les troubles vasculaires dus aux angiomes contre lesquels le radium s'est montré si remarquable.

LE SAMEDI 4 DÉCEMBRE 1920

à 14 h. 1/2, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'Administration de l'Assistance publique, à Paris, 3, avenue Victoria, à l'adjudication en un seul lot, et sur soumissions cachetées, de la fourniture des *Bandages, Pessaires, Bas élastiques, etc.*, nécessaires au service de cette Administration pendant l'année 1921. L'importance du marché est évaluée avant adjudication à *150.000 fr.* pour l'année.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'Exploitation de ladite Administration, tous les jours non fériés, de 10 heures à 17 heures.

Dépôt des demandes jusqu'au samedi 27 novembre inclus.

LE SAMEDI 4 DÉCEMBRE 1920

à 14 heures 1/2, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, à Paris, à l'adjudication au rabais et sur soumissions cachetées, de la fourniture des *appareils et instruments de chirurgie en gomme, caoutchouc, verre, etc.*, nécessaires au service des divers établissements de l'Administration, pendant l'année 1921.

1er lot.	*Instrumts en gomme et caoutchouc.*	30 000 f.
2e —	*Id. Id.*	30 000
3e —	*Gants et doigtiers en caoutchouc.*	20 000
4e —	*Articles de caoutchouc*	35 000
5e —	*Thermomètres*	170 000
6e —	*Articles divers*	9 000

(Avant rabais.)

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation, de l'approvisionnement et du matériel, 3, avenue Victoria, à Paris, tous les jours non fériés, de 10 heures à 17 heures.

NOTES POUR L'INTERNAT

SÉMÉIOLOGIE DE L'HÉMIPLÉGIE

L'hémiplégie est un syndrome caractérisé par l'abolition plus ou moins complète de la motilité volontaire dans une moitié du corps, s'accompagnant ou non de troubles de la sensibité et occasionnée soit par un trouble fonctionnel, soit par une lésion organique du faisceau pyramidal depuis son origine corticale jusqu'à sa terminaison. Ceci permet de distinguer déjà à côté des hémiplégies *fonctionnelles*, des hémiplégies *organiques*, et parmi ces dernières des hémiplégies d'origine cérébrale, médullaire et périphérique (polynévrite).

ÉTUDE CLINIQUE. — Nous prendrons comme type de description l'hémiplégie consécutive à une hémorragie cérébrale.

I. — Le DÉBUT varie selon les cas, d'après la brusquerie des accidents qui surviennent; c'est ainsi qu'on peut distinguer un début avec prodromes, un début lent, un début brusque, et un début avec ictus.

1. *Précédé de prodromes*, il s'agit de céphalalgie, vomissements, vertiges, engourdissements dans une moitié du corps, troubles intellectuels, somnolence, tous signes relevant de l'hypertension cérébrale.

2. *Début lent :* en quelques heures ou en quelques jours, le malade assiste à la constitution progressive de son hémiplégie.

3. *Début brusque*, mais sans ictus, pendant la nuit. Le malade se réveille hémiplégique.

4. *Début par ictus apoplectique.* — C'est le tableau clinique le plus fréquent. L'attaque est brutale, et le malade tombe brusquement dans le coma, au cours de ses occupations : il peut y avoir une perte de connaissance absolue ou incomplète avec perte de la motilité et de la sensibilité, perte de l'intelligence. Dans certains cas, ce coma n'est pas total et le malade peut répondre aux excitations fortes. La respiration est stertoreuse, le facies congestionné et vultueux.

Déjà pendant le coma, un examen attentif du malade permet de dépister le côté de l'hémiplégie :

a. Le côté de la face paralysé est flasque : le malade fume la pipe.

b. Il y a de la déviation conjuguée de la face et des yeux qui regardent du côté de la lésion (Vulpian). Mais Landouzy et Grasset ont précisé des lois; 1re loi : lorsque l'apoplexie s'accompagne d'hémiplégie flasque, la tête du malade est tournée de telle façon que ce dernier semble se détourner de ses membres paralysés pour se tourner du côté de sa lésion cérébrale.

2e loi : lorsque l'hémiplégie est accompagnée de contracture, produite par une lésion initiale, le malade semble se détourner de sa lésion cérébrale et regarder au contraire ses membres contracturés.

c. Les *membres paralysés* sont du côté opposé à la lésion cérébrale. Ils reposent lourdement sur le plan du lit. La contracture précoce est en rapport avec l'inondation ventriculaire.

d. Le signe de Babinski est positif du côté paralysé.

e. Abolition du réflexe abdominal du côté hémiplégié.

f. Abolition du réflexe cornéen du même côté.

g. Le réflexe rotulien est aboli.

Enfin, en examinant complètement le malade, on trouve parfois de la polyurie, de la glycosurie ou de l'albuminurie.

Évolution. — Dans les heures ou les jours qui suivent, la maladie peut évoluer de différentes façons :

1° La température qui, parfois était tombée au-dessous de 37° (hypothermie initiale) revient à la normale. Puis, la fièvre s'installe et monte rapidement à 40° (lois de Bourneville); le pouls devient fréquent, la respiration stertoreuse et le malade meurt sans être sorti du coma. Cette mort peut être exceptionnellement subite; parfois elle est rapide, survenant en 24 à 48 heures.

2° D'autres fois le malade, qui est sorti du coma, meurt en quelques jours par suite de complications intercurrentes. Il survient parfois des contractures précoces avec déviation conjuguée de la tête et des yeux regardant les membres contracturés. Ou bien, il se produit une escarre fessière ou sacrée de décubitus acutus et la mort se produit vers le 8e ou 10e jour. Une pneumonie, une broncho-pneumonie de déglutition, une infection urinaire peuvent enlever rapidement ces malades;

3° Le malade sort du coma et survit, c'est la période de réparation progressive (Brissaud). Le coma se dissipe peu à peu; d'abord une sensibilité diffuse est rendue au malade, qui répond à des fortes excitations. La parole est embarrassée; puis la vie redevient plus active et dès lors le malade est et reste un hémiplégique. Cette hémiplégie peut être complète ou incomplète, selon que la paralysie est absolue ou qu'il y a seulement une parésie. Elle est totale ou partielle suivant que la face et les membres d'un côté sont pris en totalité ou pas.

Pendant un certain temps, l'hémiplégie va rester flasque; plus tard pourra se constituer une hémiplégie avec contracture.

II. — PREMIÈRE PÉRIODE : FLACCIDITÉ. — Le malade peut présenter une hémiplégie *croisée*, c'est-à-dire opposée à la lésion cérébrale : les membres et la face sont paralysés du même côté; elle peut être *alterne* : les membres étant paralysés du côté opposé à la lésion cérébrale, et la face étant paralysée du même côté que cette lésion cérébrale.

Un malade atteint d'hémiplégie présente les symptômes suivants : La *face* est paralysée d'un côté, les plis effacés, la commissure labiale attirée du côté sain; le malade « fume la pipe », c'est-à-dire que la joue paralysée est soulevée à chaque mouvement expiratoire. Cette asymétrie est d'ailleurs plus nette encore quand le malade rit, parle ou veut siffler. La langue paraît déviée du côté paralysé. En somme il s'agit là d'une paralysie faciale, typique et complète, intéressant le facial inférieur, amenant des troubles de la phonation, de la mastication et de la déglutition. Cependant on a pu faire remarquer (Miraillé, Déjerine) que l'intégrité du facial supérieur est bien souvent incomplète, puisque il y a de la parésie de l'orbiculaire (fente palpébrale plus ouverte), que les plis frontaux sont moins accusés du côté paralysé. Il y aurait donc une légère atteinte du territoire du facial supérieur.

Les muscles du *cou* et du *tronc* sont peu touchés, à peine effleurés (légère diminution de l'ampliation thoracique du côté paralysé (Egger). Les *membres* sont plus atteints et à leur niveau, les troubles moteurs sont au maximum. Du côté paralysé ils ont perdu toute motilité volontaire. Si on les soulève, ils retombent d'une seule pièce, en masse. Les réflexes sont abolis ou très diminués. Enfin on a pu noter dans certains cas du côté sain un certain degré de parésie (Brissaud, Pitres, Déjerine). Ce qui peut s'expliquer par l'existence dans la moelle d'un faisceau homolatéral qui ne se décusse pas.

Les troubles de la sensibilité consistent en des troubles subjectifs (fourmillements) et en troubles objectifs (hémianesthésie ou paresthésie). Enfin il existe assez souvent des troubles *d'aphasie* motrice en même temps que l'hémiplégie droite. Il peut y avoir aussi de l'amnésie, du rire et du parler spasmodiques et un certain déficit intellectuel.

Les muscles de la *vie végétative* sont assez rarement touchés, en dehors de la période de coma : les troubles des réservoirs consistent en rétention d'urine et en constipation opiniâtre.

Dans les jours qui suivent, il peut se produire des troubles trophiques cutanés. Du côté paralysé, la peau est rouge, violacée; la main est froide, et il y a parfois des œdèmes précoces. L'escarre de *decubitus acutus* apparaît bien souvent d'une façon précoce. Elle apparaît dès le 2e ou 4e jour au centre de la fesse paralysée ou au niveau du sacrum. Il se forme une plaque érythémateuse irrégulière qui devient très vite ecchymotique; des bulles se forment, qui se rompent et laissent la place à une escarre. La température monte et souvent la mort est la conséquence de cette complication toujours grave.

(A suivre.)

Le Seigle et l'ergot, par A. GARRIGUES. Un volume in-18 jésus de 256 pages, avec 22 figures dans le texte, de la collection *Les Plantes en médecine.* — Prix : 8 fr. — Paris, G. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Pathologie.* — Séance du 15 novembre. — MM. Grellety-Bosviel, 14; Walser, 11; David et Lafourcade-Cortina, 10; Largeau, 8; Mérat (Pierre), 6; Mme Génin et MM. Jousseaume, 10; Robin (Victor), 12.

Séance du 17 novembre. — MM. Le Chaux, 10; Longchampt, 11; Marty, 9; Phelippes de la Marnierre, 12; Lestocquoy, 11; Courtin et Mathieu (Pierre), 10; Billard, 5; George et Demerliac, 9.

Anatomie. — Séance du 15 novembre. — MM. Trosky, 3; Marchant, 9; Potez, 12; Jany, Ferru et Wickham (Roger), 8; Maleysson, 10; Lebègue, 8; Meignant, 11; Lacomme, 13; Ollivier, 12.

Séance du 16 novembre. — MM. Duchon, 7; Mouton, 6; Weill (René), 12; Teurnier, 8; Ameline, 11; Lautman, 10; Charpin, 5; Chevallier (Henri), 12; Chauveau, 8; Isch-Wall, 12.

— Concours de l'externat. — *Anatomie.* — Séance du 15 novembre. — Question donnée : « Veines superficielles des membres supérieurs. »

MM. Henkène, 13 1/2; Dauphin, 14; Mlle Perrain, 15; MM. Géant, 9; David (Marcel), 17.

Séance supplémentaire. — Question donnée : « Muscles grand et petit pectoraux. »

Mlle Bastien, 19 1/2.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Grenoble. — Le concours pour une place de professeur suppléant d'anatomie s'est terminé par la nomination du Dr Sigaud.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Il est institué, sous la présidence du ministre de l'hygiène, une Commission chargée d'examiner les demandes de subvention aux dispensaires antituberculeux et de formuler un avis sur ces demandes.

Sont nommés membres de la Commission : M. le Dr Roux, vice-président; MM. Desmars, le prof. Calmette, le prof. Léon Bernard, le Dr Henri Labbé, Rossy, les Drs Dequidt et J. Renault; membres à titre consultatif : MM. les Drs Linsly Rudde Williams et Bruno, de la mission Rockfeller.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Instruction publique. — *Au grade d'officier.* — M. le prof. Bard (de Strasbourg).

Ministère des pensions. — *Au grade de chevalier.* — MM. les Drs Ouvry (de Lisieux), Calary (de Neuvic), Leclerc (d'Alix), Mordret (du Mans).

MÉDAILLE MILITAIRE. — MM. les médecins auxiliaires Barthe, Bisserie, Chavannaz, Durieux, Guenole, Lapervenche.

MM. les médecins sous-aides-majors Bonnemaison, Bousquet, Clemenceau, Demesy, Dencausse, Lapierre, Lempereur de Saint-Pierre, Maronneaud, Noël.

AFRIQUE OCCIDENTALE FRANÇAISE. — Le Gouvernement général de l'Afrique occidentale française dispose actuellement d'un certain nombre de postes de médecins de l'Assistence médicale indigène.

Le recrutement a lieu soit par voie de contrat d'une durée de cinq années, soit par admission dans un corps conduisant à pension et faisant l'objet actuellement d'une réorganisation.

Les situations offertes varient, selon les titres, de 15.000 à 30.000 fr. l'an. Les voyages sont payés en 1re classe, aller et retour du lieu de la résidence à la colonie pour le médecin et sa famille. Tous les deux ans, un congé de 6 mois en France est accordé à ceux-ci avec voyage payé, aller et retour, pour eux et leur famille dans les conditions précitées. A la colonie, le logement en nature est assuré ainsi que les soins médicaux et l'hospitalisation le cas échéant.

En outre, en cas de déplacement, les médecins reçoivent des indemnités spéciales.

Dans les régions où la population européenne est dense, les médecins peuvent bénéficier de la possibilité de faire de la clientèle payante.

Pour tous renseignements et demandes d'admissions s'adresser à l'agence économique du Gouvernement général de l'Afrique occidentale française, 27, boulevard des Italiens. Téléphone central, 04-39 et 57-38.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du prof. Carlier (de Lille).

HOPITAL CLAUDE-BERNARD (porte d'Aubervilliers). — M. le prof. Pierre Teissier a commencé ses leçons cliniques, le mercredi 17 novembre à 10 h. 1/2 et les continuera les mercredis et vendredis à la même heure.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — PETIT AMPHITHÉATRE. — M. Garnier, agrégé, a commencé ses conférences complémentaires le mardi 16 novembre, à 17 heures.

AMPHITHÉATRE VULPIAN. — M. le prof. Pouchet a commencé le cours de pharmacologie et matière médicale le lundi 15 novembre, à 16 heures.

PETIT AMPHITHÉATRE. — M. le prof. Nicolas a commencé le cours d'anatomie le lundi 15 novembre, à 16 heures.

GRAND AMPHITHÉATRE DE L'ECOLE PRATIQUE. — M. Le Lorier, agrégé, a commencé ses conférences d'obstétrique le lundi 15 novembre, à 16 heures.

GRAND AMPHITHÉATRE. — M. le prof. Letulle a commencé une série de leçons d'anatomie pathologique le lundi 15 novembre, à 15 heures.

PETIT AMPHITHÉATRE. — M. Basset, agrégé, a commencé ses conférences de pathologie externe le mardi 16 novembre, à 18 heures.

PETIT AMPHITHÉATRE. — M. Paul Mathieu, agrégé, a commencé le mercredi 17 novembre, à 18 heures, ses conférences de pathologie externe.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — COURS DE CHIRURGIE EXPÉRIMENTALE. — M. R. Leriche, agrégé, a commencé le 18 novembre 1920, à 4 heures, dans l'amphithéâtre B, un cours de chirurgie expérimentale qu'il poursuivra les jeudis suivants à la même heure.

Objet du cours : Quelques questions de pathologie et de thérapeutique chirurgicales influencées dans ces dernières années par la chirurgie expérimentale.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LEÇON INAUGURALE DE M. LE PROFESSEUR MARCEL LABBÉ

Devant un amphithéâtre comble, M. Marcel Labbé a inauguré lundi son cours de pathologie générale.

Comme on s'y attendait, il a remporté un très grand, très brillant et très légitime succès.

Mince, élégant, la taille bien prise dans son habit noir, le professeur Marcel Labbé a l'air étonnamment jeune. C'est d'une voix bien timbrée qui porte jusqu'aux plus hauts gradins qu'il a commencé sa leçon, chef-d'œuvre de forme et de sentiment.

Après avoir rappelé le souvenir de l'Ecole de Nantes où il débuta, Marcel Labbé a tenu, suivant la coutume, à rendre hommage à ses anciens maîtres. Et c'est tout d'abord à un ami, à Fernand Bezançon, que va le premier tribut de gratitude. Bezançon, en effet, n'a pas été seulement pour Labbé un camarade très cher, il a été pour lui, dès le début de ses études, le plus sûr et le plus affectueux des guides. Nul hommage n'était plus mérité ni plus touchant.

Marcel Labbé salue ensuite son maître, M. Hutinel, qui est au premier rang des auditeurs. Il dit une fois de plus quel maître incomparable fut celui qui prenait sa retraite il y a quelques jours. Puis il envoie un souvenir ému à M. Debove qu'une cruelle maladie empêche d'assister à cette leçon inaugurale, et il dit toute la reconnaissance qu'il doit à la mémoire de Landouzy dont il demeure le disciple fidèle.

Après avoir salué ses deux maîtres en chirurgie, MM. Tuffier et Lejars, Marcel Labbé rappelle en termes touchants le souvenir des deux hommes qui ont eu la plus grande part dans la formation de son cœur et de son esprit : son père, professeur de philosophie à Nantes qui lui donna une forte empreinte dès sa première jeunesse, puis plus tard Paul Reclus qui fut pour lui un second père.

En abordant le sujet de son cours, Marcel Labbé rappelle ses prédécesseurs, en particulier Gouget, prématurément disparu, et Bouchard. Puis il trace le programme d'un cours de pathologie générale. La place nous manque pour en donner même les grandes lignes. Indiquons seulement que M. Labbé se propose d'organiser un enseignement pour les débutants, enseignement qui serait une sorte d'introduction à l'étude de la médecine. L'intérêt des futurs praticiens est en effet le principal souci de M. Labbé. En terminant, il proclame sa foi dans ces jeunes générations d'étudiants qui firent si magnifiquement leur devoir pendant la grande guerre, et ce ne fut pas la partie la moins applaudie de cette belle leçon.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE PROJET VINCENT ET LES PROPHARMACIENS

Le *Bulletin médical* revient sur cette question toute d'actualité :

« L'article 13 du projet Vincent demande que, désormais, les médecins ne soient autorisés à délivrer des médicaments à leurs malades que si malades et médecins sont à 8 kilomètres de toute pharmacie. L'adoption de cette loi aurait les conséquences les plus graves...

L'article 13 du projet Vincent est si manifestement contraire à l'intérêt général qu'il ne peut être voté par le Parlement.

Le chiffre de 8 kilomètres sera donc repoussé; mais on essaiera, sans doute, de fixer quand même une limite aux droits des médecins-propharmaciens en portant cette distance à 4 ou 6 kilomètres. Les conséquences en seraient identiques, et ce système entraînerait des difficultés incessantes. Peut-on assujettir le médecin à mesurer des distances, à questionner des malades, et, afin de se garer des gendarmes, l'obliger à refuser à l'un ce qu'il donnera à un autre parce qu'il sera à 50 mètres plus près ou plus loin? Les distances ne signifient rien. On peut, par exemple, n'être séparé d'un pharmacien que par une rivière; mais si cette rivière ne peut être traversée qu'en barque et pendant le jour seulement, comment satisfaire les besoins des malades si une crue se produit, empêchant toute circulation pendant plusieurs jours?

La loi de germinal, qui régit actuellement l'exercice de la propharmacie, large dans son texte, humaine et généreuse dans son esprit, ne prête à aucune contestation. Elle doit être, elle sera maintenue.

Le corps médical tout entier doit protester contre le projet Vincent. S'il était adopté, l'afflux vers les villes de plusieurs milliers de médecins de campagne aggraverait sensiblement les difficultés professionnelles. Les Syndicats médicaux ne doivent donc pas se désintéresser de cette question. Il leur appartient d'émettre, en faveur de leurs confrères propharmaciens, des vœux unanimes, et d'intervenir auprès du Parlement pour que soit maintenue, dans son texte et dans son esprit, la loi du 21 germinal an XI. »

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — SPORTS D'HIVER A CHAMONIX. — Pour favoriser les sports d'hiver à Chamonix, la Compagnie P.-L.-M. établira, du 20 décembre 1920 au 28 février 1921 inclus, entre Paris et Saint-Gervais-les-Bains-Le Fayet, une relation directe par voiture comportant des places de lits-salon 1re et 2e classes. Cette voiture sera en correspondance immédiate à Saint-Gervais avec les trains de la ligne électrique de et pour Chamonix.

Départ de Paris, 21 h. 05 ; arrivée à Chamonix, 12 h. 44.
Départ de Chamonix, 17 h. 15 ; arrivée à Paris, 9 h. 41.

REVUE GÉNÉRALE

LÉSIONS TRAUMATIQUES DES CARTILAGES SEMI-LUNAIRES DU GENOU

Par Paul MATHIEU,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien des hôpitaux.

Les lésions des cartilages semi-lunaires du genou ont été longtemps méconnues. Mouret, dans sa thèse (Montpellier 1891) qui est un des premiers travaux paru sur cette question, rappelle l'incrédulité des chirurgiens à l'apparition des observations de « dérangement interne du genou ». Malgré les faits cités par Lannelongue, Le Fort et d'autres, la confusion persistait dans la pratique avec d'autres lésions traumatiques du genou : arthrite déformante, corps étrangers articulaires, pincements de la synoviale. On crut d'autant moins à la possibilité de la lésion des ménisques que Larrey, faisant le diagnostic de cette lésion, trouvait à l'opération un corps étranger, et lorsque, en 1835, Londe fit le même diagnostic, il ne rencontra que des incrédules. Cependant, à l'étranger, des chirurgiens, en présence de certaines lésions traumatiques du genou, opéraient. Margery, en 1880, Annandale, en 1885, ouvrant des genoux, trouvèrent le cartilage déplacé, et les observations de ce genre se multipliant, la réalité des faits publiés devint admise par tous sans contestation. Les lésions des ménisques furent étudiées, et seul, dit Nélaton, dans son article classique du *Traité de chirurgie*, le mécanisme de la luxation restait obscur.

En ces dernières années, les travaux sur la question se sont multipliés et nous ne pouvons que citer les plus importants : en France, ceux de Pauzat, de Garry, Dambrin, Gorse; à l'étranger, ceux de Katzenstein, de Martin (de Newcastle). Des discussions récentes ont eu lieu à la Société de chirurgie sur cette question en 1913 à propos d'un rapport de M. Lejars, plus récemment en 1919 à la suite d'une communication de M. Tavernier (de Lyon).

Anatomie. Physiologie. — Avant toute description clinique ou anatomo-pathologique, un rappel de l'anatomie et de la physiologie des cartilages semi-lunaires me paraît nécessaire.

Ces fibro-cartilages ou ménisques sont destinés à rétablir le défaut de concordance entre la convexité des condyles fémoraux et la platitude des cavités glénoïdes du tibia. Il en existe donc deux : l'un interne, l'autre externe. Ce sont des lamelles de fibro-cartilage prismatiques triangulaires, à base périphérique répondant à la capsule, l'une des faces s'adapte au condyle fémoral, l'autre à la surface glénoïdienne du tibia, tandis que l'arête, pénétrant comme le tranchant d'un couteau entre les deux surfaces articulaires, répond au centre de chacune des deux articulations qui constituent le genou. Le fibro-cartilage interne est demi-circulaire, très ouvert, le fibro-cartilage externe rappelle plus la forme d'une circonférence complète, il s'interrompt juste au niveau de l'épine tibiale correspondante.

Les cornes des ménisques s'insèrent en avant et en arrière des épines tibiales par des ligaments. *Le ménisque interne est moins bien fixé, surtout en avant, il est moins épais, plus mobile que le ménisque externe.*

Dans les mouvements de flexion et d'extension du genou, les ménisques glissent sur le plateau tibial, en arrière dans la flexion, en avant dans l'extension et se placent ainsi toujours sur la partie du plateau tibial qui supporte le poids des condyles fémoraux.

Dans les mouvements de rotation les ménisques glissent en sens inverse l'un de l'autre.

Ces ménisques ont une forme variable; grâce à leur souplesse et à leur malléabilité, ils s'accommodent aux surfaces articulaires qu'ils séparent.

Rappelons-nous que les ménisques sont unis l'un à l'autre en avant par le ligament jugal, qu'ils adhèrent par leur bord convexe à la capsule articulaire du genou, qu'ils sont unis à la rotule par des bandelettes fibreuses, ailerons ménisco-rotuliens de Pauzat et aux muscles vaste externe et vaste interne par des expansions détachées des bords inférieurs de ces muscles. *Ces notions anatomiques nous expliquent que les mouvements des ménisques sont solidaires de la capsule et sous la dépendance de la contraction du quadriceps.*

Mécanisme. — Supposons qu'après une flexion complète de la jambe, dans laquelle les ménisques sont en recul sur le plateau tibial, la jambe est brusquement portée en extension. Si le ménisque glisse trop lentement en avant, si en somme il est en retard dans ce mouvement de translation il se trouvera pincé entre le condyle fémoral et la partie antérieure du plateau tibial. Il sera coincé comme une cale entre les deux surfaces et il en résultera : 1° l'arrêt de l'extension qui ne pourra se compléter (blocage du genou); 2° la douleur due au pincement du ménisque et au tiraillement de la capsule adhérente.

Si l'extension par le quadriceps continue, les ailerons ménisco-rotuliens et les expansions des vastes seront distendues, et il pourra se produire, soit une rupture de ces ligaments et de la capsule, soit un arrachement du ménisque le plus souvent au niveau de sa corne antérieure (point d'insertion faible). L'arc cartilagineux du ménisque distendu viendra faire saillie au niveau de l'interligne.

Des déchirures analogues peuvent être obtenues par la rotation forcée du genou.

Etiologie. — Les observations, aujourd'hui nombreuses de lésions traumatiques des cartilages semi-lunaires du genou, ont permis de dégager un certain nombre de notions étiologiques intéressantes. On observe ces lésions surtout dans le sexe masculin et à l'âge adulte. Les joueurs de foot-ball y sont particulièrement exposés, d'autre part certaines statistiques anglaises, telle celle de Martin (de Newcastle), indiquent la fréquence des lésions des ménisques chez les mineurs. Parmi les modes de production relatés, signalons l'acte de se relever brusquement de la position accroupie. Assez rare dans notre pays, surtout si l'on met en parallèle les statistiques considérables publiées à l'étranger, les observations y deviennent plus fréquentes depuis que l'attention a été attirée sur les lésions traumatiques des ménisques à la suite des discussions de la Société de chirurgie.

Anatomie pathologique. — L'anatomie pathologique des traumatismes des ménisques est aujourd'hui bien connue, grâce aux travaux de Bennett, Dambrin (122 cas), Katzenstein, Martin (de Newcastle).

Ce sont les interventions surtout qui nous ont

renseigné sur les dégâts articulaires. Le terme luxation souvent employé est loin d'être exact. On observe des déchirures sans déplacement; les vraies luxations sont rares.

Le genou gauche est un peu plus souvent atteint que le genou droit (40 fois contre 34 d'après Dambrin, 53 fois contre 47 d'après les auteurs anglais).

Les lésions prédominent *sur le ménisque interne* (89 fois contre 15 d'après Dambrin, 92 fois sur 100 d'après Walton), et nous avons déjà donné les raisons anatomiques de cette localisation.

Les lésions observées sont variables :

1° Tantôt il n'existe aucune déchirure, comme dans les cas signalés par Michon, par A. Schwartz, où rien n'a été constaté à l'opération. En réalité, il y avait au moins un relâchement des insertions méniscales, soit en avant, soit latéralement. Cette distension ligamenteuse explique les troubles fonctionnels observés.

2° La *déchirure des insertions* s'observe au niveau de l'attache antérieure du ménisque interne, dans un tiers des cas avec déchirure partielle de la capsule. Plus rarement c'est l'insertion postérieure qui a cédé. Parfois la déchirure porte exclusivement sur les insertions latérales à la capsule, soit en partie, soit en totalité, et l'on comprend que le cartilage semi-lunaire ait alors tendance à se rétracter vers l'interligne.

3° La *rupture des ménisques* peut être longitudinale ou transversale.

Longitudinale, elle est incomplète ou complète. *Incomplète* elle consiste en un arrachement plus ou moins étendu de la portion du ménisque répondant à l'arête interne; le petit fragment détaché se déplace alors souvent en dedans. *Complète*, elle répond à la fissuration étendue du ménisque parallèlement à l'arête, avec parfois séparation de deux bandelettes (méniscus bipartitus).

Transversale, la rupture peut porter sur un point quelconque du ménisque, être complète ou incomplète. Quelquefois elle est double, un fragment intermédiaire étant ainsi isolé (Mayo Robson),

Au cours de leurs interventions pratiquées pour lésions des ménisques, tous les chirurgiens ont constaté des altérations notables des cartilages lésés. C'est ainsi qu'Annandale a noté leur « dégénérescence graisseuse », Brodhurst leur « état rugueux », Tavernier décrit à leur niveau des « formations perlées ». Ce sont ces altérations qui constituent la méniscite de Roux (de Lausanne), méniscite que nous considérons comme toujours secondaire au traumatisme, le rôle du rhumatisme chronique n'étant qu'accessoire dans le développement des lésions.

A côté de cette méniscite traumatique, d'autres altérations peuvent exister dans la jointure : les unes sont contemporaines au traumatisme, arrachements partiels du cartilage articulaire du tibia, corps étranger traumatique, arrachement des ligaments croisés, toutes lésions qui sont considérées aujourd'hui comme les séquelles fréquentes de l'entorse du genou (Roux-Berger, Tavernier). Les autres altérations sont secondaires au traumatisme et de développement tardif; il s'agit de l'hydarthrose chronique, de l'arthrite chronique traumatique avec épaississement de la synoviale, déformation des extrémités osseuses.

SYMPTÔMES. — Différents modes de début sont à signaler parmi les plus fréquents. En tous cas l'accident initial est assez brutal et caractéristique. Tantôt c'est un homme accroupi qui se relève brusquement ou un joueur de foot-ball qui glisse, se tord le genou ou tombe la jambe pliée sous lui. Toujours est-il que dans ces diverses situations le mouvement d'extension du genou se trouve brusquement arrêté : le *genou est bloqué* (locked). En même temps le blessé éprouve une *douleur vive* dans l'articulation, surtout à la partie interne, en même temps un craquement a pu être perçu. L'impotence fonctionnelle est immédiate, le redressement du genou est impossible, la flexion peut cependant être un peu exagérée; mais jamais cette modification ne peut se produire dans le sens de l'extension. Au bout d'un temps plus ou moins long la réduction se produit, soit spontanément en apparence du moins, soit à la suite de mouvements appropriés du blessé, soit enfin par l'intervention médicale. Le genou reste gonflé après cette réduction, sans que ce gonflement atteigne jamais l'importance du gonflement par hémarthrose consécutif aux entorses du genou. La marche est douloureuse et pénible, souvent le blessé doit s'aliter. Quand les mouvements sont possibles ainsi que la marche, les récidives sont fréquentes, tantôt à l'occasion d'un mouvement de flexion forcée, tantôt simplement au cours d'une marche normale (marche en porte-à-faux sur un caillou parfois). La répétition des accidents peut constituer une véritable infirmité.

Quels résultats donne l'examen physique du genou blessé après la période de blocage?

Le genou a repris sa position normale, mais il présente un gonflement dû à un épanchement articulaire à développement assez lent et d'abondance moyenne; il s'agit, en effet, d'une hydrohémarthrose plutôt que d'une hémarthrose pure. Cette dernière n'est pas un symptôme habituel des lésions méniscales.

La *douleur à la pression* siège exactement sur l'interligne articulaire et à la partie interne et antérieure de celui-ci le plus souvent.

La *saillie méniscale*, de constatation rare, épaisse de quelques millimètres, peut être cependant assez nette, disparaissant dans la flexion, reparaissant dans l'extension; elle est située entre le ligament rotulien et le ligament latéral interne. Dans les cas assez anciens, cette saillie répond à une tuméfaction du ménisque atteint de méniscite chronique.

ÉVOLUTION. PRONOSTIC. — Nous avons vu la fréquence des récidives. Celles-ci se produisent à des intervalles variables plusieurs fois par mois, par semaine et même par jour. On comprend qu'il s'agisse alors d'un véritable « état de mal » articulaire qui constitue une grave infirmité. Parfois l'irréductibilité de la lésion se manifeste d'emblée (4 cas dans la thèse de Mouret). Il se pose alors une indication formelle d'intervention chirurgicale.

A la longue et souvent avec une rapidité remarquable, des lésions chroniques s'établissent au niveau de l'articulation blessée : l'atrophie du quadriceps est très précoce, la marche est pénible, ne peut avoir lieu qu'avec l'aide d'une canne; le blessé s'avance avec la crainte de la récidive et évite tout mouvement qui lui paraît y exposer. Une thérapeutique active sera donc nécessaire.

DIAGNOSTIC. — Avant d'aborder la question du traitement, il nous importe d'être bien fixé sur le diagnostic précis de la lésion traumatique du genou

qui est en cause. Or, un certain nombre d'affections ont été confondues avec la lésion qui nous occupe ; voyons les caractères cliniques qui permettent de les différencier.

Le *diagnostic positif* de lésion des ménisques peut être très délicat, car les signes physiques sont souvent peu accentués, et la crise de blocage peu caractérisée. Si les circonstances du traumatisme sont bien racontées par le blessé, le médecin, qui connaît la possibilité des « dérangements » des ménisques, pense à cette lésion. Celle-ci est très vraisemblable si, après la crise du blocage, le point douloureux siège bien au niveau de l'interligne articulaire, qu'il existe ou non une saillie nette en ce point. La radiographie n'a donné que d'exceptionnels éclaircissements. Parfois l'épaississement du ménisque, dans un cas ancien de méniscite chronique, a été constaté. L'injection préalable d'oxygène ou d'azote dans l'articulation est à conseiller pour mettre en évidence la forme des cartilages semi-lunaires (Quénu).

Le *diagnostic différentiel* est à faire avec l'entorse du genou, certaines fractures articulaires, les corps étrangers articulaires, quelques « lésions curieuses » de la synoviale, enfin avec certaines variétés d'arthrite chronique.

L'*entorse du genou* se reconnaît à trois signes : 1° les points douloureux siègent sur les attaches ligamentaires et non sur l'interligne ; 2° l'hémarthrose immédiate est intense tandis que l'hydro-hémarthrose de la lésion méniscale est progressive et assez discrète ; 3° l'entorse est suivie assez fréquemment de mouvements de latéralité du genou.

Certaines fractures articulaires parcellaires du genou sont reconnaissables en dehors même de l'usage, d'ailleurs si nécessaire, de la radiographie.

La *fracture partielle des condyles fémoraux* s'accompagne d'une impotence complète, d'un point douloureux siégeant sur l'os au-dessus de l'interligne. La fracture du condyle tibial se caractérise aussi par le siège de la douleur sur l'os, par l'élargissement du plateau tibial, parfois par la mobilité anormale du fragment osseux. La crise de blocage manque au moment du traumatisme initial.

Les *corps étrangers articulaires* ont une symptomatologie clinique différente en bien des points de vue de celle des lésions traumatiques des ménisques. Certes le phénomène du « blocage » du genou est un des accidents signalés au cours de leur évolution, il s'agit en réalité d'un arrêt brusque de l'extension, mais d'un arrêt passager non d'un blocage vrai. La mobilité intraarticulaire du corps étranger perçu par le malade qui peut le comparer à une « souris articulaire » est de constatation exceptionnelle dans les cas de déchirure d'un fragment de ménisque isolé. La douleur dans le cas de corps étranger articulaire n'a aucune raison de siéger exactement à l'interligne. Enfin, la radiographie permet de déceler les corps étrangers de structure osseuse.

Sous le nom de *lésions curieuses de la synoviale*, nous entendons des lésions de nature diverse : nodules fibreux, lipomes, franges graisseuses. Ces formations, surtout les franges graisseuses décrites par Hoffa, peuvent être pincées au niveau de l'interligne. M. Lejars y insistait en 1913 à la Société de chirurgie. Le diagnostic des accidents, douleur vive et blocage, est parfois assez difficile. La douleur est un peu plus élevée que dans le cas de lésion du ménisque, c'est tout ce que l'on peut dire.

Certaines arthrites chroniques du genou sont, nous l'avons vu, la conséquence d'une lésion ancienne des ménisques. La notion des accidents antérieurs, l'existence dans l'extension d'un épaississement du bord du ménisque interne, épaississement douloureux à la pression, s'effaçant dans la flexion, met sur la voie du diagnostic. Mais ce diagnostic n'est pas toujours très facile, et des erreurs regrettables ont pu être commises lorsque les antécédents manquaient de netteté. La confusion est alors possible avec une arthrite sèche et même avec une tuberculose articulaire à forme hydarthrosique.

TRAITEMENT. — Nous étudierons : 1° les indications thérapeutiques dans les deux cas de lésion récente, de lésion récidivante et les interventions que l'on peut pratiquer ; 2° les résultats de ces dernières.

Indications thérapeutiques. — Dans le cas de lésion récente, la première indication est de réduire l'attitude vicieuse. Pour cela, il convient d'exécuter les manœuvres suivantes, au besoin sous anesthésie générale ou rachidienne : porter la jambe en flexion pour écarter les surfaces articulaires et dégager le ménisque coincé, puis porter le membre en avant en extension pour faire glisser le ménisque. Cette manœuvre sera au besoin recommencée plusieurs fois. Après retour de l'extension, l'immobilisation sera maintenue une huitaine de jours pendant lesquels on massera le quadriceps, puis la mobilisation sera effectuée par la méthode des résistances progressives. Le port d'une genouillère sera ensuite conseillée. Il convient, en effet, de craindre les récidives : d'imposer une certaine limitation de la flexion et d'empêcher la rotation forcée de la jambe sur la cuisse.

Dans le cas de lésion récidivante, il s'agit souvent de sujets véritablement infirmes comme nous l'avons vu. La crainte d'un blocage à la moindre inattention, l'inefficacité du port d'ailleurs gênant d'une genouillère font que l'idée d'un traitement plus actif vient spontanément au malade et au médecin. Ce traitement consiste, comme nous allons le voir, en une intervention sanglante qui ne comporte pas de contre-indications tirées de l'état général du sujet, car il s'agit presque toujours de sujets jeunes et bien portants, n'ayant aucune des tares de l'âge avancé.

L'intervention chirurgicale est donc indiquée formellement dans toute luxation vraiment récidivante comme dans toute luxation récente non réductible. Certains chirurgiens semblent pousser plus loin leurs indications : toute séquelle d'entorse pour eux est suspecte. C'est aller trop loin à notre avis, nous verrons, en effet, que l'intervention n'est pas toujours sans quelque inconvénient.

En quoi va consister l'intervention chirurgicale ? Nous pouvons résumer en trois stades l'acte opératoire : 1° faire une arthrotomie large et rigoureusement aseptique ; 2° examiner soigneusement l'intérieur de l'article et en particulier les ménisques, ce qui n'est pas toujours facile ; 3° traiter le ménisque s'il est altéré, et ce traitement consistera, soit dans la fixation du ménisque trop mobile : méniscopexie d'Annandale (1883), soit dans l'extirpation du ménisque luxé, déchiré ou déformé : méniscectomie de Brodhurst (1866).

L'arthrotomie a été pratiquée à l'aide d'incisions très diverses : *incision verticale* en avant du ligament latéral interne (Allingham), c'est une voie d'abord fréquemment utilisée ; *incision oblique ou curviligne* (Mayo Robson, Barker) ; *incision horizon-*

tale, parallèle à l'interligne (Annandale), avec ou sans section du ligament latéral interne. Cette dernière incision a été utilisée avec préférence par Katzenstein, plus récemment par Tavernier. La combinaison des incisions transversale et verticale répond à l'incision en L qui a quelquefois été nécessaire après emploi au début de la simple incision verticale. Quant à l'incision en U avec section du ligament rotulien, nous ne pensons pas qu'elle ait été utilisée dans le traitement des lésions des ménisques, et nous ne croyons pas qu'elle soit à conseiller étant donné les inconvénients qu'on lui a justement reprochés à propos du traitement des plaies articulaires.

L'exploration de la jointure, quel que soit le mode d'incision utilisé, nécessite l'emploi d'écarteurs bien maniés, d'un bon éclairage (au besoin d'un éclairage au miroir frontal), l'utilisation d'attitudes très diverses du genou permettant d'exposer successivement toutes les parties profondes de l'interligne. La jambe doit être portée de l'extension à la flexion extrême, puis, comme l'a montré Arrou, il convient d'utiliser la torsion de la jambe par rotation externe puis interne pour bien découvrir la partie postérieure des ménisques. Bien voir, ne rien toucher des doigts, voilà les principes de la bonne exploration. Quelquefois la plus minutieuse exploration n'a rien montré à des chirurgiens avertis (Tuffier, A. Schwartz). Ils ont refermé simplement et pourtant la guérison a suivi ces interventions simplifiées; il s'agissait sans doute de cas de simple distension des attaches méniscales. La réparation de l'incision d'arthrotomie a dû suffire à fixer le ménisque.

Le plus ordinairement, des lésions manifestes des cartilages semi-lunaires apparaissent au cours de l'exploration et même peuvent s'y joindre d'autres lésions ostéocartilagineuses.

La *méniscopexie* consiste dans la fixation du ménisque au périoste de la tubérosité tibiale correspondante, soit par des points de catgut ou de fil de lin, soit même à l'aide de fil métallique fin (Jeannel).

La *méniscectomie* peut être totale ou partielle. Partielle, elle est très facile; totale, elle est parfois très difficile. Lockwood n'a pu extirper que les deux tiers antérieurs du ménisque; il est utile d'utiliser, comme nous l'avons dit, la torsion de la jambe qui découvre la partie postérieure du ménisque pour pouvoir extirper complètement ce dernier.

Après l'intervention nous ne lavons plus l'articulation, nous ne drainons plus, nous suturons plan par plan la plaie d'arthrotomie.

Les chirurgiens ne sont pas d'accord sur les soins postopératoires à observer, les uns étant partisans de la reprise précoce des mouvements, tandis que d'autres ne conseillent cette reprise qu'au bout de trois semaines. Nous pensons que l'intérêt du blessé est d'être mobilisé précocement; mais, d'après l'expérience de la chirurgie articulaire pendant la guerre, nous avons surtout confiance au point de vue des résultats dans la mobilisation active du membre plutôt que dans la mobilisation passive.

Les *résultats opératoires* immédiats sont excellents : la chirurgie articulaire aseptique ne comporte plus de mortalité. Les résultats fonctionnels sont difficiles à apprécier étant donné que nombre d'observations publiées sont muettes à leur sujet. Le plus grand nombre de celles qui parlent de ces résultats donnent une impression presque toujours favorable. En réalité, pour ceux qui ont suivi les discussions de nos sociétés sur cette question ou qui ont bien observé des blessés opérés pour lésions des ménisques par eux-mêmes ou par d'autres, il apparaît que beaucoup de résultats sont parfaits, très peu sont très mauvais, un assez grand nombre sont médiocres. Assez souvent, en effet, il persiste après l'intervention un état de faiblesse du genou qui reste atteint de gonflement, d'une certaine limitation des mouvements, parfois de mouvements de latéralité dont l'arthrotomie transversale a été accusée à tort (Tavernier). Quant aux récidives après les diverses interventions, elle est exceptionnelle. Tavernier en cite pourtant un cas.

Quelle opération doit-on préférer, la méniscectomie ou la méniscopexie?

La méniscectomie paraît peu physiologique, quoique Lenail (Th. de Lyon) ait décrit la régénération d'un ménisque après son extirpation. Elle détruirait, lorsqu'elle est unilatérale, la statique du genou d'après Katzenstein ce qui exposerait à des récidives du côté du ménisque externe après extirpation du ménisque interne. Martin en a signalé des cas. Malgré ces considérations, *en pratique, il faut reconnaître que les résultats de la méniscectomie sont infiniment meilleurs que ceux de la méniscopexie.* C'est à cette conclusion qu'arrive Glass, à la clinique d'Hildebrand, dans une étude de 11 cas datant de 8 ans au moins.

Donc, à part les cas de simples relâchements capsulaires de déchirures partielles justiciables de la méniscopexie, c'est à la méniscectomie qu'il convient d'avoir recours.

Il importe, néanmoins, de bien savoir que dans un tiers des cas des troubles articulaires postopératoires persistent. Il ne faut donc pas compter d'une manière absolue sur l'intégrité fonctionnelle définitive de l'articulation quel qu'ait été le traitement opératoire institué. Ces considérations sont de nature à modérer tout engouement pour l'arthrotomie trop hâtive; rappelons-nous que celle-ci, dans le cas de lésion traumatique des cartilages semi-lunaires du genou, a des indications précises qu'il ne faut pas dépasser.

XXIXe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Tenu à Paris du 4 au 9 octobre 1920 (1)

TROISIÈME QUESTION.

LES FRACTURES DU COU-DE-PIED VICIEUSEMENT CONSOLIDÉES.

Rapport de M. P. Wiart (de Paris).

Les deux rapports présentés sur la 3e question traitant l'un et l'autre cette question en son entier et à l'aide des mêmes travaux récents, ont forcément des analogies très étroites. Aussi, pour éviter des redites, nous bornerons-nous à résumer du second rapport le dernier chapitre qui expose avec beaucoup de clarté et de méthode la thérapeutique complexe des consolidations vicieuses des vraies fractures du cou-de-pied, les fractures articulaires.

Traitement. — I. Déviations latérales. — Seules les malléoles sont intéressées. Le pilon tibial est intact.

1° *Déviations en valgus.* — Malgré la complexité des éléments qui entrent en jeu et déterminent une extrême variété

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 86, p. 1372; n° 87, p. 1387; n° 89, p. 1422, et n° 92, p. 1474.

d'aspects, il est possible un peu schématiquement de distinguer trois ordres de cas.

A. Les lésions sont de date relativement récente, les surfaces articulaires intactes ou peu altérées ; il n'y a pas de diastasis tibio-péronier ; le valgus est modéré :

a. Si la malléole externe est seule intéressée, il faut faire une ostéotomie simple du péroné, dans le cal et suivant sa direction. Le fragment inférieur étant remis en place, l'astragale reprend la sienne sous le plateau tibial. Immobilisation en adduction forcée pendant 30 ou 40 jours.

b. Si les deux malléoles sont fracturées et déviées, on pratique l'ostéotomie du péroné et de la malléole interne. Celle-ci sera de préférence sectionnée obliquement d'après Destot. Il est important, en tout cas, d'enlever les néoformations osseuses ou fibreuses qui occupent l'intérieur de l'article. Quant à l'ostéosynthèse elle est inefficace dans les fractures un peu anciennes avec décalcification et elle est la plupart du temps inutile.

B. Les lésions ne sont pas très anciennes, les deux malléoles sont fracturées, les surfaces articulaires sont peu altérées ; il y a un diastasis tibio-péronier rendu irréductible par interposition de néoformations osseuses. La restauration de la mortaise peut être obtenue de deux manières :

a. On s'attaque au diastasis lui-même. En général, après ostéotomie du péroné, la gouttière tibiale est creusée et modelée jusqu'à adaptation exacte des deux os qui sont alors solidarisés par une cheville ou une vis. Mais parfois le fragment péronier qui n'est fixé qu'à son extrémité inférieure bascule, et le diastasis est corrigé mais la déviation persiste.

b. Destot a proposé, négligeant les productions qui séparent tibia et péroné, de sectionner obliquement la malléole externe pour la faire basculer et refaire ainsi, sans autre manœuvre, la pince malléolaire.

c. Les lésions sont anciennes, les surfaces articulaires altérées et immobilisées par une ankylose fibreuse, le valgus est très accentué, le diastasis considérable et l'astragale est enclavé entre tibia et péroné. Deux opérations conviennent en pareil cas :

a. La résection tibio-tarsienne orthopédique présente dans sa technique de nombreuses variantes. En principe, il faut garder les deux malléoles, au besoin refaire une malléole interne par résection modelante du tibia, surtout éviter à tout prix le sacrifice de la malléole externe et ménager le cartilage de l'astragale pour garder une articulation.

Voici le plan de l'intervention habituelle : ostéotomie oblique du péroné à 5 ou 6 cm. de la malléole, découverte et ostéotomie ou résection de la malléole interne, résection à la scie d'un segment de tibia aussi minime que possible, résection d'un petit segment de péroné quand la résection tibiale a dépassé 5 mm., immobilisation dans un premier appareil plâtré maintenu en place 30 à 40 jours, puis dans un deuxième pour une durée égale.

b. L'astragalectomie qui a été faite quelquefois pour compléter la résection tibio-tarsienne tend à être adoptée comme opération essentielle à laquelle on ajoute s'il le faut l'ostéotomie des os de la jambe.

2° *Déviations en varus.* — Elles ne sont que rarement justiciables d'une intervention car elles ne troublent pas gravement le fonctionnement du pied. Cependant on peut être amené à les traiter par l'ostéotomie bimalléolaire.

II. Déviations antéro-postérieures. — Il y a eu fracture de la malléole externe et du pilon tibial.

1° *Déplacement en arrière.* — *A.* Les lésions sont récentes. On peut recourir à deux opérations :

a. L'ostéotomie simple du péroné, proposée par Destot, n'a jamais été mise en pratique.

b. La réduction après mobilisation du fragment marginal se pratique ainsi : d'abord ostéotomie linéaire oblique du péroné dans le cal ; puis incision en baïonnette avec une branche verticale suivant le bord postérieur du tibia, une branche horizontale parcourant la malléole interne dans sa largeur et une branche oblique en bas et en avant qui descend sur le scaphoïde ; par la partie verticale de l'incision, section du fragment marginal à sa base ; on essaie alors de réduire en s'aidant au besoin d'une section du tendon d'Achille ; si la réduction échoue, ostéotomie oblique de la malléole interne et nettoyage articulaire, après quoi la réduction est obtenue ; abaissement et même fixation du fragment marginal, ou bien ablation de ce fragment s'il est petit, résection modelante s'il est encroûté de productions périostiques.

B. Les lésions sont anciennes. On a le choix alors entre deux méthodes : la résection tibio-tarsienne et l'astragalectomie. Mais ici cette dernière est l'opération de choix.

2° *Déplacement en avant.* — La conduite à tenir est différente selon l'ancienneté et la gravité des lésions. Quand il est encore possible de reconstituer la mortaise, on pratique une double incision externe et interne, le fragment antérieur est libéré et la réduction faite avec ou sans l'aide de la ténotomie achilléenne, puis le fragment antérieur abaissé est fixé au tibia par une vis. Quand les lésions sont vieilles et complexes, l'astragalectomie permet seule la réduction.

III. Déviations mixtes. — En cas de lésions récentes compatibles avec un retour de la fonction articulaire, on peut s'adresser à la résection orthopédique ou à l'astragalectomie ; celle-ci est devenue peu à peu le procédé de choix. Mais si l'ankylose osseuse a fusionné en un seul bloc fragment marginal, astragale déplacé et malléoles, c'est à la résection cunéiforme qu'il faudra demander de rendre au pied sa direction et ses aplombs normaux.

Conclusions. — Le meilleur moyen de comparer les méthodes thérapeutiques serait certainement d'étudier leurs résultats éloignés. Malheureusement jusqu'ici les documents publiés sont assez rares et manquent de précision. C'est au sujet des deux opérations rivales, la résection tibio-tarsienne orthopédique et l'astragalectomie qu'on est le mieux renseigné. Les résultats semblent aussi heureux de l'une que de l'autre opération. Cependant l'astragalectomie conquiert de jour en jour une faveur plus marquée. Sans doute est-ce parce qu'elle est plus simple. Mais c'est aussi parce qu'on sait, grâce aux chirurgiens lyonnais qui la pratiquent depuis longtemps, quelle guérison remarquable elle est susceptible de donner au double point de vue de la forme et de la fonction.

Discussion.

M. Steinmann (de Berne) réduit des fractures vicieusement consolidées, même datant de plusieurs mois, par l'extension continue pratiquée d'abord à l'aide de la broche calcanéenne puis, quand la correction est obtenue, avec des bandes de sparadrap. S'il existe une déviation en valgus ou en varus très marquée, il établit une traction unilatérale compensatrice. La mobilisation doit être précoce.

M. Maunoury (de Chartres), avant l'emploi de la radiographie, était partisan de l'astragalectomie. Actuellement, il ne fait plus que la résection tibio-tarsienne, c'est-à-dire portant à la fois sur le tibia et l'astragale qui sont maintenus au contact par une suture osseuse.

M. Dujarier (de Paris) traite les déviations en valgus par l'ostéotomie sus-malléolaire sans suture et les luxations en arrière du pied avec ou sans valgus par l'astragalectomie.

M. Judet (de Paris) apporte deux observations de fractures de Dupuytren vicieusement consolidées et traitées plusieurs années après l'accident. Il a reproduit par une double ostéotomie les lésions initiales et a pu aussi obtenir une réduction secondaire, puis il a appliqué un plâtre maintenu pendant 50 jours et remplacé alors par un appareil de convalescence. Contrairement à l'opinion générale, il ne croit pas que la réduction des fractures de Dupuytren soit difficile. Mais pour conserver le résultat acquis, il faut un plâtre bien appliqué, c'est-à-dire à bandes circulaires et sur un membre en hypercorrection.

M. Vitrac (de Pau), distingue les consolidations vicieuses avec plus ou moins de raideurs mais sans ankylose du pied, et les consolidations vicieuses suivies d'ankylose osseuse ou de raideur bloquée. Dans les premières, il faut avoir la patience de laisser à la mobilisation active le temps de faire son œuvre ; les secondes, au contraire, ne sont justiciables que du traitement chirurgical, l'astragalectomie étant le plus souvent le temps préliminaire indispensable et même la seule fin de l'opération.

L'auteur est intervenu 11 fois pour des fractures du cou-de-pied consolidées en position vicieuse. Trois cas ont été traités avant la guerre, avec des résultats satisfaisants. Des 8 frac-

tures de guerre, 6 dataient de 12 à 2 mois, 2 étaient plus récentes, mais déjà fixées. La méthode employée a été 2 fois l'astragalectomie suivie de résection modelante de la mortaise tibio-péronière pour des fractures complexes suivies d'ankylose; — 2 fois l'astragalectomie simple pour : 1 fracture tibio-astragalienne et 1 fracture de l'astragale seule ; — 1 fois la calcanectomie avec résection partielle de l'astragale pour fracture de ces deux os et de la malléole interne ; — 2 fois la résection articulaire modelante pour fracture diaphysaire basse suivie d'ankylose vicieuse et fracture bimalléolaire suivie de résection malléolaire et de diastasis ballant (dans ces deux cas seulement, l'ankylose a été recherchée) ; — 1 fois la résection incomplète sus-malléolaire du tibia ; — 1 fois la ténotomie achilléenne pour corriger l'équinisme dû à une fracture juxtaépiphysaire en arrière.

Ces 8 cas ont donné 8 résultats excellents ; un seul a réclamé une retouche en cours de traitement.

Dans toute opération il ne faut pas oublier de s'occuper en même temps que des lésions ostéo-articulaires principales, des lésions des parties molles (cicatrices, tendons) non plus que des déviations accessoires des petites articulations.

M. Frœlich (de Nancy). On a coutume de dire que dans les décollements épiphysaires accompagnés de valgus, tout s'arrange avec la croissance. L'auteur apporte des radiographies qui prouvent l'inexactitude de cette opinion et il en conclut logiquement qu'il faut corriger le valgus dans tous les cas.

M. Termier (de Grenoble), s'appuyant sur les 7 fractures vicieusement consolidées qu'il a opérées, estime qu'aucune opération ne peut s'adapter à tous les cas et qu'il faut faire varier la méthode selon la forme et l'étendue des lésions.

M. Péraire (de Paris) présente deux observations de fractures du cou-de-pied vicieusement consolidées : une fracture de Dupuytren avec diastasis, déviation interne de l'astragale, valgus très marqué et une fracture sus-malléolaire du tibia, type Destot, qui offrait les caractères suivants : malléole interne en place mais fixée à l'astragale, fracture verticale du tiers inférieur du tibia et éclatement du bord postérieur, translation antérieure de l'os amenant son axe longitudinal en avant de l'astragale, malléole externe intacte. Cette fracture trop complexe pour être traitée autrement que par une chaussure orthopédique, a pu être étudiée, néanmoins, d'une façon parfaite grâce à la radio-stéréoscopie bien supérieure dans tous les cas de ce genre à la radioscopie pure.

M. Paul Delbet (de Paris) croit qu'on évitera le plus souvent les cals vicieux du cou-de-pied par une réduction soignée des fractures sous chloroforme et l'application de l'appareil de Pierre Delbet. Il est, d'autre part, un partisan convaincu de l'ostéo-synthèse pour certains cas.

M. Forgue (de Montpellier) parle en faveur de l'astragalectomie dont il a été l'initiateur. « On ne saurait croire, dit-il, avec quelle facilité le pied humain peut se passer d'astragale.

M. Auvray (de Paris) cite le cas d'une malade à laquelle il a fait une ostéotomie il y a 5 ou 6 ans et qui ne présente actuellement ni trouble de la marche, ni douleur.

Communications individuelles.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

L'endothéliome de la rate. — M. Guyot (de Bordeaux). Une femme était atteinte, depuis 5 ans, d'une splénomégalie accompagnée d'hémoptysies répétées. L'examen du sang était négatif : ni leucémie, ni syphilis. La splénectomie par incision transversale donna un excellent résultat. Cette malade, opérée depuis plus de 16 mois, est aujourd'hui en parfaite santé. C'est le 5e cas de maladie de Gaucher publié en France. Cette observation est à rapprocher de celles de Gaucher, Picou, Ramon, Lefort, Témoin et Bonnel.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait non d'une tuberculose splénique, mais d'un endothéliome de la rate. Dans celle-ci, ainsi que dans les ganglions du hile, notablement hypertrophiés, on a trouvé des cellules de grande taille, à contours arrondis ou polyédriques, disposés en îlots limités contenus dans des alvéoles. Le tissu normal de l'organe est refoulé et détruit en grande partie. On ne trouve dans la rate que quelques corpuscules de Malpighi. Le réseau capillaire par ses ectasies donne à certains territoires un aspect angiomateux.

La conception de la maladie de Gaucher qui considère cette affection comme une endothéliomatose diffuse de l'appareil hémopoïétique (Ménétrier) ne paraît guère conciliable avec les résultats que peut, en pareil cas, donner la splénectomie. Cette affection s'est montrée souvent familiale.

Anesthésie locale prolongée. — M. Danis (de Bruxelles). Il s'agit de l'anesthésie au chlorhydrate double de quinine et d'urée. L'auteur s'est servi d'abord de ce produit sous forme d'une solution à 2 p. 100 qu'il versait dans la plaie opératoire. Plus tard, il injecta la solution après avoir commencé l'anesthésie à la novocaïne et il fit une remarque curieuse : le malade distinguait les deux zones différemment anesthésiées. Puis il fit des anesthésies régionales et des rachianesthésies à la « quinurée ». Il a pu même en injectant les nerfs splanchniques pratiquer des interventions abdominales de longue durée. Mais il a abaissé le taux de la solution à 0,50 p. 100 et il y ajoute un peu de novocaïne. Cette solution mixte perd, malheureusement assez vite, ses qualités, on peut la stabiliser pour quelques jours par l'addition d'une faible quantité de bicarbonate de soude. Le chlorhydrate de quinine et d'urée est un excellent anesthésique local et se distingue des autres agents analogues par la durée beaucoup plus longue de son action. Il est surtout recommandable dans les régions bien vascularisées. Il a l'inconvénient de troubler la courbe thermique dans les jours qui suivent l'intervention.

L'anesthésie au protoxyde d'azote. — M. Jayle (de Paris) recommande l'anesthésie au protoxyde d'azote combiné à l'oxygène, telle que la donne le Dr Dumont.

Cette anesthésie, sous laquelle il a pratiqué toutes les opérations gynécologiques, a pour principal avantage de ne déterminer aucune dépression de l'organisme, dépression qui favorise la diffusion des germes tombés dans la plaie. A ce titre, elle est déjà supérieure à l'anesthésie au chloroforme ou à l'éther.

Elle a pour second avantage de n'être suivi d'aucun des phénomènes pénibles consécutifs aux diverses anesthésies générales. La malade se réveille rapidement, parfois instantanément ; elle a la figure rose et n'éprouve aucune sensation désagréable. *Contre la douleur de la plaie, on fait une piqûre de morphine.*

L'inconvénient est la raison de son avantage. Comme elle est essentiellement fugace, elle exige de la part du chirurgien de la patience : au début, il faut savoir attendre ; pendant l'opération, il est parfois nécessaire de se plier à quelques arrêts, d'ailleurs courts.

Elle est particulièrement indiquée chez tous les débilités.

M. Desmarest (de Paris) est, dans l'ensemble, de l'avis de M. Jayle au sujet du protoxyde d'azote dont il se sert depuis deux ans pour pratiquer toutes interventions, sauf celles qui portent sur l'extrémité céphalique. Il donnait d'abord le protoxyde d'azote mélangé à l'éther. Il le donne maintenant pur, c'est-à-dire avec l'oxygène seulement. L'anesthésie ainsi obtenue est lente, il faut savoir attendre, elle est assez difficile à conduire et réclame un anesthésiste entraîné, elle cesse brusquement, mais elle est très peu dangereuse avec cette réserve qu'élevant notablement la tension artérielle elle ne doit être employée qu'avec précaution chez les hypertendus.

M. Auvray (de Paris) a eu personnellement l'occasion de comparer les impressions que causent les anesthésies au chloroforme et au protoxyde d'azote. Dans l'anesthésie au protoxyde le début est agréable, en particulier on n'est gêné par aucune odeur et on n'étouffe pas, mais bientôt il y a un phénomène pénible : on sent son cœur battre à rompre la poitrine. Puis après l'intervention le réveil est vraiment trop rapide et on éprouve de vives douleurs que l'engourdissement postchloroformique épargne aux opérés. M. Auvray croit qu'avec le protoxyde d'azote une injection de morphine, précédant ou suivant immédiatement l'opération, est utile.

M. Desmarest fait cette injection de morphine. D'autre part, en ce qui regarde les suites si simples de l'anesthésie au protoxyde d'azote, il doit dire que, quoique les vomissements soient rares, ils se produisent néanmoins quelquefois, environ dans 15 p. 100 des cas.

M. Depage souhaite qu'on prenne partout l'habitude de

stériliser le masque à anesthésie. Un certain nombre d'accidents pulmonaires postopératoires n'ont probablement pas d'autre cause qu'une contamination par le masque.

M. Jayle ne croit pas du tout à cette contamination.

M. Desmarest donne au contraire raison à M. Depage, mais les masques dont on dispose actuellement ne peuvent être que minutieusement nettoyés, ils ne sont pas stérilisables.

Quelques considérations sur l'anesthésie générale et principalement sur le chlorure d'éthyle et ses modes d'administration. — M. Malherbe (de Paris). Malgré la vogue et les progrès de l'anesthésie locale et régionale, la narcose générale reste encore la condition principale et indispensable de la grande chirurgie. On peut et on doit éviter, la plupart du temps, les accidents qui lui sont imputables. Ceux-ci découlent de trois sources principales : l'anesthésique, le malade et l'anesthésiste.

Les substances anesthésiques les plus répandues sont, par ordre décroissant de nocivité : le chloroforme, l'éther et le chlorure d'éthyle.

Ce dernier, encore mal connu, peut, dans la majorité des cas, remplacer les deux premiers. Mais pour lui, comme pour tout anesthésique, il est nécessaire d'employer une technique sûre et scientifique que l'expérience peut seule procurer. D'où la nécessité de la création d'une nouvelle spécialité destinée à former des anesthésistes.

Le chlorure d'éthyle, qui doit toujours se donner à la compresse, peut, dans certains cas (opérations sur la tête, le cou, les voies respiratoires, etc.), être administré par un procédé que l'auteur a décrit sous le nom d'insufflation à l'aide de la sonde rhino-pharyngienne.

Des formations néoplasiques considérées comme des généralisations cancéreuses postopératoires rapides. — M. Chavannaz (de Bordeaux). Après une opération pour cancer il n'est pas exceptionnel de voir très rapidement évoluer un ou plusieurs foyers cancéreux, à distance du lieu de l'opération. Pour la plupart ces faits sont expliqués par la théorie de l'athrepsie d'Ehrlich ou par un ensemencement opératoire, mais on peut avoir sur leur origine une opinion tout à faite différente.

Dans un cas d'amputation large du sein par le procédé de Willy, la mort étant survenue quelques heures après l'opération, l'auteur a trouvé à l'autopsie un foie ayant un volume normal, plutôt diminué, présentant une consistance dure, une surface cloutée rappelant le foie de la cirrhose atrophique de Laënnec. Aucun symptôme n'avait pu faire soupçonner une altération hépatique.

L'examen microscopique a montré une carcinose mammaire et hépatique ayant les mêmes caractères histologiques.

Si la terminaison avait été plus heureuse en apparence, si la malade avait duré quelques jours, le cancer du foie déjà très avancé se serait imposé à l'attention. On aurait pu voir là une démonstration de la théorie d'Ehrlich ou le résultat d'un ensemencement opératoire, alors que l'explication est tout à fait différente. Un cancer secondaire du foie était resté absolument latent malgré un examen attentif.

Cette observation met en relief la notion que les formations néoplasiques considérées comme des généralisations cancéreuses rapides d'origine opératoire ne sont souvent que des foyers de généralisations latentes antérieures à l'opération et ayant continué de croître.

Traitement chirurgical rapide des plaies, des phlegmons, par l'émondage et les rapprochements ou sutures. — M. Reynès (de Marseille). A l'imitation de l' « émondage » que l'auteur a pratiqué sur les blessés de guerre, dès novembre 1914, et qu'il a décrit et rappelé à l'Académie de médecine en 1915 et en 1920, il y a avantage à rénover le traitement classique de lésions traumatiques ou inflammatoires.

Abandonnant les anciennes méthodes expectantes et les pansements humides ou désinfectants, on fait la mise à jour du foyer morbide, l'ouverture de tous les clapiers, leur curettage et l'excision de tous les tissus contus, mâchés, désintégrés ou infectés dont l'élimination par mortification ou suppuration demanderait un temps très long.

Quand on a réalisé un assainissement chirurgical complet, quand on est en chair saine, on fait la suture immédiate, totale ou partielle, ou bien la suture « secondaire », mais en rapprochant à chaque pansement les lèvres de la plaie avec des agglutinatifs.

On hâte ainsi considérablement la cicatrisation; on évite des complications à distance, des fusées; les cicatrices sont bien plus souples et élégantes; les mutilations sont moindres.

Les pansements peuvent être rares et faits avec un mélange glycéro-balsamo-résineux. S'il est nécessaire, on pratique un petit émondage complémentaire.

De l'emploi du fil de tendon de renne dans les ligatures et les sutures perdues. — M. Maurice Cazin (de Paris) pense que le fil de tendon de renne doit être préféré au catgut. Celui-ci, en effet, est généralement fabriqué dans des conditions tout à fait défectueuses et même particulièrement dangereuses, si l'on en juge par les cas de tétanos postopératoire que l'on a pu imputer à l'emploi de *catgut tétanifère*. Le tendon de renne est, au contraire, préparé dans des conditions de sécurité très rassurantes, et d'ailleurs, du fait même de sa structure histologique, il ne constitue pas un milieu de culture pour les germes microbiens comme le catgut composé essentiellement de tissu musculaire.

Enfin la résorption du tendon de renne dans les tissus est très lente, puisqu'elle s'effectue seulement après cinq ou six semaines au minimum, de sorte que ce fil donne aux sutures les mêmes qualités de résistance et de solidité que les fils non résorbables, sans avoir les inconvénients de ceux-ci au point de vue des éliminations tardives.

La seule objection que l'on a pu faire à l'emploi du fil de tendon de renne, surtout pour les ligatures, résulte de l'irrégularité de calibre des brins résultant de la dissociation des tendons, mais cette objection n'existe plus si l'on a recours à la cordelette en tendon filé que l'on reçoit maintenant de Norvège.

TÊTE ET COU

Correction du prognathisme exagéré par une double résection du maxillaire. — M. Julliard (de Genève). Les cas graves de prognathisme du maxillaire inférieur s'accompagnant de troubles de la mastication sont justiciables de la résection d'une partie de la branche horizontale de la mandibule. Cette opération rarement pratiquée jusqu'ici a été couronnée de succès chez un malade qui a guéri vite et sans incident malgré la résection de 3 cm. d'os d'un côté et de 2 cm. de l'autre. A cette occasion on peut formuler les remarques suivantes : la section osseuse doit être non pas verticale mais en forme de soc de charrue pour éviter l'ascension du fragment postérieur. L'attelle ne doit pas être trop rigide au début de façon à favoriser l'emprise naturelle des dents. Il est préférable d'opérer en un seul temps et il est inutile de faire des ligatures artérielles préliminaires. Une rapide mobilisation de la mâchoire (10 jours après l'opération dans le cas signalé) est recommandable, elle hâte la consolidation.

Les fractures du nez et leur traitement. — M. Jacques (de Nancy). A un certain degré, d'ailleurs fréquent, de violence, les chocs portant sur l'auvent nasal entraînent une dislocation du squelette dont il faut connaître le mécanisme pour la corriger à temps et éviter à coup sûr les difformités extérieures et l'obstruction nasale qui en sont les conséquences ordinaires.

Ces fractures du nez sont en réalité surtout des luxations latérales des os propres, soudés entre eux et se comportant comme une gouttière osseuse continue. Elles s'accompagnent d'une fracture de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde étendue plus ou moins au cartilage quadrangulaire. La réduction digitale est aisée dans les premiers jours et la contention n'exige l'application d'aucun appareil extérieur. Mais elles doivent être complétées par le relèvement et le maintien des lames osseuses disloquées au moyen d'un tamponnement intranasal approprié.

Statistique et pathologie des corps étrangers des voies aériennes et de l'œsophage depuis 1903. — M. Guisez (de Paris), depuis 1903 (date à laquelle il a, le premier en France, enlevé un corps étranger bronchique par la broncho-œsophagoscopie), a eu l'occasion de traiter 153 corps étrangers œsophagiens et 51 corps étrangers bronchiques; c'est le résultat de ses observations qu'il apporte au congrès.

ŒSOPHAGE. — Chez l'adulte les os viennent en premier lieu dans la statistique (38 cas). *Chez l'enfant* ce sont les corps arrondis et plats tels les sous, les boutons, et les jetons (46 cas).

LES VOIES AÉRIENNES SUPÉRIEURES. — Ici ce sont les graines, noyaux qui furent le plus souvent rencontrés, puis les petits os, clous, anches de trompette et épingles. Comme corps exceptionnels il y a lieu de citer un canif à lame ouverte enlevé de la bronche droite, une balle de fusil de la bronche gauche chez deux enfants de 4 ans.

Les enfants les plus jeunes opérés avaient 4 mois et 8 mois (broche dans le larynx, grelot dans l'œsophage) et la malade la plus âgée 81 ans (dentier dans l'œsophage).

Le point d'élection est, dans l'œsophage, le tiers supérieur (78 p. 100) et dans les bronches, la *droite* (68 p. 100).

Les corps métalliques sont très bien tolérés pendant très longtemps. C'est ainsi qu'une pièce de 0,10 avait séjourné 4 ans dans l'œsophage sans causer aucun dommage. Au contraire les corps organiques s'altèrent rapidement, les os, les arêtes dans l'œsophage amènent en un temps très court des phlegmons péri-œsophagiens, et les corps susceptibles de se gonfler comme les noyaux, graines, amènent dans les bronches des broncho-pneumonie rapidement fatales.

Chez l'adulte l'*intervention broncho-œsophagoscopique* doit toujours être faite sous anesthésie locale, chez l'enfant avant 4 ans, sans aucun anesthésique.

Pour les *corps bronchiques*, dans 35 cas l'auteur a pratiqué la *bronchoscopie supérieure*, et dans 15 l'*inférieure*, huit de ces malades sont arrivés trachéotomisés.

Pour les *corps œsophagiens* l'extraction a été de règle après mobilisation, toutefois dans 30 cas après le désenclavement, le corps étranger a été dégluti et a été évacué par les voies naturelles; c'est là un processus de guérison tout aussi favorable.

La statistique globale de l'auteur donne 97 p. 100 de guérisons et les échecs sont dus à ce que les malades sont arrivés à une période tardive avec soit des phlegmons périœsophagiens soit des broncho-pneumonies très avancées.

(*A suivre.*) P. CHASTENET DE GÉRY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 16 NOVEMBRE 1920)

Le « terrain » dans les encéphalopathies infectieuses. — M. LÉPINE prend le mot « terrain » dans le sens biologique. Il est des sujets qui sont plus ou moins sensibles et plus ou moins prédisposés, de par leur état nerveux, à contracter une maladie infectieuse, telle, par exemple, que l'encéphalite léthargique. M. Lépine cite plusieurs exemples à l'appui de cette opinion. Il en est de même, selon lui, pour la paralysie générale que la syphilis ne saurait réclamer pour elle seule.

M. NETTER rappelle avoir signalé déjà l'importance du terrain chez les malades atteints d'encéphalite léthargique. Beaucoup de ces malades, en effet, présentent un système nerveux sensible et l'on trouve souvent chez eux des antécédents nerveux personnels et héréditaires.

Dès 1915, M. Netter a communiqué l'observation d'une jeune fille, prise de fièvre élevée, de troubles cérébraux qui avaient d'abord fait penser à une méningite tuberculeuse. Mais en raison de l'hypertrophie de la rate et d'autres signes, M. Netter repoussa ce diagnostic et fit celui de fièvre typhoïde, chez une nerveuse. Les suites lui ont donné raison. Cinq ans après, cette même jeune fille a été atteinte d'encéphalite léthargique que M. Netter a traitée par un abcès de fixation, ce qui a amené une guérison rapide. Le terrain, chez cette malade s'est montré dans deux circonstances, une première fois dans la fièvre typhoïde, une seconde fois dans l'encéphalite léthargique. Il est donc hors de doute que la prédisposition nerveuse joue un rôle dans l'étiologie de cette affection. En terminant, M. Netter fait remarquer que l'épidémie d'encéphalites léthargiques qui a été observée à Paris, l'a été pendant la guerre au moment des bombardements. Chez beaucoup de sujets nerveux, il y a eu, de ce fait, une prédisposition particulière à des encéphalopathies et, en particulier, à l'encéphalite léthargique, à la paralysis agitans, etc.

Présence de l'acide sulfhydrique libre dans les gaz thermaux de Royat. — M. MEILLÈRE présente une note de MM. BILLARD, MOUGEOT et DAGNIAC.

Les tumeurs secondaires des os. — M. DELBET lit un travail sur les tumeurs osseuses qui, bien que secondaires, apparaissent cliniquement comme primitives. Le diagnostic est difficile, l'examen histologique peut être trompeur, M. Delbet est arrivé à classer ces tumeurs, à distinguer les sarcomes primitifs des épithéliomas secondaires. De cette étude, il résulte que la conception clinique des ostéosarcomes serait grandement modifiée.

Il est dès maintenant certain que ces tumeurs peuvent être secondaires, sans que rien, cliniquement, le fasse soupçonner, de là cette conclusion pratique : Comme toute intervention est inutile en cas de tumeurs secondaires, en face d'une tumeur osseuse diaphysaire, avant de se décider à une opération, surtout si elle doit être mutilante, il faut faire une large biopsie et l'étudier avec grande attention.

Les colonies de vacances des régions libérées. — M. AUSSET fait connaître les grands services qu'a rendus le sanatorium de Zuydcoote (Nord), véritable ville sanitaire. 1.696 enfants y furent admis en trois séries et y ont raffermi leurs santés chancelantes. 257.000 fr. ont été consacrés à cette œuvre et fournis, en grande partie, par la générosité publique, à laquelle M. Ausset fait, de nouveau, appel. Les résultats obtenus justifient amplement cette dépense.

Election. — L'Académie procède à l'élection de trois correspondants nationaux (1re div.).

Le classement des candidats était le suivant : en 1re ligne, MM. Sergent (d'Alger), Thiroux (des troupes coloniales), Combemale (de Lille) ; en 2e ligne et par ordre alphabétique, MM. Barbary (de Nice), Fontoynont (de Tananarive), Legrand (d'Alexandrie), Lenoble (de Brest), Perrier (de Nîmes) et Pron (d'Alger).

Au premier tour, M. Sergent est élu. Après trois tours de scrutin sans résultats, pour la seconde place, l'Académie a décidé de renvoyer l'élection à huitaine.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Jeudi 18 novembre. — Jury : MM. de Lapersonne, président; Jeanselme, Carnot et Philibert. — M. ROUSSEAU (Charles). Etude sur la viscosité sanguine chez les diabétiques. — M. BEAU (Jean). Hépatite amibienne chronique. — M. SAMOYEAU (Pierre). Contribution à l'étude clinique de l'érythromélie. — M. FOURIAUD (Félix). Contribution à l'étude des conjonctivites.

Mercredi 24 novembre. — Jury : MM. Labbé (Marcel), président; Balthazard, Garnier et Guilleminot. — M. HUMBERT (Jean). La submersion intra-utérine du fœtus. — M. HAGUENEAU (Jacques). Le syndrome humoral de la paralysie générale.

Jury : MM. Hartmann, président ; Legueu, Mathieu et Gosset. — M. CAUDRELIER (Raoul). Contribution à l'étude de l'humérus. — M. HERTZ (Jacques). Contribution à l'étude chirurgicale du mal de Pott. — M. COTILLON (P.). Quelques remarques sur un cas de pyosalpinx ouvert dans la vessie.

Jeudi 25 novembre. — MM. Achard, président; Widal, Carnot et Broca (André). — M. KOPACZEWSKI (L.). L'anaphylaxie et la toxicité par contact. — M. CHAZAUD (René). L'eau sulfatée sodique de Miers. — M. GILBRIN (Raymond). Sérothérapie des arthrites blennorragiques. — M. DOUSSAIN (Charles). Contribution à l'étude des essais de vaccinothérapie des cancers. — M. ESTABIAL (Marcel). Considérations sur quelques points dans les injections sous-cutanées d'oxygène. — M. MOUTARD (Louis). Le tube coolidge à radiateur et son application en radiodiagnostic.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Pathologie.* — Séance du 19 novembre. — MM. Raoul, 6; Dumas (Jean) et Lepaumier, 9; Baranger (André) et Pareux, 6; Dalsace (Jean), 7; de Brun du Bois-Noir (Roger), 13; Marchal, 11; Gourney, 5; Barreau, 10; Hillemand, 8.

Anatomie. — Séance du 18 novembre. — Mlle Lévy (Gabrielle), 7; MM. Lange, 6; Vigneron, 10; Laquière, 6; Cahen, 3; Panis, 6; Denis le Sève, 5; Jossand, 7; Bernard (Étienne), 14; Coste, 15.

Séance du 19 novembre. — MM. Poincloux, 6; Lallemant, 7; Dayras, 11; Kenzinger, 6; Maduro, 11; Laffaille, 8; Fortin, 6; Delgove, 3; Froment, 11; Verger, 10.

— Concours de l'externat. — *Classement des candidats.* — Sont nommés externes des hôpitaux et classés dans l'ordre suivant :

1. MM. Maziol, Mounier, Lebon, Sebileau, Blondin, Mlle Levin, MM. Besançon, Robin, Krief, Mlle Bouisson,

11. MM. Leibovici, Pelissier, Trocmé, Vassitch, Mlle Deschamp, MM. Garigoux, Imbert, Lévy-Neumand, Blanc-Champagnac, Mlle Leprovost de Saint-Jean,

21. MM. Lemaire (André), Romeyer, Mlle Schoeller, MM. Vialard, Le Conte des Floris, Chevereau, Couturat, Salmon (Albert), Martin (René), Faure,

31. Mayer, Phelipeau, Decourt, Bernheim, Launay, Kanony, Chomereau-Lamotte, Cahen, Robert, Foulon,

41. Merle d'Aubigné, Mlle Meurs, MM. Roux (Paul), Ferrière, Baconnet, Mlle Hébert, MM. Bourgeois (Pierre), Constant, David (Marcel), Delalande,

51. Canonne, Barré, Mlle Maus, MM. Kimpel, Pascal, Mlles Rappoport, Zimmer, Le Grand, MM. Nédelec, Emerit,

61. Duruy, Martin-Saint-Laurent, Chassaigneux, Genieys, Lyonnet, Molimard, Mlle Wachi, MM. Lelong, Macon, Maximin (Maurice),

71. Grindu, Brunet (Simon), Derocque, Mauvoisin, Richard (Jacques), Vilenski (André), Mlle Oumansky, MM. Moruzi, Guérin (Paul), Dimitracoff,

81. Houlnick (Georges), Lacroix (René), Laporte, Marchand, Martin (Robert), Mlle Morin, MM. Quereilhac, Thiébaut, Mlle Vogt, MM. Contant,

91. Girard (Lionel), Mathias, Stieffel, Charpentier, Rasier, Mme Parmentier, MM. Levy-Weissmann, Rochard, Roseau, Mme Grasier,

101. M. Verger-Honta, Mlle Bastien, MM. Baillis, Vincent-du-Laurier, Nevet, Mlle Desbrousses, MM. Eliet, Salmon (Robert), Grandperin, Lecœur (Pierre),

111. Senoze, Lemoine, Lesiez, Desoille, Frantz, Rebeillard, Chatagnac, Megret, Escande, Mirallié,

121. Petrignani, Mlle Manin, MM. Baron (Pierre), Poulet, Bernard (René), Pannier, Risas, Bothezat, Bourgeois (Jean-Baptiste), Colette,

131. Foubert, Mery, Mlle Reymer, MM. Berton, Noguères, Petit (Marcel), Petit (Pierre), Poulain, Roy (Maurice), Seguin,

141. Antonini, Bachelin, Barbé, Gerson, Mlle Hendlé, MM. Fouber, Ragouneau, Wilbert, Bidoire, Chaperon.

151. Nativelle, Widlocher, Berbyshire, Lechtsih, Foyatier, Milner, Gache, Ducroquet, Thiberts, Hurez,

161. Worms, Brissaud, Gricouroff, Weber, Baize, Carteaud, Mlle Gricouroff, MM. Lefèvre (Pierre-Marie), Trollé, Bagot,

171. Thiola, Fribourg, Gloser, Lortsch, Hirschberg, Mahé, Michaud, Mlle Sturm, MM. Montassut, Quesmer (Bernard),

181. Benoist (Fernand), Colin (André) Abd-el-Nour, Chiffre, Duprez, Grenierboley, Leclainche, Luchette, Bonnemaisons,

191. Barragué, Célestin, Dessus, Devois, Tailhefer, Rochette, Aragon, Chauvot (Gabriel), Duminil, Gorostidi,

201. Guérin (Alfred), Mlle Lamy, M. Maurellet, Mlle Merlhès, MM. Pellerin, Bidegaray, Durand (Marcel), Durand (André), Lecœur (Marcel), Mlle Marchand,

211. MM. Mondel, Desgrez, Drouineau, Laënnec, Gruillot, Mlle Lerebour, MM. Zuber, Marguet, Jahirel, Widiez,

221. Bourdin (Emile), Roland, Breton (François), Chas-

sagnac, Dercheu, Marion, Marot, Mugnier, Camail, Darfeuille,

231. Ourmansky, Regnault, Wolff, Asselin-Billencourt, Auvynet, Beau (Maurice), Berson, Lacan, Le Blay, André,

241. Hazemann, Mlle Gelé de Francony, MM. Pasquet, Vincent, Bresson, Baclesse, Clérey, Delaporte, Fremiot, Piton,

251. Scialom, Subileau, Clement, Dufour, Boulay, Harbuger, Laroche, Quemin (Jean), Verger, Alibert,

261. Canal, Delarue, Gillet, Gomet, Guérin (Henri), Touchard, Violet, Mlles Dobkevitch, Bocquet, Bourguignon,

271. MM. Bohm, Mirault, Bas, Crouzat, Mlle Paturel, M. Cauchy, Mlle Henry, MM. Hiély, Mitelette, Mlle Bailly,

281. MM. Périn, Piussan, Dessert, Mlles Henry, Reitlinger, Labat de Lambert, MM. Quignard, Weil, Ogliastri, Mlle Benoist,

291. MM. Mary, Collin (Pierre), David (Eugène), Bécue, Boucher, Burnouf, Dulac, Goguel, Henne, Menguy,

301. Perret (Antoine), Richard (André), Ferciot, Bouvier. Mlle Perrain, MM. Stankovitch, Bouron, Chenu, Couderc, Georges,

311. Perret (Adrien), Sobelman, Barbier, Mlle Decor, MM. Beaugeard, Reumaux, Mlle Téry, MM. Degrais, Bonnerot, Bureau,

321. Bussy, Duval, Farrand, Renous, Ardoin, Pauchel, Mlle Bordy, M. Beau (Henri), Mlle Lévy, MM. Mackiewicz,

331. Tournier, Mlle Meyer, MM. Jalenques, Mazet, Minet, Mme Poulain, MM. Lefèvre (Pierre-Charles), Mailley, Marino, Witzberg,

341. Henkène, de Blanchaud, Diriart, Deruas, Houlnick, (Armand), Paumelle, Touraine, Mlle Besson, MM. Bagdonovitch-Douchou, Dubois,

351. Froment, Rousière, Mlle Bertazzi, MM. Deslandres, Fesquet, Geant, Mercier, Blanchard, Aubert, Mlles Astaix,

361. Gauthier-Villard, MM. Cognet, van Neuselle, Lanéon, Thoumas.

HOPITAUX DE PROVINCE. — LILLE. — Le concours pour la nomination de médecin-adjoint des hospices de Lille s'est terminé par la nomination de M. le Dr Duhot.

— Il s'ouvrira le 13 décembre 1920, à neuf heures du matin, à l'hôpital Saint-Sauveur, un concours pour la nomination de huit internes titulaires et de six internes provisoires en médecine (Service de la Faculté de l'Etat) et le lundi 13 décembre 1920, à neuf heures du matin, à l'hôpital de la Charité, un concours pour la nomination de vingt-sept externes en médecine (Service de la Faculté de l'Etat).

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices, 41, rue de la Barre, jusqu'au 1er décembre 1920.

HOPITAL COCHIN. — Sous la direction de M. le professeur F. Widal et M. A. Lemierre, commencera à partir du lundi 29 novembre 1920, une série de vingt leçons avec exercices pratiques. — Sujet : Procédés d'exploration clinique appliqués au diagnostic des malades. Inscription à la Faculté, guichet 3. Droit : 150 fr.

RECTIFICATION. — Dans le n° 93, p. 1492, le titre de la Note du Praticien doit être ainsi rectifiée, au lieu de : « Le Manganate calcico-potassique dans la tuberculose, par le Dr Chiaïs, médecin des hôpitaux de Marseille », lire : « par le Dr Chiaïs, médecin de l'Œuvre antituberculeuse des Bouches-du-Rhône ».

Le Professeur DEBOVE

Le professeur Debove vient de succomber à une longue et douloureuse maladie qui, depuis plusieurs mois, le tenait éloigné de son siège de secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine.

Agé de 75 ans, Debove était resté jeune d'esprit et de caractère. Sa carrière fut facile et brillante. Interne en 1869, médecin des hôpitaux en 1877, agrégé l'année suivante, professeur en 1890, membre de l'Académie en 1892, doyen de la Faculté en 1902, il succéda à Jaccoud comme secrétaire perpétuel. Il était commandeur de la Légion d'honneur.

Elève de Charcot, il s'adonna d'abord à la pathologie nerveuse et publia plusieurs travaux originaux qui le mirent en évidence. Il s'occupa ensuite des maladies du tube digestif, propagea, dans son enseignement, le lavage de l'estomac à l'aide du tube imaginé par Faucher. Il s'occupa aussi, particulièrement, de la tuberculose et, l'un des premiers, insista sur l'importance de la suralimentation des tuberculeux. Enfin, il prit une part prépondérante à la lutte contre l'alcoolisme et fut nommé président de la Ligue nationale contre ce fléau. Il se dépensa beaucoup dans ses leçons, dans des conférences, dans des productions écrites pour le bon combat. Il allait droit au but ; aucune considération ne l'arrêtait. La vérité seule lui importait et nous l'avons entendu, dans une de ses conférences, malmener assez rudement les pouvoirs publics et le régime parlementaire, pour leur respectueuse faiblesse à l'égard du grand électeur, le marchand de vins. Debove était un indépendant.

D'une intelligence très ouverte, d'un esprit fin et avisé, d'un heureux caractère, aimable et souriant, spirituel, parfois un peu rabelaisien, Debove a successivement acquis les plus hauts grades de notre profession sans avoir eu l'air de se donner beaucoup de peine. C'était un vrai Parisien de Paris, qui, boulevardier endurci, avait, toute sa vie, conservé des habitudes de flânerie et qu'on aimait à rencontrer, le cigare aux lèvres, la canne à la main, marchant sans se presser, la main dans les poches, l'air quelque peu gouailleur, s'arrêtant volontiers quand il rencontrait quelque confrère pour bavarder et plaisanter avec lui.

Tout cela ne l'empêcha pas d'être un excellent clinicien, peut-être un peu sceptique en matière de thérapeutique, un professeur très érudit, très clair, dont la parole facile et élégante était toujours agréable à entendre.

Ses éloges académiques étaient fort bien écrits et non moins bien dits, mais contrairement à son prédécesseur Jaccoud, il passait volontiers la plume à un collègue, ces éloges demandant un certain travail et Debove, avec toutes ses brillantes qualités, semblait assez partisan du moindre effort. C'est une belle intelligence qui disparaît, c'était un charmant confrère dont le souvenir restera vivant chez ceux qui ont eu la bonne fortune de l'approcher.

A. BROCHIN.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA QUESTION DU LAIT ET LES PRÉTENTIONS DE LA PRÉFECTURE DE LA SEINE

Le diplôme d'État délivré aux docteurs en médecine leur donne-t-il le droit d'exercer la profession médicale?

Nous l'avions cru jusqu'ici, mais voici qu'une circulaire du Préfet de la Seine apporte une limitation à l'exercice de la médecine.

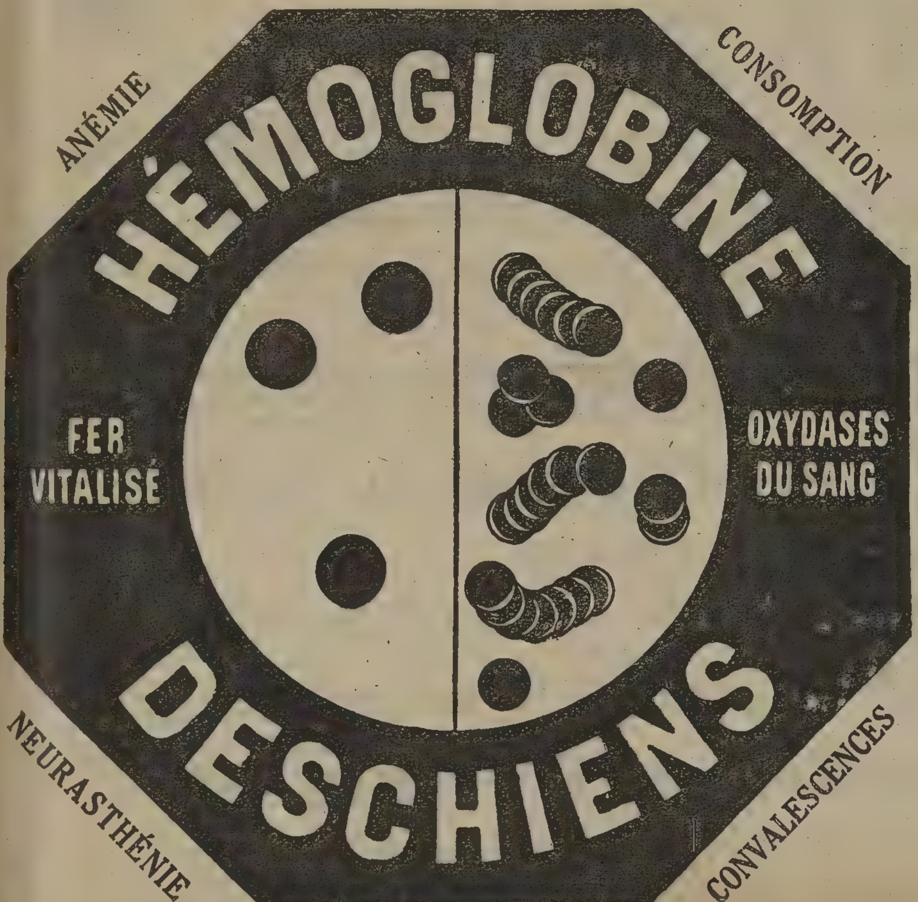
Le lait est rare à Paris, c'est un fait extrêmement grave si on songe que les petits enfants et les malades sont exposés à en manquer.

L'administration a cru devoir rétablir les cartes de lait et exiger un certificat médical pour délivrer ces cartes de priorité aux enfants et aux malades ; rien de plns sage.

Mais ici M. le Préfet de la Seine soulève une exception : seuls seront valables aux yeux de l'administration les certificats délivrés, moyennant honoraires fixes, par les médecins de l'Assistance médicale à domicile.

Ainsi donc l'autorité préfectorale crée deux classes de médecins, les médecins de 1re classe, fonctionnaires privilégiés qui pourront seuls délivrer des certificats et les médecins de 2e classe bons pour payer les impôts de tout genre mais n'ayant le droit qu'à un exercice limité de leur profession.

Cette limitation, comme aussi la suspicion qu'elle comporte est inadmissible. Les médecins de l'Assistance médicale seront les premiers à protester contre le rôle qu'on veut leur faire jouer ; nous savons d'autre part que les syndicats, justement émus, ont adressé aux pouvoirs publics une énergique protestation contre ce que nous considérons comme un abus de pouvoir.


ANÉMIE
HÉMOGLOBINE
CONSOMPTION
FER VITALISÉ
OXYDASES DU SANG
NEURASTHÉNIE
DESCHIENS
CONVALESCENCES

ÉTUDE PHARMACODYNAMIQUE

DE

L'ALLYLTHÉOBROMINE

Par M. G. POUCHET,

Professeur de pharmacologie à la Faculté de médecine de Paris.

De tous les diurétiques actuellement utilisés en thérapeutique, la *théobromine* est le plus fréquemment employé, en raison des bons résultats obtenus et aussi parce que son influence provoque une élimination notable des chlorures de l'organisme, apportant ainsi un obstacle à la rétention chlorurée et à la production des œdèmes. En même temps, l'élimination de l'azote est également augmentée.

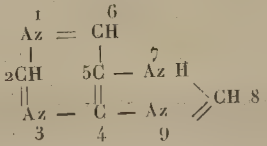
Mais l'utilisation de cette substance est toujours plus ou moins entravée par l'insolubilité de la théobromine, ce qui empêche de l'employer sous une autre forme que celle de cachets et atténue la rapidité, quelquefois même l'efficacité de son action diurétique.

L'obtention d'une théobromine soluble, permettant d'utiliser le médicament par voie d'injection hypodermique, intramusculaire ou même endo-veineuse, constitue donc un avantage considérable. Ce progrès indéniable se trouve réalisé par l'*allylthéobromine*.

La substitution dans la molécule de la théobromine d'un reste alcoyle à un atome d'hydrogène de la chaîne AzH encore libre, c'est-à-dire qui n'a pas encore été substitué, augmente cette solubilisation qui se montre d'autant plus accentuée que la substitution s'effectue au moyen d'un reste moins élevé dans l'échelle de la série grasse; ainsi la *caféine*, qui n'est autre chose que la méthylthéobromine, soluble dans 75 parties d'eau froide est plus soluble que l'allylthéobromine, soluble seulement dans 200 parties d'eau, tandis que la théobromine est presque insoluble, puisqu'elle exige 1.600 parties d'eau pour se dissoudre.

Les formules de constitution ci-après montrent le passage de la *théobromine* à la *caféine* et à l'*allylthéobromine*.

Le noyau commun à tous ces composés est constitué par la *purine*, dont le schéma suivant représente la constitution moléculaire.

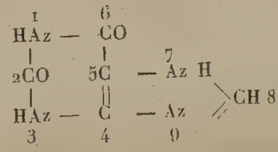


$C^5H^4Az^4$

Purine

Les conventions récemment admises, en ce qui concerne la nomenclature et le graphisme des formules chimiques, font désigner par les chiffres 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, la position respective des chaînes constituant la molécule.

Les atomes d'azote situés en 1 et 3 peuvent avoir une de leurs atomicités saturée par un reste monovalent tel que H ou CH^3, en même temps que l'hydrogène des chaînons 2 et 6 sera remplacé par de l'oxygène. On arrive ainsi à la formule de la *xanthine* ou dioxy 2,6 purine, dont le schéma suivant représente la constitution :

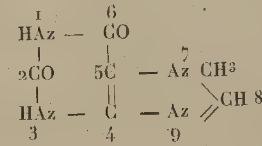


$C^5H^4Az^4O^2$

Xanthine

(Dioxy 2,6 purine)

Dans ce composé, l'atome d'hydrogène de chacun des chaînons 1, 3, 7, peut être remplacé par un groupe CH^3 monovalent pour donner une monométhylxanthine et, suivant la place à laquelle se fera cette substitution, il peut exister trois isomères. Sur ces trois isomères que prévoit la théorie, un seul est bien connu, c'est l'*hétéroxanthine* qui est la méthyl 7 dioxy 2,6 purine



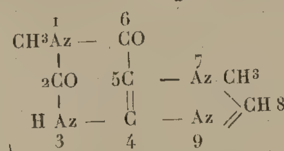
$C^6H^6Az^4O^2$

Hétéroxanthine

(Méthyl 7, dioxy 2,6, purine)

que l'on trouve en petite quantité, comme la xanthine dans l'urine de l'homme et de quelques animaux, ainsi que dans certains tissus : foie, rate, pancréas, thymus, muscles. La xanthine existe également dans un certain nombre de plantes, dans les lupins et les embryons de l'orge germée, mais surtout dans les plantes du groupe des caféiques.

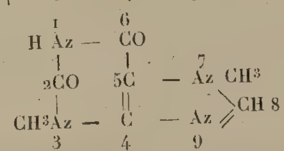
La théorie permet de prévoir trois diméthylxanthines isomériques qui sont connues toutes les trois :



$C^7H^8Az^4O^2$

Paraxanthine

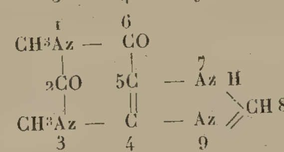
(Diméthyl 1,7, dioxy 2,6, purine)



$C^7H^8Az^4O^2$

Théobromine

(Diméthyl 3,7, dioxy 2,6, purine)



$C^7H^8Az^4O^2$

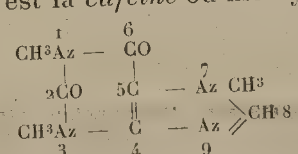
Théophylline

(Diméthyl 1,3, dioxy 2,6, purine)

La paraxanthine existe dans l'urine humaine, la théobromine dans les caféiques et principalement le cacao, la théophylline ou théocine dans les caféiques et principalement le thé.

La constitution de ces divers composés a été nettement déterminée par les procédés permettant de réaliser leur synthèse.

Il ne peut exister qu'une seule triméthylxanthine, c'est la *caféine* ou méthylthéobromine :



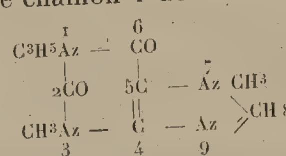
$C^8H^{10}Az^4O^2$

Caféine

(triméthyl 1,3,7, dioxy 2,6 purine)

que l'on rencontre dans tous les représentants du groupe des caféiques, principalement dans les fruits et les feuilles du caféier, dans le thé, le guarana, le maté, la noix de kola.

Le remplacement du groupe méthyl CH^3 par le groupe allyl C^3H^5, son homologue supérieur, dans le chaînon 1 donne le composé nouveau :



$C^{10}H^{12}Az^4O^2$

Allylthéobromine

(Allyl 1, diméthyl 3,7, dioxy 2,6, purine)

qui est une trialcoyldioxypurine comme la caféine, tandis que la théobromine n'est qu'un dérivé dialcoylé.

En même temps que cette troisième substitution

augmente la solubilité dans l'eau, elle modifie, dans une large mesure, les propriétés pharmacodynamiques de la substance médicamenteuse, et par conséquent ses propriétés diurétiques.

La caféine ou méthylthéobromine est soluble dans 75 parties d'eau à la température de 15°, tandis que la théobromine exige pour se dissoudre 1.600 parties d'eau à la température de 17° et l'allylthéobromine 200 parties d'eau à la température de 15°. La solubilité de l'allylthéobromine est fortement accrue en présence des divers benzoates, salicylates et acétates.

Mais la substitution du reste CH^3 à l'hydrogène du chaînon 1 pour donner naissance à la caféine a entraîné en même temps des modifications dans les qualités pharmacodynamiques; l'influence sur le système nerveux central et sur les éléments musculaires est devenue considérablement plus accentuée, en même temps que l'influence sur la diurèse s'est notablement atténuée. Dans ces conditions, la caféine ne peut plus être utilisée, dans la plupart des cas, pour provoquer une action diurétique en raison surtout des influences concomitantes exercées sur les appareils nerveux, circulatoire et musculaire.

On avait bien cherché à solubiliser la théobromine et on avait remarqué que cette substance était capable de se combiner aux alcalis en donnant un produit plus soluble. Le même hydrogène du chaînon 1 remplacé dans la méthylthéobromine (ou caféine) par CH^3 et dans l'allylthéobromine par C^3H^5, est également capable de se laisser remplacer par un alcali, un atome de sodium par exemple, ce qui fournit la théobromine sodique, produit beaucoup plus soluble que la théobromine et jouissant des mêmes propriétés diurétiques. On a également préparé des combinaisons de la théobromine avec le lithium et le calcium. Mais alors intervient un autre inconvénient, c'est la réaction fortement alcaline qui caractérise toutes les combinaisons de la théobromine avec les bases alcalines ou alcalino-terreuses et ne permet pas leur emploi sous forme d'injections.

La solubilisation de la théobromine est également facilitée par l'emploi de solutions acides, ainsi que par l'emploi de solutions de benzoate ou de salicylate de soude. Toutefois, cette augmentation de solubilité n'est pas très marquée pour les solutions étendues et elle peut même, dans certains cas, présenter quelques inconvénients.

C'est donc un réel avantage de posséder une théobromine dont la solubilité soit réalisée par l'intermédiaire d'une modification n'entraînant aucun des inconvénients ci-dessus décrits.

Il reste à envisager la façon dont l'organisme réagit vis-à-vis de cette théobromine modifiée, et si, par le fait de cette solubilisation, elle n'exerce pas sur le système nerveux central, l'appareil musculaire, le cœur et la circulation, l'appareil respiratoire, des influences plus ou moins offensives qui en restreindraient l'emploi.

Le Dr H. Rist a fait, dans le laboratoire de l'Institut pharmacologique de Zurich, sous la direction du prof. Cloetta, un assez grand nombre d'expériences complétées récemment par un travail du Dr Richard Saint-Yves, qui en a fait l'objet de sa thèse inaugurale à la Faculté de médecine de Lyon. Ce dernier mémoire résume les recherches du Dr Ritz et y ajoute l'étude de l'influence exercée par l'allylthéobromine sur les appareils respiratoire et circulatoire.

La première question qui se pose est celle relative à la toxicité de l'allylthéobromine. Les expériences du Dr Ritz, effectuées sur la souris et le lapin, montrent que le pouvoir toxique est beaucoup plus faible par voie d'injection intramusculaire ou sous-cutanée que par voie d'injection endo-veineuse, comme cela se remarque d'ailleurs avec la caféine. Les doses élevées provoquent des effets marqués sur les systèmes nerveux central et musculaire : hyperexcitabilité réflexe fortement accentuée et contracture musculaire intense se rapprochant de ce que l'on observe avec la caféine.

Les données actuelles relatives à l'influence exercée par la structure moléculaire permettaient, à priori, de penser que, grâce à son radical allyl, le nouveau composé exercerait, sur le centre respiratoire, une influence dont la thérapeutique de certaines affections pourrait tirer un utile parti. Et en effet, l'expérience montra que le nombre des mouvements respiratoires était légèrement augmenté, mais que, surtout, l'amplitude de ces mouvements était accrue, et cela, malgré l'intervention d'un narcotique, c'est-à-dire, alors que le centre respiratoire était plus ou moins paralysé. Par exemple, chez un lapin dont le nombre des mouvements respiratoires est fortement ralenti par la morphine, une injection hypodermique subséquente d'allylthéobromine ramène presque le rythme normal, en même temps que l'on voit augmenter sensiblement l'amplitude des inspirations. Si l'injection est pratiquée par voie endoveineuse, les phénomènes sont encore plus accentués, et le nombre des mouvements respiratoires dépasse notablement le chiffre normal, mais cette excitation du centre respiratoire s'atténue beaucoup plus rapidement.

En ce qui concerne l'appareil circulatoire, l'influence exercée par l'allylthéobromine rappelle l'influence exercée par la caféine, mais elle se montre plus prononcée et plus durable. Une injection endoveineuse détermine une brusque ascension de la pression artérielle qui reprend rapidement sa valeur normale, et cette élévation marquée de la pression s'observe même lorsque l'injection d'allylthéobromine succède à une injection de caféine ayant déjà provoqué une augmentation marquée de la pression. La mort du cœur, sous l'influence des doses élevées, se produit en systole tétanique et d'une façon brusque, comme avec la caféine.

Le système musculaire est également stimulé par l'allylthéobromine, ainsi que cela résulte d'expériences très démonstratives que j'ai instituées à ce sujet. Des tracés obtenus avec la grenouille, après injection, dans les sacs lymphatiques dorsaux, de 1 cmc. de solution aqueuse saturée d'allylthéobromine (ce qui correspond à 5 mmg., environ, de produit cristallisé), ont très nettement mis en évidence cette propriété, qui s'est manifestée par une tendance à la tétanisation, lors de l'excitation du nerf moteur, et une tendance à la contracture, lors de l'excitation directe du muscle.

Pour ce qui regarde l'influence diurétique, les expériences du Dr Ritz sont absolument décisives, il a montré, dans une nombreuse série d'expériences variées, que cette influence était plus marquée encore que celle exercée par la théobromine et par la caféine et qu'elle s'exerçait même après que la diurèse avait été déjà provoquée par l'une des deux substances ci-dessus désignées.

Cette expérimentation a tenté de déterminer le rapport existant, quant à l'influence diurétique, entre les trois composés : théobromine, caféine et allyl-

théobromine. Il a cru pouvoir déduire de ses expériences que, chez le lapin, une quantité de 2 cg. d'allylthéobromine par kilo d'animal provoque un effet diurétique correspondant à celui déterminé par 3 cg. de caféine et 10 cg. de théobromine.

D'autre part, le Dr Richard Saint-Yves a rapporté, dans sa thèse, d'assez nombreuses observations qui prouvent, d'abord, que l'administration de l'allylthéobromine peut s'effectuer par voie hypodermique, intramusculaire ou même endoveineuse sans entraîner d'inconvénients, même chez les cardiaques, à la condition de ne pas dépasser, pour les injections par voie veineuse, la dose de 30 cg. par injection, celle-ci pouvant être répétée jusqu'à trois fois dans une période de vingt-quatre heures.

Les injections intramusculaires, d'un usage plus facile dans la pratique journalière, se sont d'ailleurs, montrées aussi actives que les injections endo-veineuses et les injections sous-cutanées ont également donné d'excellents résultats, même chez des sujets qui n'avaient pas réagi à la théobromine, ou chez d'autres qui présentaient une intolérance marquée pour cette même théobromine, répondant par exemple, par une action offensive sur le tube digestif ou par une irritation vésicale plus ou moins intense.

La diurèse a toujours été augmentée dans de notables proportions, et cela dans des conditions pathologiques très variées : néphrite, pleurésie, ascite provoquée par différentes causes, cirrhose hypertrophique, myocardite.

La tolérance s'est toujours affirmée supérieure à celle de la théobromine puisqu'il n'y a jamais eu à noter d'incident même chez les sujets manifestant de l'intolérance à l'ingestion de la théobromine.

L'examen des urines a démontré, d'accord avec l'expérimentation sur les animaux, que l'allylthéobromine est un diurétique déchlorurant.

En résumé, ce qui caractérise plus particulièrement l'influence exercée par l'allylthéobromine, c'est une action diurétique intense, supérieure à celle de la théobromine, plus facilement contrôlable, car l'élimination du médicament semble se faire plus rapidement que celle de la théobromine et la continuité de son pouvoir diurétique est fonction des doses administrées; à cette action très nette vient s'ajouter une influence modérément excitante sur le système nerveux central et sur le système musculaire, provoquant, lorsque les doses sont assez élevées, une hyperexcitabilité réflexe rappelant celle déterminée par la caféine, mais à un degré moins accentué. Cette influence stimulante est surtout remarquable en ce qui regarde l'action exercée sur le centre respiratoire qui réagit même lorsqu'il est paralysé ou, tout au moins, parésié.

Ces qualités peuvent se résumer en quelques mots sous la forme suivante : l'allylthéobromine a les mêmes indications et contre-indications que la théobromine, mais elle est plus maniable, plus active, susceptible d'être employée par voie d'injections, et elle exerce une influence utile sur l'appareil respiratoire.

Manuel d'urétroscopie, par Robert HENRY et André DEMONCHY, préface du Dr MARION. 1 volume de 116 pages avec 56 figures dans le texte et 30 figures hors texte en couleurs. — Prix : 25 fr. net. — Paris, Masson et Cie.

A PROPOS DE L'IDIOTIE MONGOLIENNE

Par MM. L. BABONNEIX et R. DEGUY.

Nous ne savons le pourquoi de rien.
VOLTAIRE.

La question du mongolisme est à l'ordre du jour. Pas de semaine où, soit dans les revues spéciales, soit dans les Sociétés savantes, surtout à l'étranger, on n'en communique de nouveaux cas. L'heure semble donc venue de chercher à la mettre au point, et à tenter une « discrimination » entre ce qui semble définitivement acquis et ce qui ne l'est pas encore (1).

* * *

Ce qui est acquis? ce sont les caractères cliniques de l'affection, son évolution, son pronostic et son diagnostic. Grâce surtout aux recherches de MM. Langdon Down et de Suttleworth, en Angleterre, de MM. Comby et Apert, en France, nous connaissons parfaitement, aujourd'hui, les signes habituels du mongolisme : facies spécial, « asiatique », brachy et microcéphalie; ouverture continuelle de la bouche, langue scrotale et procidente, que le petit malade « tette », suivant l'expression consacrée; hypotonie; micromélie; existence de malformations diverses, parmi lesquelles les malformations cardiaques occupent la première place; arriération mentale plutôt qu'idiotie, sans modifications du caractère, mais avec des particularités presque pathognomoniques, tel l'instinct musical, souvent très développé (2), etc..., etc. Nous savons, de même, que les mongoliens n'arrivent guère à un âge avancé, et qu'avant la puberté, ils sont, en général, emportés par la tuberculose. Nous n'ignorons pas enfin, les éléments qui permettent d'établir le diagnostic et d'éliminer des affections voisines, comme le myxœdème.

* * *

Les problèmes qui restent à résoudre? ce sont tous ceux qui ont trait à l'étiologie, à l'anatomie pathologique et à la pathogénie.

I. Longtemps, on a admis la formule suivante. L'idiotie mongolienne est habituellement causée par des *émotions et les soucis éprouvés par la mère pendant la grossesse;* par un mécanisme encore mal déterminé, ces soucis troublent le développement du cerveau, l'arrêtent, et en font un cerveau inachevé. Pas de lésions inflammatoires, par conséquent, mais, simplement une agénésie.

Que cette formule, séduisante en sa simplicité, et à laquelle M. Comby a prêté l'appui de son grand talent, soit exacte dans un certain nombre de cas, nous n'y contredirons pas. Mais l'est-elle dans la totalité, ou même dans la majorité d'entre eux? Voilà qui est moins prouvé. Et l'on peut, à cette théorie, adresser diverses objections : *a.* nombre de

(1) On trouvera toute la bibliographie dans la thèse que va passer l'un de nous, devant la Faculté de médecine de Paris.

(2) L'un de nous (Babonneix) a vu, avec le D Redhon, une fillette mongolienne, qui ne reconnaît pas ses parents, mais qui, dans la rue, arrête le professeur de musique qui vient donner des leçons à sa grande sœur, et bat la mesure devant lui.

femmes ont eu, pendant la grossesse, les préoccupations les plus graves, sans que leurs enfants aient jamais été atteints de mongolisme (Herrman). D'ailleurs, il a existé peu d'époques où les femmes enceintes aient été soumises à des émotions plus violentes et plus répétées que la période de la guerre, et, cependant, malgré la connaissance assez approfondie que nous avons de la bibliographie, nous n'avons vu indiqué, nulle part, que le mongolisme ait augmenté de fréquence dans les pays belligérants ; *b.* On trouve, de-ci de-là, des faits comme celui de Svanberg, Harold et Haynes, où, de deux jumeaux, l'un était normal, et l'autre mongolien ; peut-on admettre, dans ce cas, que le choc émotionnel ait été doué de propriétés « électives », et qu'il n'ait exercé son influence que sur l'un des enfants ? *c.* quand on passe en revue les observations, on se rend aisément compte que la plupart ne sont pas probantes. Leurs auteurs, ou bien ont accordé trop de confiance aux déclarations des parents, lesquelles ne doivent jamais être acceptées que sous bénéfice d'inventaire, ou bien se sont trouvés, pour des raisons diverses, dans l'impossibilité de procéder à tous examens permettant d'éliminer l'intervention d'autres causes, telles que syphilis, tuberculose, etc. ; *d.* les cerveaux de mongoliens ne présentent pas seulement de l'agénésie. On y a parfois trouvé (Apert, Babonneix, Bernheim-Karrer, Biach, Bourneville, Cl. Philippe et Oberthür) des *lésions inflammatoires :* méningite, méningo-encéphalite, nodules infectieux périvasculaires, pouvant même offrir l'apparence d'une gomme (Babonneix), infiltration pie-mérienne se propageant aux couches superficielles de l'écorce (P. Biach). On conçoit que les émotions maternelles puissent troubler le développement du cerveau fœtal. Mais comment pourraient-elles y produire des lésions inflammatoires ? Au reste, parler d'agénésie, à simple vue, sans plus, manque peut-être de rigueur scientifique. Seul, un examen histologique minutieux pourrait établir que cette agénésie est primitive. Nous serat-il permis d'avancer que ces examens n'ont pas été faits souvent ?

II. Il serait étrange que, dans une question aussi confuse, on n'ait pas songé à faire intervenir la *dégénérescence.* Cette « cause à tout faire », sur la définition de laquelle personne n'est encore arrivé à s'entendre, et dont les manifestations n'ont rien de bien manifeste, les caractères, rien de bien caractéristique, a, en effet, été invoquée par divers savants. A y regarder de près, elle n'explique rien. Voici, par exemple, une femme observée par Ch. Herrman, et qui a été mariée deux fois. De son premier mari, elle a eu un enfant normal ; du second, successivement, un mongolien, un enfant normal, un mongolien. Dira-t-on, ici, que la dégénérescence était « alternante », « intermittente », à éclipses ?

III. L'évolution des idées médicales devait nécessairement conduire à incriminer un *trouble* fonctionnel ou lésionnel *des glandes vasculaires sanguines.* Mais, ici encore, que d'incertitudes ! Les uns mettent en cause une glande déterminée : thyroïde, hypophyse, surrénale, etc., les autres, l'ensemble du système endocrine. Les lésions signalées pourraient, d'ailleurs, être chez la mère du mongolien, d'origine héréditaire, à moins qu'elles ne soient acquises. Notons que les diverses constatations faites par les auteurs ont été contestées par un nombre égal d'observateurs d'égale valeur. Ajoutons, sans nous lasser, qu'on en est encore à compter les cas où a été pratiqué un examen complet et sérieux de l'appareil endocrine et du sympathique.

IV. On a, enfin, attribué le mongolisme à l'*hérédosyphilis*, en s'appuyant sur les arguments suivants :

Cliniques. — Sutherland retrouve la syphilis dans 11 de ses 25 cas ; M. Armand-Delille présente, à la Société de Pédiatrie, un mongolien dont les parents étaient nettement syphilitiques ; l'un de nous (Babonneix) a rapporté pendant la guerre, en collaboration avec M. Villette (de Malo-les-Bains), une observation d'idiotie mongolienne familiale dans laquelle il y avait d'excellentes raisons de suspecter la syphilis. N'existait-il pas une leucoplasie jugale chez le père ? La mère n'avait-elle pas fait un nombre respectable de fausses-couches ? D'autres cas plus ou moins analogues (v. de Bogaert) ont été cités. Dernier argument : la coexistence si fréquente qu'elle peut être considérée comme la règle de malformations (persistance du trou de Botal, cataracte congénitale, pieds bots, etc.) plaide encore en faveur de la syphilis, s'il est vrai, comme l'admettent divers auteurs (Fournier, Le Lorier, Babonneix) que la syphilis héréditaire est une cause importante de malformations.

Anatomiques. — Dans un cas, dont l'examen avait été confié à l'un de nous (Babonneix) par M. Comby, nous avons vu, dans un sillon méningé de l'écorce, un nodule périvasculaire d'apparence gommeuse.

Biologiques. — La réaction de Bordet-Wassermann a été signalée comme positive dans certains cas (Deguy, Vaglio) ; de même, la réaction de Lange (Stevens).

Ces arguments sont-ils de nature à emporter la conviction ? Nous ne le croyons pas. En effet : *a.* MM. Comby, Gordon, Holt, Herrman, ne sont jamais arrivés à déceler l'hérédosyphilis chez leurs mongoliens ; *b.* la réaction de Bordet-Wassermann n'a été, à tout prendre, trouvée positive que dans un petit nombre de cas, et encore, pour la plupart d'entre eux, n'a-t-elle été recherchée ou ne s'est-elle montrée positive que pour le sang, à l'exclusion du liquide céphalo-rachidien (Babonneix) ; *c.* la signification de la réaction de Lange est encore très discutée, surtout quand, comme dans les cas de Stevens, il ne s'agit pas de la courbe dite « paralytique » ; *d.* il n'y a, dans la science, qu'un tout petit nombre de cas où, de par l'examen clinique et les divers examens biologiques, faits à temps, et dans les conditions convenables, le rôle de l'hérédosyphilis a pu être déterminé d'une manière scientifique.

* * *

Ainsi, la plupart des théories émises soulèvent, d'ores et déjà, de graves objections. D'autres sont purement hypothétiques. Telles celles qui tentent d'expliquer le mongolisme, soit par une cause quelconque, émotions, infections maternelles de la grossesse, agissant, par l'intermédiaire du grand sympathique, sur les glandes vasculaires sanguines, soit par une lésion portant sur le germe lui-même. Assurément, on pourrait, en leur faveur, citer les constatations cliniques de MM. Hutinel et Stievenin, Barthélemy, Mme Nageotte et les expériences de Féré et de M. Chabry. Mais il s'en faut que, dans l'état actuel de la science, elles puissent être considérées comme démontrées. En réalité, dans la question du mongolisme, *tout est à reprendre.* La très grande majorité des observations pèche par défaut ; elles sont, y compris les nôtres, par trop « lacu-

naires ». Aux nouvelles, on devra demander une anamnèse méthodique; un examen clinique des plus complets, avec, en particulier, une note détaillée relative aux signes par lesquels se manifestent les syndromes endocriniens, que ceux-ci soient absents ou présents; des examens de laboratoire aussi multipliés que possible, portant sur le sang, sur le liquide céphalo-rachidien, sur les urines, et utilisant, au besoin, la radiographie; à l'occasion, un examen anatomique fixant avec précision l'état du système nerveux, y compris le grand sympathique, des glandes à sécrétion interne, des principaux viscères; une étude complète des malformations, s'il en existe. Et ce n'est que lorsque de telles observations auront été prises en série que l'on pourra aborder, avec profit, la question de l'étiologie, de la pathogénie et de l'anatomie pathologique du mongolisme, et que l'on aura enfin quelques chances d'aboutir à une thérapeutique active et efficace.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 8 NOVEMBRE 1920)

Sur le brome et le chlore existant normalement dans les tissus animaux. — M. A. DAMIENS. La présence du brome est constante dans tous les organes d'hommes et d'animaux normaux.

Plusieurs auteurs ont supposé que la glande thyroïde renfermait beaucoup de brome à côté de la forte proportion d'iode que l'on sait y trouver. Les essais faits sur les organes de cinq chiens ont montré à l'auteur qu'il ne se produit aucune accumulation de brome parallèle à celle de l'iode.

D'autre part, les expériences de l'auteur ne l'ont pas conduit à trouver dans les tissus examinés que le brome ait, pour l'un d'entre eux, une affinité qui ne soit parallèle à celle du chlore.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 12 NOVEMBRE 1920)

Traitement des varices par les injections intravariqueuses de carbonate de soude. — MM. SICARD et PARAF ayant pu se convaincre au cours de l'emploi du luargol intraveineux comme agent antisyphilitique de l'action oblitérante veineuse de ce corps chimique ont cherché à utiliser cette propriété phlébo-sclérosante dans la cure des varices des membres inférieurs. Et comme la soude est le composé du luargol responsable de la sténose veineuse, ils se sont adressés au carbonate de soude qu'ils emploient au titre de 10 p. 100 à la dose de 10 à 20 centimètres cubes. L'injection doit être strictement intravariqueuse et renouvelée quotidiennement ou tous les deux ou trois jours, suivant les modalités variqueuses. Cinq à vingt injections sont d'ordinaire nécessaires pour une cure de varices d'intensité moyenne. Ce traitement n'est ni douloureux, ni dangereux et n'entrave en rien la vie sociale ou professionnelle du sujet. En dehors du côté esthétique, les douleurs, dues aux varices, disparaissent dès les premières injections, la guérison des ulcères, quoique plus longue à obtenir se fait progressivement. La guérison s'est maintenue chez les premiers variqueux traités, il y a plus de deux ans. Ceux que les auteurs présentent aujourd'hui, témoignent des résultats locaux tout à fait favorables obtenus par cette méthode.

Lésion complète de l'artère pulmonaire d'origine congénitale. — MM. Ch. LAUBRY et PARVU présentent une malade de trente-neuf ans, atteinte d'une lésion de l'artère pulmonaire qui, d'après les antécédents, ne peut être que congénitale. Cliniquement, on perçoit au niveau du 2e espace gauche, dans une région où la paroi est manifestement soulevée un double frémissement et deux souffles systolique et diastolique, brefs, rudes et nettement distincts. A l'écran, le cœur hypertrophié dans tous ses diamètres offre une saillie énorme de l'arc moyen empiétant sur l'arc supérieur et où les auteurs ont pu dans les positions obliques reconnaître la part exclusive d'une dilatation anormale et cylindrique de l'artère pulmonaire. La malade est d'ailleurs cyanotique et polyglobulique, quoique ces deux symptômes soient, chez elle, d'apparition récente. Les tracés graphiques révèlent l'activité inaccoutumée des cavités droites classiques dans les lésions du cœur droit. MM. Laubry et Parvu insistent : 1° sur la difficulté du diagnostic, le double souffle et la silhouette radioscopique en ayant imposé longtemps à de nombreux médecins et à eux-mêmes pour une aortite spécifique avec distension de l'aorte; 2° sur les grandes dimensions de la dilatation de l'aorte pulmonaire en aval du rétrécissement et qui font presque songer à l'existence d'une poche anévrismale ; 3° sur la possibilité, en présence de l'insuffisance pulmonaire coexistant avec la sténose, d'une persistance du canal artériel. Les commémoratifs et l'apparition tardive de la cyanose leur paraissait confirmer cette hypothèse.

Traitement de l'arthrite blennorragique (hydropyoarthrose) par l'injection sous-cutanée du liquide articulaire. — MM. H. DUFOUR et M. DEBRAY. L'injection sous-cutanée du liquide articulaire a donné aux auteurs, dans trois cas d'hydropyarthrose blennorragique des résultats surprenants par leur rapidité et qui semblent très concluants. Ce traitement avait été antérieurement appliqué par M. Lop (de Marseille) sans que les auteurs en aient connaissance au moment de leurs recherches. Cette injection est parfaitement tolérée; l'action thérapeutique est très rapide est des plus nettes. Dans les 3 cas, les douleurs ont disparu en quelques jours, ainsi que l'épanchement qui ne s'est pas reproduit. Les phénomènes généraux, la température ont subi une marche analogue. D'autres signes de généralisation de l'infection gonococcique, les arthralgies, les douleurs diffuses ont été aussi rapidement influencées par ce traitement. Les trois malades sont sortis de l'hôpital complètement guéris.

Ulcus gastriques. Hépatites et néphrites latentes. — MM. LE NOIR, Ch. RICHET fils et Ch. JACQUELIN ont observé des lésions importantes hépatiques ou rénales sur cinq malades atteints d'ulcus gastrique et qui ont succombé à une simple gastro-entérostomie. Ces lésions semblent expliquer l'évolution fatale et l'état de choc ou les hémorragies qui précédèrent la mort. Les auteurs insistent sur la fréquence de ces hépato-néphrites qui, cliniquement, sont le plus souvent, mais non toujours latentes et peuvent être décelées par diverses épreuves biologiques (azotémie, coefficient d'Ambard, glycosurie alimentaire, retard de la coagulation sanguine).

Il y a une grande importance à dépister ces tares organiques, car chez de tels malades, le pronostic de l'opération surtout sous anesthésie chloroformique, est singulièrement aggravé.

Phlébite variqueuse. Embolies intestinales et pulmonaires. Abcès du poumon. Guérison par pneumothorax thérapeutique. — M. J. AMAUDRUT (de Laval). Le pneumothorax amena, d'une manière presque immédiate, la chute de la fièvre, l'arrêt des vomiques, et un relèvement très rapide de l'état général. Deux mois après la dernière insufflation d'azote, l'examen clinique et radioscopique montre la guérison complète.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 17 NOVEMBRE 1920)

Entérite rétractile. — M. MAUCLAIRE fait un rapport sur une observation d'un chirurgien de Lyon. Il s'agirait, dans ce cas, d'une rétraction du jejunum avec recroquevillement du mésentère, des signes d'occlusion nécessitent une intervention d'urgence : après la section des brides et la détorsion, le passage des gaz se rétablit, on referme le ventre. Pas de

résultats, seconde intervention pour une entérostomie, mort. A l'autopsie, on constate une tuberculose pulmonaire et une péritonite plastique bien probablement d'origine tuberculeuse.

Etranglement appendiculaire dans une hernie crurale. — M. Okinczyc rapporte l'observation d'une femme de 40 ans, prise de douleurs violentes, de vomissements, avec température à 39°. Elle entre à Beaujon avec un ventre plat, souple, mais très douloureux dans la région inguinale droite où l'on constate une tuméfaction manifeste ; opération d'urgence : hernie crurale, incision à l'arcade, ouverture du sac donnant issue à du pus, apparition de l'appendice étranglé dont la pointe très enflammée est restée dans l'abdomen.

M. Baudet dit qu'il faut distinguer ces cas d'étranglements appendiculaires des appendicites herniaires. Dans un cas analogue à celui de M. Okinczyc, M. Baudet a trouvé un appendice étranglé dont l'extrémité enflammée n'était plus constituée que par la séreuse péritonéale. Il y a des cas plus fréquents, où on trouve l'appendice enflammé dans un sac herniaire, mais non étranglé.

M. Paul Bazy a opéré récemment une hernie crurale étranglée dans laquelle il a trouvé un appendice lui-même extrêmement étranglé.

Ulcère duodénal perforé. — M. Lecène communique l'observation d'un homme de 50 ans qui fut opéré d'urgence par les internes de garde, M. Moulonguet et un de ses collègues : fermeture de l'ulcère dont la base était assez étendue et après la fermeture, l'opérateur constatant un rétrécissement manifeste, fit une gastro-entérostomie immédiate. Guérison, dans ce cas la gastro-entérostomie s'imposait.

Hernie intrathoracique de l'estomac. — Second rapport de M. Lecène sur une observation de M. Dehelly (du Havre). Il s'agit d'un ancien blessé par balle qui présenta une hernie de l'estomac dans la plèvre, l'estomac présentait une intolérance absolue. M. Dehelly prit la voie abdominale, attira l'estomac, le replaça dans la cavité abdominale et referma le diaphragme, guérison. On peut aborder ces hernies intrathoraciques de l'estomac, soit par la voie thoracique, soit par la voie abdominale. M. Dehelly a choisi cette dernière qui lui a permis de mener à bien son opération. Dans les cas où on trouverait des difficultés, on pourrait passer secondairement par la voie pleurale.

Fracture de la rotule. — Dans un troisième rapport M. Lecène analyse une observation de M. Villard (de Bordeaux) : plaie pénétrante du genou par éclat d'obus, arthrotomie, fracture de la rotule en plusieurs fragments, extraction du projectile, suture de la rotule au catgut. Le malade quitte l'hôpital cinq jours après et on n'en a plus eu de nouvelles. M. Lecène regrette cette fâcheuse lacune dans l'observation de M. Villard.

Fracture du col du fémur, opération de Delbet. — M. Heitz-Boyer communique un fait dans lequel il a eu recours à la technique de M. Delbet, avec quelques modifications. Cette observation donne lieu à une discussion à laquelle prennent part MM. Lenormant, Dujarier, Tuffier, Cunéo, Broca, Alglave et Heitz-Boyer. Que vaut-il mieux employer d'un greffon d'os mort, d'os vivant, ou de la prothèse métallique? Les avis restent partagés.

Traitement des péritonites appendiculaires. — M. Ombrédanne répond aux divers orateurs qui ont pris part à la discussion. Il serait bien difficile de tirer des statistiques une base sérieuse d'appréciation capable de trancher le différend entre les partisans du drainage et ceux de la fermeture. Cette dernière, selon M. Ombrédanne, paraît au premier abord plus logique par ce fait que le péritoine, bien débarrassé des matières toxiques qu'il contient dans les cas de péritonite appendiculaire, se défend mieux, ultérieurement, fermé que drainé. Tel est le principal argument sur lequel s'appuie M. Ombrédanne pour maintenir les conclusions de sa première communication. Comparant une statistique de 1912 avec une statistique des cinq derniers opérés, voici ce que constate M. Ombrédanne : au cours d'un mois de 1912, tous les petits opérés de péritonite appendiculaire furent drainés et tous succombèrent; dans ce dernier mois, cinq opérés; le premier fut drainé et succomba, les quatre autres furent fermés, deux morts, deux guérisons. D'une façon générale, il a semblé à M. Ombrédanne que les chiffres se rapportant aux cas de fermeture sont meilleurs que les chiffres se rapportant aux cas drainés.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 4 NOVEMBRE 1920)

Localisations musicales du cortex. — M. Henschen décrit les localisations musicales du cortex, indépendantes, d'après lui, des circonvolutions du langage.

Dyspepsie capricieuse par dérèglement de l'innervation végétative. — MM. Alquier et R. Humbert insistent sur cette véritable instabilité digestive analogue à l'instabilité cardio-vasculaire qu'on lui trouve toujours associée, toutes deux indiquant le dérèglement de l'innervation végétative. Celle-ci peut être générale, comme dans le cas de névrose vaso-motrice, ou due à une cause locale : péricholécystite chronique, congestion du lobe gauche du foie, engorgement des lymphatiques périaortiques, irritant le plexus solaire. Dans tous les cas, c'est le trouble nerveux qu'il faut traiter, non l'estomac.

La dyspepsie est surtout caractérisée par ses allures capricieuses ; les troubles digestifs éclatent à l'improviste et sont essentiellement polymorphes et variables, sautant brusquement d'un extrême à l'autre de la pathologie digestive. Ils atteignent l'intestin et le foie, aussi bien que l'estomac.

Les attitudes musculaires fixées, séquelles de névraxite. — MM. Sicard et Paraf ont observé parmi les séquelles hypertoniques de l'encéphalite épidémique, un certain nombre d'attitudes fixées pendant des mois et dont ils décrivent quatre modalités cliniques principalas : le type parkinsonien le plus fréquemment rencontré ; le type du torticolis cervico-brachial, tête fléchie et épaule relevée ; le type du redressement plantaire avec marche sur la pointe ; le type de flexion des deux mains avec apparence de double parésie radiale. La jeune malade qu'ils présentent, au septième mois d'une névraxite classique, est un exemple rare du type torticolique cervico-brachial.

M. de Massary croit qu'il s'agit non de séquelles, mais d'encéphalite à évolution prolongée.

M. Lhermitte rappelle qu'Œconomos vient de décrire des cas subaigus et chroniques qui durent deux ans et plus.

A propos du traitement intrarachidien de la syphilis nerveuse. — MM. Sicard et Paraf ont repris l'étude du traitement sous-arachnoïdien lombaire du tabes et de la paralysie générale. Ils se sont servis soit de novarsenobenzol dissous dans le liquide céphalo-rachidien du malade à la dose de 2 à 3 milligrammes, soit du sérum sanguin du malade lui-même à Bordet-Wassermann négatif, soit de ce même sérum novarsenique in vitro. Le sérum sanguin était toujours chauffé à 56° et vérifié aseptique. Sur quatorze sujets ainsi traités, ils n'ont eu aucun résultat favorable probant, sauf quand était institué concomitement le traitement intraveineux. Par contre, ils ont observé deux cas de morts : un paralytique général qui, à la quatrième injection hebdomadaire de 10 centimètres cubes d'autosérum simple fut atteint le lendemain, de phénomènes bulbaires et mourut cyanosé en quelques minutes, et un autre cas de paralysie générale qui, à la troisième injection de 12 centimètres cubes de son autosérum, fut atteint le lendemain de paraplégie totale avec escarre sacrée, délire, et évolution mortelle en quelpues jours. Cette méthode n'a donc pas paru aux auteurs justifier la vogue dont elle paraît jouir à l'étranger. Ils préfèrent, quand il y a indication à troubler la perméabilité méningo-radiculaire, s'adresser aux injections sous-arachnoïdiennes inoffensives d'eau salée stérilisée, avec association du traitement novarsenical intraveineux, musculaire du sous-cutané.

M. Lhermitte rappelle que le traitement intrarachidien de la syphilis nerveuse est une méthode illogique et dangereuse. Toute substance injectée dans le liquide cérébro-spinal est résorbée par voie sanguine. Il est plus physiologique d'extraire une certaine quantité de liquide rachidien, et, dans un second temps, d'injecter par voie intraveineuse, mercure

et arsenic. Ces produits passent alors très facilement dans le liquide céphalo-rachidien.

M. ROUSSY dit que les Américains ont abandonné le traitement intrarachidien de la syphilis.

M. CAMUS le croit très dangereux. Il a fait l'expérience suivante : injectant une substance toxique, du plomb par exemple, dans les veines d'un animal, il n'a pas observé de phénomènes nerveux. Si au contraire on a provoqué préalablement une méningite aseptique, il suffit de l'injection endoveineuse d'une très petite quantité de plomb pour provoquer une mort rapide.

Myopathie à type fibreux. Rétractions tendineuses multiples, contracture intermittente de certains autres muscles. — M. Jules RENAULT, Mme ATHANASSIO-BÉNISTY et M. E. HIBERT montrent une enfant de onze ans qui est atteinte, depuis l'âge de six ans, de troubles de la marche. La maladie a débuté par une rétraction du tendon d'Achille droit. Actuellement les deux pieds sont en équin, la malade marche sur la pointe des pieds, les deux coudes en demi-flexion, la tête en hyperextension, la colonne vertébrale creusée au niveau de la région lombaire, rigide dans la partie supérieure.

Il existe en outre au niveau de certains muscles tels que le triceps brachial, le quadriceps fémoral, le trapèze, le deltoïde, une contracture totale avec durcissement, mais passagère.

L'absence des réflexes tendineux, l'abolition ou la diminution de la contraction idio-musculaire, la faiblesse musculaire et l'examen électrique qui a montré à M. Bourguignon des réactions propres à la myopathie autorise à faire le diagnostic de myopathie rentrant dans ce type fibreux décrit par MM. Cestan et Lejonne.

Névrite parcellaire du radial droit réalisant un syndrome de crampe des écrivains et confirmée par la chronaxie. — MM. BOURGUIGNON et FAURE-BEAULIEU présentent un homme de trente-huit ans exempt de toute tare organique ou névropathique, chez qui s'est développée en quelques mois, sans cause apparente, une gêne progressive de l'écriture par hyperflexion de l'index et surtout du pouce. L'examen de la motilité montre, outre une parésie du long supinateur, une parésie des muscles de la tabatière anatomique et de l'extension propre de l'index, permettant d'expliquer le trouble fonctionnel par une exagération passive de la contraction des antagonistes. La concomitance d'une hypoesthésie cutanée à type radial et d'une douleur à la pression de l'émergence de la branche antérieure du nerf au coude, fait penser à une névrite radiale parcellaire : interprétation que vient corroborer l'exploration électrique en montrant, sans aucune altération des réactions recherchées selon les méthodes usuelles, des troubles de la chronaxie strictement limités aux muscles cliniquement incriminés. Le syndrome est d'ailleurs en voie de rétrocession, et la restauration de la chronaxie suit une marche parallèle.

Tumeur kystique du 3e ventricule avec syndrome d'hypertension intracranienne, sans syndrome infundibulaire. — MM. Henri CLAUDE et H. SCHAEFFER. Homme jeune, rentré à l'hôpital avec de la céphalée, des vomissements et des troubles oculaires. (Décoloration de la papille, stase légère et hémorragies rétiniennes) ayant débuté, il y a 5 à 6 mois. Antérieurement, le malade avait présenté des troubles du caractère, de la frigidité et disait avoir engraissé. On ne constata ni adipose ni atrophie testiculaire ni polyurie ni glycosurie. Liquide céphalo-rachidien normal non hypertendu. Le malade trépané mourut quelques jours après son entrée à l'hôpital. A l'autopsie, on trouva une tumeur kystique contenue dans le 3e ventricule et developpée aux dépens de sa paroi. Cette tumeur de nature épithéliale et d'origine vraisemblablement épendymaire, avait comprimé l'hypophyse qui était réduit à l'état lamellaire.

M. CAMUS rappelle ses expériences avec M. Roussy démontrant que le syndrome urinaire (polyurie, polydipsie) indique une lésion de la base du 3e ventricule sans lésion hypophysaire.

Tumeurs cérébrales opérées avec succès. — MM. DE MARTEL et BÉHAGUE.

Anastomose du bout périphérique du facial avec l'hypoglosse. — M. LECÈNE présente un officier qu'il a opéré à la suite d'une paralysie faciale par plaie de guerre. Le résultat final est bon.

Embolie traumatique de la carotide interne. — MM. LECÈNE et LHERMITTE rappellent l'histoire d'un soldat, blessé le 30 août 1918 par un éclat d'obus, et chez lequel on ne constate qu'un arrachement du deltoïde et une petite plaie insignifiante sur l'angle de la mâchoire gauche. Cependant le blessé très shocké fait, au bout de vingt-quatre heures, de l'aphasie avec une monoplégie brachiale droite. L'idée d'une blessure de la carotide venait de suite à l'esprit. La mort survient en quelques jours.

A l'autopsie, on trouve la région carotidienne intacte, mais on finit par trouver à l'entrée de la scissure sylvienne gauche un minuscule embolus métallique. Il existait un ramollissement du putamen et de l'avant-mur.

Syndrome de Parinaud chez un hémiplégique. — MM. BABINSKI et CHAILLOUS rapportent l'observation d'une femme atteinte d'hémiplégie gauche organique, présentant un syndrome de Parinaud (paralysie de l'abaissement, de l'élévation et de la convergence) avec troubles des réflexes photomoteurs et consensuels. L'acuité visuelle estnormale.

JURISPRUDENCE

INCAPACITÉ DE TRAVAIL RÉSULTANT DU TRAITEMENT MÉDICAL

L'incapacité de travail qui résulte du traitement médical est une conséquence directe et immédiate de l'accident, et dès lors confère le droit aux indemnités établies par la loi du 9 avril 1918. Ainsi en a jugé la Cour de cassation dans deux arrêts, l'un du 13 mai 1919, l'autre du 21 avril 1920 ; en voici la teneur :

ARRÊT DU 13 MAI 1919. — « Attendu que, d'après les constatations de l'arrêt attaqué (Lyon, 2 avril 1912), Brun, alors manœuvre au service de la Société anonyme « Le Gaz de Firminy » a, le 14 septembre 1910, au cours de son travail, fait une chute d'une hauteur de trois mètres et s'est blessé à la tête, aux reins et à la jambe droite ; qu'entièrement guéri de ces lésions superficielles, il est resté atteint d'une affection générale du système circulatoire, qui diminue de 70 p. 100 sa capacité de travail ;

Attendu que tout en reconnaissant que cette affection paraît avoir existé à l'état latent dès avant l'accident, l'arrêt déclare tenir pour certain qu'elle a été singulièrement aggravée, sinon par le traumatisme proprement dit, du moins par le traitement médical et spécialement par l'immobilité prolongée qui a été imposée au blessé ; qu'enfin il conclut que « si l'accident n'avait pas eu lieu et si Brun, non contraint à l'immobilité, avait normalement continué son travail, la maladie serait demeurée telle qu'elle était auparavant, c'est-à-dire suivant l'expression dont le docteur Roussel s'est servi, ne donnant pas de symptômes appréciables ; »

Attendu que de ces appréciations souveraines, il résulte que l'incapacité de travail relevée par l'arrêt a bien été la conséquence directe et immédiate de l'accident, *le traitement médical auquel elle est spécialement imputable formant avec le traumatisme un tout indivisible.*

Attendu, par suite, qu'en allouant à Brun une rente calculée sur le taux de 70 p. 100, l'arrêt attaqué, loin d'avoir violé le texte visé au pourvoi, en a fait une exacte application. — Par ces motifs, rejette... »

ARRÊT DU 21 AVRIL 1920. — « Attendu que *le traitement médical formant avec le traumatisme un tout indivisible, l'incapacité de travail qui en résulte est une conséquence directe et immédiate de l'accident*, et, comme telle, confère à la victime le droit aux indemnités prévues à l'art. 3 de la loi du 9 avril 1918 ;

Attendu que l'arrêt attaqué (Toulouse, 9 janvier 1914), sans contester que l'accident dont l'ouvrier Barrère a été la victime, le 11 août 1912, chez son patron Périès, soit un

accident du travail, a débouté la veuve Barrère, ès-qualités, de sa demande en paiement des indemnités de la loi du 9 avril 1918, par le motif que la blessure avait été insignifiante et que « l'aggravation ultérieure en était due à la négligence seule de Barrère et à l'imprudence qu'il avait eue de confier sa plaie aux soins d'un pharmacien, dont le traitement était seul responsable de la gangrène », complication qui avait nécessité l'amputation de la première phalange du doigt blessé ;

Mais attendu qu'une simple négligence ou imprudence de la victime est impuissante à priver celle-ci du bénéfice de la loi du 9 avril 1918. D'où il suit qu'en statuant comme elle l'a fait, la Cour d'appel a violé le texte sus-visé. Par ces motifs, casse... »

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

NOTES POUR L'INTERNAT

SÉMÉIOLOGIE DE L'HÉMIPLÉGIE [1]

Evolution. — 2 cas peuvent être observés : 1° l'hémiplégie est *légère*, incomplète. Les troubles paralytiques persistent deux à trois semaines, puis les mouvements reviennent dans les membres inférieurs, mais restent souvent incomplets et imparfaits surtout au niveau du membre supérieur. La maladie évolue progressivement vers la guérison, à moins qu'un nouvel ictus ne survienne;

2° L'hémiplégie est *très accentuée* : elle reste à l'état de flaccidité pendant plusieurs semaines, puis on voit apparaître des raideurs transitoires, les réflexes s'exagèrent en même temps, et l'on se trouve à la période d'hémiplégie avec contractures.

III. PÉRIODE DES CONTRACTURES. — Les troubles observés traduisent la sclérose descendante du faisceau pyramidal. Les contractures apparaissent en même temps que la motilité revient dans les membres paralysés. Ces derniers sont raides, difficiles à remuer, les réflexes tendineux s'exagèrent et la contracture, d'abord transitoire, s'installe d'une façon permanente.

A *la face*, la contracture, assez rare, se traduit par une déviation des traits en sens inverse.

Au niveau des *membres*, la contracture est souvent intense : au membre supérieur, elle réalise le type en flexion, et au niveau du membre inférieur, le type en extension.

Au membre supérieur, les mains sont fléchies, surtout les doigts au niveau des 2e et 3e phalanges, le pouce dévié en dedans; la main en pronation et déviée sur le bord cubital, l'avant-bras est en demi-flexion sur le bras. Le bras lui-même est collé au corps en adduction, rotation interne.

Au membre inférieur, l'extension prédomine; c'est ce qui permet d'ailleurs au malade de marcher : La cuisse et la jambe en adduction et rotation interne; la jambe en extension et le pied en varus équin. Le malade marche en fauchant (démarche hélicopode), tous les mouvements passant au niveau de la hanche. Par suite de l'impossibilité de fléchir le genou et le cou de pied, le malade fait décrire au membre inférieur paralysé une demi-circonférence autour du membre sain.

On a signalé un symptôme curieux : la *syncinésie* : au niveau du membre contracturé, incapable d'exécuter un mouvement volontaire, il se produit parfois des mouvements involontaires, à l'occasion de mouvements passifs ou volontaires du côté non paralysé.

Autres symptômes. — A cette période, les réflexes tendineux sont fortement exagérés. Il y a de la trépidation épileptoïde et du clonus de la rotule, Le signe de Babinski est positif du côté paralysé. Enfin il y a souvent une atrophie musculaire très nette, diffuse, intéressant tous les muscles — mais pouvant être masquée par de l'adipose. Elle peut s'accompagner des signes de la réaction de dégénérescence. Elle est rattachée aux lésions des cornes antérieures (Charcot, Brissaud); à de la névrite périphérique (Déjérine), à la lésion cérébrale seule (Babinski).

DU CÔTÉ SAIN, on peut observer quelques troubles :

Du clonus léger de la rotule.

Les réflexes sont exagérés : réflexe rotulien; réflexe controlatéral des adducteurs (Marie) : contraction des adducteurs du côté opposé, quand on percute le tendon rotulien du côté sain, avec rotation de la pointe du pied en dedans. Ce signe est souvent bilatéral.

Enfin contracture légère et atrophie musculaire légère.

Tous ces troubles du côté sain seraient dûs à des lésions des fibres homolatérales (Pitres).

MARCHE, DURÉE, ÉVOLUTION. — Lorsque la contracture est installée, elle ne rétrocède pas. Elle est définitive. Le malade est souvent confiné au lit, exposé aux érysipèles, aux escarres, à la cachexie et aux déchéances extrêmes, à des complications diverses articulaires, broncho-pulmonaires, urinaires.

La mort par broncho-pneumonie de déglutition ou par tuberculose pulmonaire n'est point rare.

Cependant, dans bien des cas, l'hémiplégique vit, se lève et recommence à marcher. Jusqu'au jour où surviendra un nouvel ictus, qui emportera le malade, ou une complication.

Symptômes concomittants. — 1° TROUBLES MOTEURS. — *a.* Précoces, ces troubles peuvent consister en contractures précoces, convulsions à type jacksonien; ces symptômes peuvent relever d'une inondation ventriculaire.

b. Plus tardifs, il peut s'agir de tremblements post-hémiplégiques, rythmés ou irréguliers, se produisant dans le cas de lésion de la capsule interne. Ils peuvent réaliser les types d'hémi-tremblement, hémi-chorée, hémi-athétose, hémi-ataxie associés ou non à de l'hémi-anesthésie. Tous ces mouvements existent au repos, s'exagèrent pendant les mouvements volontaires et cessent pendant le sommeil;

2° TROUBLES SENSITIFS. — Il s'agit de fourmillements, d'engourdissement, ou même d'hémi-anesthésie du côté paralysé et relevant d'une lésion de la capsule interne;

3° *Troubles intellectuels.* — Ils sont très variables, portant soit sur l'intelligence, affaiblissement de la mémoire, gâtisme plus ou moins accusé, soit sur le langage (dysarthrie ou bien aphasie motrice qui coïncide avec une hémiplégie droite;

4° TROUBLES VASO-MOTEURS. — La température est souvent abaissée au niveau des membres paralysés. La peau est sèche, écailleuse (glossy-skin) ou bien violacée et cyanosée. L'œdème des extrémités n'est pas rare surtout au niveau de la main qui prend l'aspect caractéristique de la main succulente;

5° TROUBLES TROPHIQUES. — Ils sont toujours des plus importants. Outre l'atrophie musculaire qui est précoce ou tardive et qui s'accompagne ou non de réaction de dégénérescence, il faut citer : l'adipose sous-cutanée, les escarres, les arthropathies.

Les *escarres* sont précoces ou tardives :

Précoces (examen de décubitus acutus), elles apparaissent du 2e au 9e jour au centre de la fesse. Elles relèvent de facteurs qui paraissent multiples : trouble trophique nerveux, pression locale, infection par l'urine et les matières fécales.

Tardives, ces escarres surviennent chez les hémiplégiques confinés au lit. Elles se produisent alors en divers endroits, qui sont les points de pression (sacrum, talon, coude).

Les *arthropathies* réalisent des déformations souvent très accusées. Elles peuvent être précoces ou tardives. Les arthropathies précoces ont une allure subaiguë, avec de la rougeur, de la douleur, de l'empâtement péri-articulaire et de la fièvre. A côté de cette forme subaiguë ou aiguë, on peut observer une forme silencieuse, ne se révélant qu'à l'occasion d'un mouvement violent. Les arthropathies tardives siègent surtout au niveau de l'épaule, du coude, et sont accompagnées de lésions périarticulaires (synoviale, bourses, tendons). Les mouvements sont limités, mais il n'y a ni craquements, ni déformation.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 97, p. 1559.

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS, — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 100. — SAMEDI 27 NOV. 1920 — 93e ANNÉE. — SAMEDI 27 NOV. 1920. — N° 100.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET D. 2 H. A 5 H. TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Pathologie.* — Séance du 22 novembre. — MM. Louet, 10; Poumailloux, 5; Lévy (Maurice), 10; Olry, 9; Bouttier, 7; Lemonnier, 11; Huguenin, 10; Monbarin, 7; Bouchard, 10; Veil, 11.

Séance du 23 novembre. — MM. Kalt, 9; Valence, 7; Renardier, 11; Lanos, 13; Fèvre, 11; Dufestel, 10; Raiga, 11; Béclère, Leflaive et Dossot, 10.

Séance du 24 novembre. — MM. Marassi, 11; Hudelo, 9; Giet, 6; Huas, 9; Vesselle, 13; Guillet, Cardot et Lévy (Max), 9; Iselin, 8.

Anatomie. — Séance du 22 novembre. — MM. Vernant, 8; Broca, 11; Debray, 13; Grenaudier, 10; Couturier, 9; Granet, 7; Mangini 6; Flot, 10; Delpérier, 4; Girot, 12.

Séance du 23 novembre. — MM. Wallon (Emile), 8; Solente, 9; Clément (Jean), 3; Dambier, Levassor, Mornet et Sarles, 7; Azalbert, 5; Lerond, 6; Doiteau, 12.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Sont nommés, pour l'année scolaire 1920-1921, chefs de travaux et de laboratoires des cliniques :

Clinique médicale (Hôtel-Dieu); chefs de laboratoire : MM. Deval (chimie), Descomps (anatomie pathologique), Dumont (bactériologie).

Clinique chirurgicale (Hôtel-Dieu); chef de laboratoire : M. Renaud.

Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu) ; chef de laboratoire : M. Monbrun; chef des travaux d'oto-rhino-laryngologie : M. Hautant.

Clinique médicale (Beaujon); chefs des travaux : MM. Faix (bactériologie), Feuillié (anatomie pathologique), Ribot (chimie); chef du laboratoire de radiologie : M. Lièvre.

Clinique chirurgicale (Cochin); chefs des travaux : MM. Herrenschmidt (anatomie pathologique), Beauvy (biologie).

Clinique des maladies des voies urinaires (Necker); chefs de laboratoire : MM. Chabanier (chimie), Verliac (bactériologie); Morel (urologie expérimentale).

Clinique médicale (Cochin); chefs de laboratoire : MM. Laudat; Raulot-Lapointe (radiologie), Joltrain (bactériologie); chef adjoint : M. Brissaud.

Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière); chef de laboratoire : M. Bertrand; chef adjoint : Mlle Lévy.

Clinique médicale (Saint-Antoine); chef des travaux de chimie : M. Grigaut; chef des travaux d'anatomie pathologique et de bactériologie : M. Troisier; chef des travaux d'électrologie et radiologie : M. Ronneaux.

Clinique obstétricale (Tarnier); chef de laboratoire : M. Philippe.

Clinique obstétricale (Baudelocque) ; chef de laboratoire : M. Lelièvre.

Clinique des maladies mentales (Sainte-Anne); chef des travaux d'ophtalmologie : M. Scrini; chefs de laboratoire : MM. Courtade (électricité et photographie), Tinel (anatomie pathologique), Dogny (chimie), Dumas (psychologie).

Hygiène et clinique de la première enfance; chef de laboratoire : M. Dorlencourt.

Clinique des maladies contagieuses ; chef de laboratoire : M. Reilly.

Clinique d'oto-rhino-laryngologie; chef de laboratoire : M. Cléret.

Stomatologie; chef de travaux : M. Chompret.

Anatomie médico-chirurgicale; sous-directeur des exercices de médecine opératoire : M. Grégoire.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — La chaire d'histoire naturelle est transformée en chaire de zoologie et parasitologie.

La chaire de matière médicale est transformée en chaire de botanique et matière médicale.

M. Mandoul, agrégé, est nommé professeur de zoologie et parasitologie.

M. Beille, professeur de matière médicale, est nommé professeur de botanique et matière médicale.

— LILLE. — Le concours du clinicat (clinique médicale) s'est terminé par la nomination de M. le Dr Crampon.

M. Vallée, agrégé, est nommé professeur de chimie minérale et toxicologie, en remplacement de M. Lescœur, admis à la retraite.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — NANTES. — Sont nommés après concours : prosecteur, M. Thoby; préparateur de chimie, Mlle Barel; préparateur de bactériologie, M. Lucas; préparateur d'histoire naturelle, M. Touchaut; préparateur de physique, Mlle Barreau; préparateur de matière médicale, Mlle Traversois; préparateur de pharmacie, Mlle Canaby.

GUERRE. — MUTATIONS. — MM. le médecin principal de 2e classe Raymond et le médecin-major de 1re classe Legendre sont affectés à la Commission consultative médicale.

Reçoivent les affectations qui suivent : MM. les médecins-majors Rabaloye, place d'Antibes; Monziols, armée d'Orient; Gillouin, Maroc; Chapuis, place de Châlons-sur-Marne; Clavelier, Levant; Gardey, place de Montargis; Volf, place de Poitiers; Grosjean, place de Metz; Abadie, Levant; Pintard, Tunisie; Lapeyre, armée du Rhin; Thiriet, G. M. P.; Deviller, G. M. P. (en mission).

— Le *Journal officiel* du 18 novembre 1920 publie des décrets relatifs aux droits à la solde des militaires hospitalisés postérieurement au 24 octobre 1919 pour blessures reçues ou maladies contractées en service commandé.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS. — PRIX PAUL LEGENDRE (fondation Arconati Visconti, 3.000 fr.). — La Commission, réunie le 19 novembre, a adopté, sur la proposition de M. Paul Legendre, la question suivante : « Etude historique, statistique et critique sur le rôle du corps médico-chirurgical français, civil et militaire, pendant la guerre de 1914-1918 et les conséquences qui ont pu en découler (dommages pour les médecins, conclusions en vue de l'avenir). »

Le prix sera attribué en décembre 1923. Les ouvrages, imprimés ou manuscrits, devront être déposés à la Société médicale des hôpitaux, 12, rue de Seine, avant le 1er novembre 1923.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — L'Académie a nommé présidents des sections pour 1921 : 1er, M. L. Fredericq; 2e, M. Firket; 3e, M. Goris; 4e, M. Malvoz; 5e, M. Bruylants; 6e, M. Gratia.

— L'Académie a mis au concours la question suivante : « On demande des recherches sur l'analyse et le dosage des composés organiques arsenicaux employés en médecine. » Le bureau propose d'allouer un prix de 2.000 fr. à la solution de ce concours, et de le clôturer le 15 juillet 1922.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les Drs Depierris (de Cauterets) et Sabourin (de Durtol), ancien interne des hôpitaux de Paris; Sabourin a consacré toute sa vie à l'étude des sanatoriums dont il avait réalisé un vrai modèle à Durtol.

CORRESPONDANCE

A PROPOS DES FRACTURES DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

Mon cher Directeur,

Le nouveau tarif des honoraires médicaux pour les accidents du travail envisage les fractures du maxillaire inférieur sous deux rubriques, l'une « non opérée », l'autre « avec opération ». Ces termes surprendront évidemment ceux qui sont au courant du traitement de ces lésions; ils sont probablement la conséquence de la place qui leur a été assignée dans le paragraphe chirurgical.

Que peut-on bien entendre par fracture « non opérée »?

On aurait pu espérer qu'à la suite de la guerre cette question serait enfin envisagée sous son aspect véritable. Il faut nous résigner à croire cependant que les mutilations définitives chez nos blessés, dues à ce que pendant trop longtemps on considérait ces lésions comme semble le faire encore cette désignation, n'ont pas suffi à démontrer pour elles la nécessité d'un traitement rationnel. Il sera donc nécessaire que de nombreux accidentés du travail subissent à leur tour les inconvénients de cette fâcheuse erreur. Peut-être alors sera-t-on convaincu que, s'il est très rare qu'une intervention chirurgicale puisse être indiquée dans un cas de fracture du maxillaire inférieur, par contre toutes ces fractures nécessitent un traitement prothétique.

Veuillez agréer mes meilleures amitiés. A. HERPIN

NOTES DE PRATIQUE

TRAITEMENT DES ÉTATS ANÉMIQUES PAR LE SEL FERRIQUE ET L'ACIDE INOSITO-PHOSPHORIQUE (1).

Le Dr Paul Meurisse rapporte les observations de six malades ayant présenté presque tous un syndrome anémique plus ou moins accentué, avec, chez quelques-uns, des manifestations neurasthéniques ou toxémiques. Parmi ces derniers, on notait de l'intolérance pour les diverses médications reconstituantes précédemment prescrites.

Le traitement institué, et ayant pour base la ferrophytine, chez tous a modifié très heureusement l'état général, en même temps qu'il produisait une amélioration parallèle de l'état du sang. Le Dr Meurisse croit devoir attribuer son efficacité à la constitution organique de cette préparation phospho-ferrugineuse, qui occupe à son avis une place intermédiaire entre le fer alimentaire et le fer médicamenteux souvent mal toléré. Le traitement par la ferrophytine est — comme la phytine — une médication essentiellement hématogène, avec en plus une action très favorable sur la nutrition générale de l'organisme et sans inconvénients sur le tube digestif des malades.

Le Dr Meurisse considère que cette médication, presque spécifique des anémies de l'adolescence et de la chlorose, si souvent compliquées de troubles nerveux, est indiquée également dans toute la série des états anémiques liés aux troubles de la nutrition ou aux nombreuses affections déglobulisantes.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 1er décembre. — Jury : MM. Delbet, président; Gosset, Desmarest et Mathieu. — M. ASSELIN (Raymond). Les conceptions récentes des traitements chirurgicaux des pleurésies purulentes. — M. FROMENTEAU (Lucien). Appareil Delbet modifié permettant la mobilisation du coude.

Jeudi 2 décembre. — Jury : MM. Marfan, président; Jeanselme, Brindeau et Sicard. — M. PERROT (François). La résection du promontoire dans les bassins rétrécis. — M. POTHEAU (Louis). Contribution à l'étude du traitement des aortites syphilitiques. — M. KURZENNE (Ed.). Formes cliniques de la syphilis gastrique de l'adulte.

Jury : MM. Chauffard, président ; P. Marie, Lereboullet et Villaret. — M. BÉNARD (Alfred). Le traitement de l'épilepsie. — M. LE GOFF (Pierre). De l'action des causes accessoires sur la genèse et la gravité du paludisme.

RENSEIGNEMENTS

563. — **VEUVE DE MÉDECIN** demande à être employée l'après-midi chez un docteur pour recevoir la clientèle, répondre au téléphone et faire les écritures.

Elle pourrait aussi être dame de compagnie d'une personne seule.

Ecrire au Dr Granjux, président du Secours immédiat à la Famille médicale, 18, rue Bonaparte.

(1) MEURISSE. *Progrès méd.*, 16 juillet 1920, n° 28.

REVUE GÉNÉRALE

LES TUMEURS DU NOYAU LENTICULAIRE

(ÉTUDE CLINIQUE)

Par René TARGOWLA.

Les tumeurs cérébrales siègeant dans le noyau extra-ventriculaire du corps strié paraissent avoir assez peu retenu l'attention. La plupart des auteurs les mentionnent à peine ou les indiquent en quelques phrases qui résument insuffisamment nos données sur le sujet; et bien que B.-J. Herber, Duret, Bruns, Oppenheim leur consacrent d'intéressants développements, ces derniers, étudiant en bloc les tumeurs des corps opto-striés, insistent surtout sur celles du thalamus, les plus nombreuses. Aucune étude spéciale des tumeurs du noyau lenticulaire n'a été tentée.

Ce n'est pas, du reste, une localisation fréquente. Toutefois, elle n'est pas absolument exceptionnelle et il n'est guère de statistique qui n'en comprenne un certain nombre de cas. Nous en avons relevé soixante-quatre observations publiées; ce sont les seuls documents dont nous ferons état. Il convient de remarquer, d'ailleurs, qu'une quinzaine seulement de ces néoformations siègeaient exclusivement dans le noyau lenticulaire (cas de Löbel, Schütz, Audry, Rosenthal, Packer, Berger, Lwoff et René Targowla, Fumarola, etc.). Les autres intéressaient plus ou moins les régions voisines (1).

Les conditions étiologiques sont celles de toutes les tumeurs du cerveau et il y a peu de choses à en dire. Les néoplasies du noyau lenticulaire se rencontrent surtout dans l'âge adulte, entre trente et cinquante-cinq ans le plus souvent, avec une fréquence sensiblement égale dans les deux sexes. Chez l'enfant il faut presque toujours incriminer la tuberculose.

Les deux hémisphères paraissent atteints indistinctement; sur quarante-cinq cas, la tumeur siègeait vingt fois à gauche, vingt fois à droite et, cinq fois (Rondot, Hutchinson, Rorie, Combe, Vanzetti), les deux corps lenticulo-striés étaient intéressés.

Par contre, les chiffres deviennent très variables dès que l'on envisage la nature des néoformations. On compte 25 néoplasmes (gliomes, sarcomes, gliosarcomes, ostéome, papillo-épithéliome, noyau cancéreux métastatique), 14 syphilomes (2), 4 tuberculomes et 5 cas de calcifications (3) (qui, de même que le calcul de cholestérine trouvé par Southard, ne se comportent pas, à vrai dire, comme des tumeurs). Dans les autres observations, la nature de la néoplasie est mal précisée.

Il n'est pas aisé de rendre compte de ces différences. Souvent le noyau lenticulaire est envahi secondairement, mais ce n'est pas une règle absolue. En ce qui concerne notamment les syphilomes, on admet classiquement qu'ils sont pour la plupart d'origine méningée, mais que certaines gommes profondes naissent sur place. On est fondé à croire que celles-ci se développent au niveau d'artères indépendantes du réseau pie-mérien; or elles s'observent surtout dans le noyau lenticulaire et la partie antérieure du corps strié, qui reçoivent précisément des rameaux directs de la sylvienne et de la cérébrale antérieure. D'autre part, le noyau lenticulaire, proche de la base, peut être aussi envahi par des gommes d'origine périphérique. Ainsi s'explique que ce soit, comme l'a constaté Herber, le plus fréquemment atteint des ganglions centraux.

Il est remarquable que la fréquence des syphilomes s'oppose à la rareté des tuberculomes, alors que le rapport se trouve renversé dans un noyau gris voisin, la couche optique.

Symptomatologie. — Les manifestations des tumeurs du noyau lenticulaire peuvent se diviser schématiquement en trois groupes, commodes pour l'étude analytique. Nous envisagerons successivement le *syndrome des tumeurs* (Duret), les *symptômes liés à la nature de la néoplasie*, les *signes de localisation*.

Le SYNDROME DES TUMEURS peut faire défaut ou être si réduit qu'un diagnostic est impossible. Il en fut ainsi dans les faits de Gallopain, Lange, Rondot, Schütz, Runkwitz (cité par H. Oppenheim), Hutchinson, Rosenthal [1er cas], Herbert Packer [deux cas], Boyd, Byrom Bramwell [1888], James Rorie, J. Castaigne, Mingazzini [1900], Erskine et Shoyer, Souques, Vigouroux et Fourmaud, Alfred Gordon, D. Anglade, G. Fumarola (qui insiste, après Duret et d'autres auteurs, sur la fausse latence des tumeurs chez les aliénés : les symptômes existent mais sont masqués par la démence). On doit y joindre les cas de Delacour, Berger, Vanzetti, P. Beaussart (calcifications), Southard (calcul de cholestérine). Plus souvent, le syndrome est assez net pour permettre le diagnostic, mais il n'apparaît quelquefois que très tardivement.

La *céphalée* est considérée par Ladame (1), François, comme moins constante que dans les autres localisations des tumeurs cérébrales. A l'exception de certains cas latents, quelques rares observations seulement ne la mentionnent pas (Audry); dans les faits de Löbel, Trékaki, Castaigne, elle ne fut que terminale. Habituellement elle existe, plus ou moins intense, avec des périodes d'accalmie relative, s'accentuant souvent vers la fin. Elle est parfois atroce. Unilatérale ou prédominant d'un côté, elle peut prendre une grande valeur diagnostique (Oppenheim [obs. VIII], Van Gehuchten et Le Mort), en particulier dans les cas frustes (Moore). L'hyperesthésie et la douleur à la percussion du crâne du côté de la tumeur existent dans quelques cas.

Les *nausées* et les *vomissements* sont fréquemment signalés.

Les *vertiges* seuls sont assez rares, mais ils peu-

(1) Nous n'avons retenu que les néoplasies assez peu étendues, siégeant dans le noyau lenticulaire ou l'intéressant de façon marquée. Nous négligeons de la sorte les cas de kystes parasitaires très volumineux, de gommes ou de néoplasmes diffus détruisant la plus grande partie d'un hémisphère, de tumeurs multiples trop nombreuses farcissant le cerveau, et dans lesquels la lésion lenticulaire passe au second plan. De même, nous avons éliminé les tumeurs comprimant le corps strié sans l'envahir ou ne le lésant que très accessoirement, et les observations qui ne précisent pas nettement la localisation.

(2) Dans un certain nombre de faits anciens l'examen histologique de la tumeur n'est pas mentionné. Or, certaines néoplasies cérébrales évoluant chez des syphilitiques peuvent simuler la gomme jusque sur la table d'autopsie ; l'épreuve même du traitement a pu être partiellement positive (Chauffard et Herber, Babinski et Clunet). Dans l'impossibilité de faire une critique efficace des observations, nous avons adopté purement et simplement le diagnostic des auteurs.

(3) Il s'agit vraisemblablement, dans certains cas, de tubercules calcifiés. Dans celui de Wernicke, c'était un cysticerque.

(1) Cité par Ball et Krishaber.

vent coexister avec des *crises convulsives*. Celles-ci sont d'ailleurs inconstantes; on les rencontre environ dans le quart des cas. Ce sont des crises épileptiformes généralisées liées à l'hypertension; on les observe à toutes les périodes de l'évolution, dont elles marquent quelquefois le début (Audry) et, plus souvent, la fin. Associées à des troubles intellectuels et du caractère, elles constituèrent tout le syndrome dans les faits de Packer (dont l'un des malades mourut en état de mal), dans celui d'Erskine et Shoyer; les mêmes symptômes furent notés par Mingazzini pendant presque toute la durée de l'affection. Plus rarement elles sont unilatérales, passagères, apparaissant souvent dans le coma, au début ou à la fin de l'évolution clinique; Van Gehuchten et Le Mort ont vu coexister des équivalents sensoriels, gustatifs et olfactifs.

La *torpeur cérébrale* (Duret) est un symptôme plus constant. Parfois véritable coma d'où le sujet peut sortir par intermittences et qui s'observe, en particulier, à la phase ultime (seule manifestation de la tumeur dans le cas de Lange), elle se traduit généralement par de l'apathie, de l'hébétude, de la somnolence, assez souvent progressives. Sa caractéristique est l'engourdissement intellectuel. E. Dupré et A. Devaux ont bien défini cet état mental pris souvent, à tort, pour de la démence; en réalité, le déficit psychique est peu profond. Il s'agit essentiellement d'un ralentissement plus ou moins considérable des processus mentaux spontanés, qui se greffe cependant sur un fond d'affaiblissement partiel très léger, mais susceptible de s'accentuer dans les derniers temps.

L'affaiblissement intellectuel marqué et la démence sont mentionnés par Rosenthal, Oppenheim, Boyd (cité par Mlle Voulich), Rorie, Rezek, Vanzetti, Vigouroux et Fourmaud, Gordon, Fumarola. D'autre part, des modalités plus ou moins accusées du puérilisme mental de Brissaud, Dupré et Devaux sont relevées dans quelques observations. Les sujets observés par Raymond et Mlle Voulich, R.-T. Williamson présentaient les accès de gaieté anormale, la tendance humoristique considérés par Jastrowitz et les auteurs allemands comme pathognomoniques des tumeurs du lobe frontal. Enfin, le délire (confusion mentale?) est signalé par Hérard, Rondot, Trékaki, la dépression mélancolique par Rondot, Anglade, etc.; d'autres troubles psychiques, éclos à l'occasion de la tumeur mais dans lesquels la prédisposition joue un rôle évident, sont rapportés par Kaplan, Lwoff et René Targowla. A noter encore les modifications du caractère, l'aboulie. Dans l'ensemble, les *troubles mentaux* manquent assez souvent.

L'hypertension du *liquide céphalo-rachidien* avec hyperalbuminose et réaction lymphocytaire ont été constatées.

Les *modifications de la respiration* et du *pouls* ont été peu étudiées; ralentissement et accélération du pouls sont signalés, de même que l'hypotension artérielle portant à la fois sur la maxima et la minima.

La recherche de l'*œdème* et de l'*atrophie de la papille* n'est pas souvent mentionnée; elle a donné un résultat négatif à Combe et à Jacobsohn. Des perturbations des réflexes pupillaires, des *troubles visuels*, l'amblyopie et l'amaurose ont été notés, ainsi que la *dilatation de la pupille* du côté de la tumeur; celle-ci est d'ailleurs loin d'être constante; elle peut être aussi bilatérale ou même se voir seulement du côté opposé. L'*exophtalmie*, qui serait due à la compression du sinus caverneux, permettrait lorsqu'elle est unilatérale de reconnaître l'hémisphère atteint (Weisenburg) (1); des réserves s'imposent cependant car, d'une part elle peut être congénitale, d'autre part, dans un cas personnel, elle prédominait du côté de l'hémisphère sain.

Quelques observations signalent l'amaigrissement, des troubles digestifs divers. L'*hyperthermie* enfin, mentionnée quelquefois, semble devoir être attribuée à la toxi-infection; nous rappellerons cependant l'hypothèse d'Isaac Ott, d'Aronsohn, que semble confirmer une observation récente de Mammele (2), selon laquelle il existerait un centre régulateur thermique dans le corps strié.

D'une façon générale, les éléments les plus constants du syndrome des tumeurs sont la stase papillaire, la céphalée, la torpeur, les vomissements (de type cérébral), puis les troubles mentaux et les crises convulsives. Ils apparaissent simultanément ou successivement et dans un ordre variable, permettant un diagnostic plus ou moins tardif. Il existe, dans la règle, une période de latence qui peut être fort longue, et la tumeur peut même n'être reconnue qu'à l'autopsie.

Les SYMPTÔMES LIÉS A LA NATURE DE LA TUMEUR sont de valeur très inégale.

Les *néoplasmes* n'ont guère de signes particuliers et leur diagnostic probable se fera surtout par élimination; les plus fréquents sont les gliomes.

La détermination clinique des *tuberculomes* reposera sur l'existence d'autres manifestations tuberculeuses, sur les antécédents, l'hérédité. Ils ont une fréquence particulière dans l'enfance. La petite malade de Combe avait une coxalgie; dans les deux cas de L. Jacobsohn et de J. Castaigne les accidents apparurent à la suite d'une pyrexie grave et l'on pensa à un ramollissement. Malgré l'absence de symptômes précis de tumeur, voire de stase papillaire (Jacobsohn), cette succession et l'évolution lentement progressive des troubles paralytiques paraissent encore le meilleur élément de diagnostic (à la fois de cause et de localisation), surtout si l'on peut préciser la nature de l'affection fébrile primitive. Ces sujets meurent souvent au cours d'un syndrome méningé.

Les *syphilomes* donnent lieu aux signes étiologiques les plus précis. La notion d'une syphilis antérieure avouée ou dépistée, la coexistence de lésions spécifiques cutanées, oculaires, de phénomènes nerveux (ptosis, strabisme passagers, symptômes pupillaires), la fréquence relative des gommes dans le corps strié, l'allure intermittente de l'obnubilation, des troubles mentaux, de la céphalée avec ses exacerbations vespérales et nocturnes, et surtout la réaction de fixation positive, non seulement dans le sang, mais dans le liquide céphalo-rachidien, et accompagnée d'hyperalbuminose et de lymphocytose, sont autant de faits qui permettront d'admettre la nature syphilitique de la tumeur.

L'importance de tous ces éléments est capitale; mais, dans cette étude, c'est aux SIGNES DE LOCALISATION qu'appartient la première place.

Nous mentionnerons rapidement la *constipation*,

(1) WEISENBURG (T. H.). *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 1910, p. 1957.
(2) MAMMELE. *Monat. f. Kind.*, 1920, analysé in *Presse méd.*, 21 août 1920, n° 59.

sur laquelle a insisté B.-J. Herber. Apparaissant tardivement, après la céphalée et les vomissements, comme dans les cas d'Hérard, de Rondot, d'Oliver Moore, de Trékaki, de Claude et Verdun, de Lwoff et René Targowla, elle constituerait le troisième facteur du trépied méningitique des anciens auteurs et s'observerait lorsque la tumeur, se développant vers la base, irrite les enveloppes, acquérant ainsi la valeur d'une indication de niveau.

Depuis la communication princeps de Ricord, à l'Académie de médecine (1834), tous les auteurs, sauf Ball et Krishaber, ont souligné l'importance et la fréquence de l'*hémiplégie* dans les tumeurs des ganglions centraux; d'après Herber, elle est plus constante, pour les gommes syphilitiques, que la céphalée. En fait, elle a manqué 27 fois sur 64; mais si l'on élimine les tumeurs sans signe, sa fréquence atteint 90 p. 100. Elle a pour caractères habituels (Duret) de survenir sans ictus, d'évoluer lentement et progressivement en s'accompagnant assez précocement de contracture.

Le début en est variable. D'ordinaire, il est insidieux; c'est une faiblesse qui apparaît d'un côté du corps, souvent d'abord dans un seul membre ou un segment de membre. Parfois même, les premiers symptômes se manifestent à la face qui peut aussi, par contre, ne jamais être atteinte.

D'autres fois — plus rarement — l'hémiplégie se produit brusquement, à l'occasion d'un ictus ou d'une crise convulsive (Löbel, Audry, Trékaki, Berger, etc.). Généralement alors elle est d'emblée accentuée et reste à peu près stationnaire. Dans le cas de Lwoff et René Targowla (gomme), un ictus léger suivi d'hémiparésie transitoire précéda de deux années le début facial, insidieux et lent, de l'hémiplégie progressive définitive.

Enfin, des phénomènes prémonitoires, douleurs dans l'extrémité ou les muscles d'un des membres menacés, ont précédé de quelque temps l'apparition de la paralysie dans les faits de Löbel et de Souques.

Quel que soit le mode de début, à la période d'état la paralysie présente généralement une certaine intensité; les mouvements volontaires sont limités, diminués de force et d'amplitude, quelquefois à peu près impossibles. Dans certains cas, cependant, l'hémiparésie est très légère, à peine décelable; G. Mingazzini l'a vue limitée au facial inférieur gauche.

La contracture est habituelle; elle se fait en flexion au membre supérieur, en extension au membre pelvien. Souvent les mouvements passifs, tentatives d'extension ou de flexion, provoquent de la douleur alors même que la contracture est récente, qu'il n'y a aucune rétraction tendineuse ou musculaire. Ordinairement, elle est précoce, apparaissant quelques jours ou quelques semaines après le début de l'hémiplégie; il semble exister un certain rapport entre ces délais et la marche plus ou moins rapide du processus paralytique. Parfois, elle s'installe d'emblée, en même temps que la paralysie (Löbel). Enfin, Hérard ne l'a signalée que très tardivement, peu avant la mort, mais il avait remarqué longtemps auparavant l'existence de « douleurs excessives aux mouvements communiqués ».

Rarement l'hémiplégie reste flasque. Dans le cas d'Audry la paralysie, très accentuée, était apparue brusquement; les réflexes étaient conservés; mais l'évolution, qui se fit en dix jours, ne permet pas de conclure. R. T. Williamson, au contraire, a noté l'abolition des réflexes; la dégénération des racines et des cordons postérieurs de la moelle (pseudo-tabes) explique les caractères des troubles moteurs. Enfin, dans l'observation de Lwoff et René Targowla, l'hyperréflectivité tendineuse, le clonus du pied et de la rotule, le phénomène des raccourcisseurs, etc., s'associaient à l'hémiplégie flasque en un syndrome vraisemblablement conditionné par la lésion lenticulaire même.

En général, ces réserves faites, les réflexes sont en rapport avec l'état de la paralysie; le signe de Babinski est positif, les réflexes cutanés sont diminués ou abolis, les réflexes tendineux exagérés.

Des troubles sphinctériens ont été signalés à la période terminale, dans le coma. La paralysie de la vessie et du rectum furent les seuls symptômes observés, avec l'obnubilation intellectuelle, dans le cas d'Hutchinson.

Aux phénomènes moteurs s'ajoutent des troubles inconstants de la sensibilité : hémianesthésie ou hémihypoesthésie plus ou moins nette, quelquefois hyperesthésie. Les autres modes de la sensibilité ont été peu explorés. Löbel, Stannens signalent l'hémiplégie douloureuse ; le caractère pénible des mouvements provoqués a été mentionné à propos de la contracture. Les phénomènes douloureux ne paraissent pas rares dans les lésions lenticulaires et ils ne sont pas le seul fait des tumeurs [Burzio (1)].

Ces paralysies ne régressent jamais (à l'exception du cas unique de Berger). Leur évolution est progressive, mais tantôt rapide : quelques jours, quelques semaines, tantôt beaucoup plus lente. Quelquefois, notamment dans les syphilomes, il se produit de véritables poussées évolutives : les signes s'accentuent rapidement, puis l'état reste stationnaire pendant un temps plus ou moins long. Il n'est pas exceptionnel de voir une aggravation rapide des symptômes marquer la période terminale.

A l'hémiplégie on peut rattacher le ptosis qui diffère du ptosis transitoire de la syphilis nerveuse également observé (gommes). Il apparaît du côté paralysé alors que l'hémiplégie est déjà constituée et persiste, s'accentuant généralement avec elle (Rosenthal, Oppenheim, Trékaki).

L'*aphasie*, à évolution progressive, totale, mais à prédominance sensorielle, a été observée par H. Oppenheim (3 fois) et par G. Fumarola; elle paraissait régresser dans un cas de Byrom Bramwell. Oppenheim, van Gehuchten et Le Mort mentionnent la paraphasie. On a aussi signalé l'aphasie transitoire à la suite d'ictus.

L'hémiplégie croisée par lésion ou compression de la capsule interne — symptôme d'emprunt — n'est pas la seule manifestation unilatérale des tumeurs du noyau lenticulaire. Dans le cas de Combe aucun symptôme paralytique ne put être décelé cliniquement. Il y avait *hémiathétose* avec spasmes douloureux du pied ; de plus, les réflexes tendineux étaient exagérés, la percussion du tendon rotulien provoquait la trépidation de la jambe, il existait du clonus du pied et de la rotule. Il faut en rapprocher les faits de Fraenkel : paralysie croisée de la mimique automatique (face) et mouvements athétosiques homolatéraux du bras ; de Berger : mouvements involontaires de la face et du bras consécutifs à une hémiplégie régressive ; d'Oppenheim : secousses musculaires et *tremblement* polymorphe superposés à une « hémiparésie très légère »; de Claude et Verdun : secousses musculaires et mou-

(1) Burzio. *R. Acad. di med. di Torino*, 13 juillet 1899, analysé in *Revue neurol.*, 1899, p. 868.

vements rythmés intermittents dans les membres paralysés, etc.

Nous rappellerons ici le *nystagmus*, signalé par Löbel, Oppenheim, Bramwell, Beaussart. Des secousses nystagmiformes ont également été constatées par Georges Guillain et J.-A. Barré à la suite d'une petite hémorragie du noyau lenticulaire consécutive à une commotion par éclatement d'obus (1); il s'y associait de l'ataxie et une légère dysmétrie dans les mouvements des membres supérieurs.

Cette observation nous amène à envisager une nouvelle série de faits caractérisés par la bilatéralité de certains symptômes.

Nous mentionnerons tout d'abord les éléments de la symptomatologie pseudo-bulbaire qui ont depuis longtemps retenu l'attention des auteurs. Le plus fréquent est la *dysarthrie*; elle est toujours associée à l'hémiplégie (sauf dans le cas d'Oliver Moore), ou à d'autres signes de localisation. Tantôt marquée par une simple lenteur avec hésitation ou légère scansion de la parole (Moore, Kaplan, Bramwell, Souques et Bollack), tantôt très accentuée (Audry a écrit anarthrie), elle est habituellement constituée par une élocution lente, monotone, saccadée, avec quelques achoppements et un léger bredouillement dus à la difficulté de prononciation des labiales et des linguales. Ce symptôme est noté dans 25 observations, un peu plus fréquemment pour des lésions de l'hémisphère gauche que de l'hémisphère droit. Des *troubles de la déglutition*, autre élément de la paralysie labio-glosso-laryngée, sont parfois signalés; Löbel a indiqué le *facies figé*, immobile et pleurard de son malade, Audry, Brault et Loeper une tendance au *pleurer spasmodique*. Enfin, Herber remarque que l'*état mental* des individus atteints de syphilomes du noyau lenticulaire rappelle celui des pseudo-bulbaires; en réalité, cet état mental, fait d'affaiblissement intellectuel et d'émotivité exagérée, n'a aucune spécificité; il est fréquent chez les séniles et dans les affections cérébrales organiques.

H. Duret, après H. Oppenheim, attribue à la lésion thalamique, plutôt qu'à celle du noyau caudé, la faiblesse des jambes, l'impossibilité de la station debout, la démarche ataxique, titubante, constatées par certains auteurs. Il semble bien cependant qu'il faille voir là un trouble des fonctions du corps strié. La malade d'Hérard était atteinte de « paraplégie » plus marquée d'un côté, et qui frappa successivement les membres inférieurs, puis les membres supérieurs. G. Fumarola a vu l'hémiplégie progressive du début se transformer rapidement en « hémiplégie double ». Le cas de Claude et Verdun se rapproche de ce dernier, mais il est d'une interprétation délicate.

D'autres observations ont plus de valeur; la démarche du malade d'Oppenheim (obs. VII) était chancelante malgré la très faible intensité de l'hémiplégie; celle du sujet de Fraenkel incertaine, et il était confiné au lit bien qu'il n'y eût pas de paralysie appréciable. Van Gehuchten et Le Mort (tumeur de l'hémisphère gauche) ont vu la force diminuer progressivement d'abord dans le membre supérieur gauche, puis dans le droit; en même temps, la marche devenait de plus en plus difficile et, aux derniers jours, la motilité volontaire était presque totalement abolie dans les quatre membres. Dans le même ordre de faits, Rondot signale la « faiblesse des jambes », Karpas des « troubles de la marche », E. Siemerling, G. Mingazzini (1900) une parésie des membres inférieurs associée à l'hémiplégie croisée spastique. Il s'agit sans nul doute de *troubles de la coordination des mouvements avec diminution marquée de la tonicité musculaire* entraînant l'impotence; il existe cependant des cas où l'on trouve des symptômes pyramidaux bilatéraux, même en l'absence de dégénérescence du faisceau moteur volontaire (H. Claude et M. Verdun).

(A suivre.)

(1) Georges GUILLAIN et J.-A. BARRÉ. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 13 oct. 1916.

XXIXe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Tenu à Paris du 4 au 9 octobre 1920 (1)

TÊTE ET COU (SUITE)

Traitement chirurgical de l'angine de poitrine par la résection du sympathique cervico-thoracique. — M. JONNESCO (de Bucarest). L'angine de poitrine a paru jusqu'à présent ne pas devoir entrer dans le domaine des affections capables d'être soumises à un traitement chirurgical.

Pourtant la pathogénie qui fait de l'angine de poitrine une affectation névralgique, dont le point de départ serait l'irritation du plexus nerveux cardio-aortique, pouvait conduire à un traitement chirurgical portant sur les nerfs chargés de transmettre cette irritation de l'aorte aux centres nerveux.

C'est ce qui avait fait dire à François Frank en 1899 qu'un jour l'idée viendrait peut-être de pratiquer la résection du sympathique cervico-thoracique dans l'angine de poitrine.

Ayant employé la résection du sympathique depuis 1896 dans différentes affections : épilepsie, goitre exophtalmique, glaucome, migraine, l'auteur a toujours pensé à la possibilité d'appliquer la même opération à l'angine de poitrine, mais l'occasion lui a manqué.

C'est en 1916, qu'enfin il put mettre en pratique cette idée, et c'est l'observation de ce malade, actuellement parfaitement guéri, qui fait l'objet de sa communication.

Il s'agit d'un homme de 38 ans, tabagique, syphilitique et alcoolique, qui après plusieurs accès d'angine de poitrine d'une violence extrême avec menace de mort imminente, vint à l'hôpital et accepta l'opération. Il présentait les signes suivants : *aorte* athéromateuse et élargie radioscopiquement, *pouls* lent, entre 42 et 52, *gros cœur* avec pointe déplacée à gauche. Pendant son séjour à l'hôpital, il eut un accès typique d'angine de poitrine avec angoisse, douleurs précordiales, constriction thoracique, irradiations douloureuses dans le bras gauche, pâleur extrême de la face, suivi d'abondantes sueurs : le tout ayant duré une demi-heure environ.

L'opération eut lieu le 2 avril 1916, sous l'anesthésie rachidienne (injection entre la première et la deuxième dorsale de 2 cg. de stovaïne et 1 mg. de strychnine) et consista en une résection du sympathique cervico-thoracique du côté gauche, des ganglions moyen et inférieur cervicaux et du premier thoracique. Les suites opératoires furent des plus simples; pendant tout son séjour à l'hôpital où on le garda pour l'étudier, le malade n'eut, pendant 2 mois, aucune manifestation douloureuse, aucun accès et il refusa de se laisser pratiquer la même résection du côté droit, se trouvant trop bien pour accepter une nouvelle opération.

Le 3 avril 1920, c'est-à-dire 4 ans plus tard il revint, complètement et parfaitement guéri. Jamais depuis l'intervention il n'avait eu le moindre trouble, malgré une vie dure, et des habitudes alcooliques.

Si la résection du sympathique cervico-thoracique agit sur l'angine de poitrine, c'est parce que, comme l'a bien précisé François Franck, ce sympathique contient, outre les filets centrifuges, des filets centripètes sensibles, qui transmettent

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, nº 86, p. 1372; nº 87, p. 1387; nº 89, p. 1422; nº 92, p. 1474, et nº 98, p. 1568.

aux centres nerveux les impressions reçues des viscères thoraciques et même abdominaux.

L'angine de poitrine, en effet, traduisant l'irritation du plexus préaortique due à l'aortite chronique, la suppression des filets ascendants ou sensitifs qui conduisent aux centres les irritations perçues au niveau de l'aorte doit empêcher la réaction des centres nerveux, donc tous les phénomènes qui constituent l'accès d'angine de poitrine, y compris la mort subite due à l'anémie brusque du bulbe et à sa sidération.

Ces filets sensitifs passent pour aller du plexus cardio-aortique vers les centres nerveux, par trois voies : la chaîne sympathique prévertébrale, le nerf vertébral et les premier rameaux communiquants dorsaux. Or le carrefour que traversent les filets pour aboutir à ces voies est constitué par les ganglions sympathiques, dernier cervical et premier thoracique. La résection de cette masse ganglionnaire en interceptant toute communication possible entre le plexus cardio-aortique et les centres nerveux par l'intermédiaire du sympathique, supprime du même coup, et la transmission des irritations préaortiques aux centres nerveux et la réaction de ceux-ci. Tel est le mécanisme de l'action de la résection du sympathique cervico-thoracique, dans l'angine de poitrine.

Dans ce cas unique, la résection n'a été pratiquée que d'un seul côté, du côté gauche, et quoique unilatérale, elle a produit, comme on le voit, un résultat parfait; sans doute est-ce parce que toutes les manifestations douloureuses, constrictives, angoissantes de l'angine de poitrine se localisent plutôt du côté gauche.

Cependant dans l'avenir, vu la bénignité et la facilité de cette opération, il sera préférable de pratiquer la résection bilatérale.

THORAX ET RACHIS

Quelques cas de sacralisation de la cinquième vertèbre lombaire. — M. Mauclaire (Paris). Dans les 5 ou 6 cas observés, le premier symptôme a été constitué par des troubles douloureux apparus entre 18 et 20 ans. La douleur était bien localisée à l'angle du rachis et de la tubérosité postérieure de l'aile iliaque. Ces malades avaient été traités tout d'abord pour des affections diverses : coxalgie, sacro-coxalgie, rhumatisme. Seule la radiographie permit le diagnostic. Le pronostic est grave. Le traitement consiste dans la résection de l'apophyse transverse.

M. Lance (de Paris). Les sacralisations partielles ou totales de la 5e vertèbre lombaire ne sont pas très rares chez l'enfant mais ne sont pas douloureuses. C'est chez l'adulte qu'elles peuvent devenir douloureuses; une injection profonde de novocaïne dans le petit orifice lombo-sacré fait cesser la douleur pour quelques heures comme l'auteur l'a vu dans un cas traité successivement pour coxalgie et appendicite. On a ainsi la confirmation de l'origine des douleurs.

Le spina bifida latent lombo-sacré et la scoliose dite essentielle de l'adolescence. — M. Lance (de Paris). Le spina bifida latent lombo-sacré peut exister sans se traduire par aucun trouble. En plus des affections où son rôle pathogénique est discutable (pied bot, pied creux, luxation congénitale, incontinence d'urine) il faut placer la scoliose dite essentielle de l'adolescence. Sur 120 scoliotiques examinés à ce point de vue dont 61 scolioses « essentielles », le spina bifida a été rencontré 27 fois (44,26 p. 100) et dans 23 cas il jouait un rôle dans la formation de la scoliose (37,75 p. 100).

Il agit de deux manières différentes :

1° Par atrophie du membre inférieur d'un côté, presque toujours le gauche, atrophie résultant de l'aplasie médullaire qui conditionne la formation du spina bifida. Il en résulte une scoliose statique totale gauche (9 cas).

2° Par asymétrie osseuse portant sur les 2 premières vertèbres sacrées ou la 5e vertèbre lombaire (14 cas), arrêt de développement presque toujours à gauche, d'où scoliose lombaire gauche primitive avec souvent une dorsale droite de compensation.

Les 2 causes de déviation peuvent d'ailleurs s'associer (5 cas). Ces scolioses débutent le plus souvent dans la 1re ou 2e enfance.

La déviation s'accentue au moment de la puberté. La lésion est aussi fréquente chez les garçons que chez les filles.

L'exploration du rachis permet souvent de déceler la présence d'un hiatus sacro-lombaire anormal.

La radiographie prise en centrant haut sur la région lombaire pour avoir l'image des arcs postérieurs plus haut que celle des corps décèle la lésion.

Le traitement consistera surtout dans le port de souliers surélevés, dans l'usage de chaises obliques pour rétablir l'horizontabilité de la 5e vertèbre lombaire, et en gymnastique de développement.

ABDOMEN

Traitement des appendicites par le sérum antigangréneux de Weinberg. — M. Paul Delbet (de Paris) ayant obtenu pendant la guerre d'excellents résultats dans le traitement des gangrènes par le sérum de Weinberg, a pensé que ce sérum pourrait influencer heureusement des infections péritonéales, comme l'appendicite, qui sont souvent causées par les mêmes germes que les gangrènes des membres. Dans 13 cas d'appendicite très grave où il a employé cette méthode aidée, il est vrai, de l'opération, il a eu 12 succès, et, de la même façon, sur 4 septicémies péritonéales consécutives à des opérations gynécologiques, il en a guéri 4. Désormais il compte injecter le sérum à titre préventif dans tous les cas d'appendicite à forme toxique. La méthode consiste à pratiquer en une ou plusieurs fois, dans les veines ou de préférence sous la peau l'injection des sérums suivants : antiperfringens, 30 cmc. ; antiœdématiens, 20 cmc. ; antivibrion septique, 10 cmc. ; antihistolytique, 10 cmc. mêlés à 80 cmc. de sérum physiologique.

ORGANES GÉNITO-URINAIRES

Nouveau traitement des métrorragies. — M. Pollosson (de Lyon) présente des pinces imitées des pinces de Museux qu'il applique 72 heures sur les lèvres du col utérin dans le traitement des métrorragies.

Néphrectomie primitive ou secondaire pour gros reins suppurés. — M. Gayet (de Lyon) étudie un point très limité des indications de la néphrectomie primitive ou secondaire. Quel procédé choisir dans les grosses pyonéphroses chroniques avec infection secondaire, haute température, état général alarmant? La néphrostomie permet-elle de faire cesser la fièvre et favorise-t-elle la néphrectomie qui devra être pratiquée?

En se basant sur 10 observations personnelles de cette variété de pyonéphroses, qui, en fait, sont presque toujours calculeuses ou tuberculeuses, l'auteur donne la préférence à la néphrectomie d'emblée. La néphrostomie lui a paru rendre l'acte opératoire plus difficile et prédisposer aux accidents d'iléus paralytique; la défervescence qu'elle amène est absolument éphémère. Elle ne reste indiquée que dans le cas d'ignorance absolue sur la valeur de l'autre rein ou quand celui-ci est insuffisant.

De la cure du prolapsus total de l'utérus par la colopexie ligamentaire avec hystéropexie. — M. Patel (de Lyon).

Statistique personnelle de 31 néphrectomies pour hydronéphrose. — M. Cathelin (de Paris) apporte sa statistique de néphrectomies pour hydronéphrose qui monte à 31 cas avec 31 guérisons. Il en profite pour donner d'abord une *classification nouvelle* des hydronéphroses d'après le siège de la dilatation, le siège de l'obstacle, le volume, le contenu et les cas rares.

Il fait ensuite à propos des éléments du diagnostic *la critique de la pyélographie* et montre que le mode d'exploration cystoscopique ou endovésical permet seul de faire un diagnostic *anatomo-physiologique précis*.

Il montre ensuite l'illusion des opérations dites conservatrices qui n'ont donné que de décevants résultats et indique la *néphrectomie* primitive comme opération de choix.

Il en montre la facilité d'exécution et la bénignité, à la condition d'utiliser la *voie lombaire*, voie idéale dans tous les cas.

Sur les avantages de la position de Depage dans la cure opératoire des fistules vésico-vaginales. — M. Abadie (d'Oran).

MEMBRES

Un cas de fracture sus-condylienne du fémur par pénétration chez un enfant de 14 mois. — M. Buscarlet (de Genève). L'enfant qui n'avait jamais marché, est tombé de

son lit et aussitôt on constata que le membre inférieur droit était inerte, en rotation en dehors. Il semblait à première vue qu'il s'agissait d'une fracture du col du fémur; mais la radiographie montra une fracture sus-condylienne du fémur, avec pénétration des fragments.

La guérison, sous appareil plâtré, fut complète en trois semaines.

Pseudarthrose congénitale de la diaphyse fémorale. — M. Frœlich (de Nancy).

Résection de l'artère et de la veine fémorales. — M. Chalier (de Lyon) apporte une observation dont voici le résumé : un homme de 38 ans, ancien syphilitique bien traité porte à la partie antéro-interne de la cuisse droite, au niveau de la pointe du triangle de Scarpa, une tuméfaction indolente, allongée suivant la direction des vaisseaux, grosse comme un œuf, ferme, non pulsatile et qui au total paraissait être un sarcome de la gaine vasculaire. L'auteur opère et tombe sur une tumeur en grappe de raisins, beaucoup plus étendue qu'elle ne paraissait cliniquement, englobant artère et veine fémorales et pénétrant les muscles profonds vaste interne et adducteurs. Pour l'enlever largement, il fallut se résoudre à réséquer la presque totalité des vaisseaux fémoraux superficiels. Qu'allait-il advenir du membre après une telle atteinte portée à sa circulation? Les suites opératoires furent meilleures qu'on ne l'eut pensé sans être simples toutefois. Le malade eut de vives douleurs à certains moments en « coups de bélier », des troubles de la motilité et de la sensibilité et des escarres siégeant au niveau du 2e orteil, du talon, de la malléole externe, du bord externe du pied, du bord externe de la jambe. Les plaies résultant de la chute des escarres furent longues à combler, mais finalement, au bout de 5 mois, le malade put se remettre à marcher avec des béquilles. Il est rare qu'on ait à réséquer les troncs vasculaires principaux d'un membre dans une aussi grande étendue. Et il est intéressant de constater qu'une telle opération n'implique pas nécessairement la gangrène totale du membre.

La scaphoïdite tarsienne des jeunes enfants. — MM. Mouchet et Rœderer ont étudié 3 cas de la maladie de Köhler qu'ils ont proposé d'appeler « scaphoïdite tarsienne ». C'est une affection rare — il n'y en a que 40 cas dans la science — qui apparaît entre 5 et 10 ans et se traduit par les symptômes suivants : douleur spontanée au niveau du scaphoïde, gonflement et rougeur, atrophie, valgus ou plus souvent varus. La lésion est uni ou bilatérale. On ne peut la diagnostiquer qu'à l'aide de la radiographie. Elle guérit en 1 ou 2 ans sous un appareil plâtré. L'étiologie n'est pas connue, on a parlé tantôt de traumatisme, tantôt de vice de développement.

Ce que doit être le traitement de la luxation congénitale de la hanche. — M. Calot (de Berck) se basant sur des recherches personnelles poursuivies pendant de longues années, en particulier sur 700 autopsies a pu dénoncer et corriger des erreurs énormes, inconscientes et communément commises aujourd'hui dans ce traitement. Ces études et recherches communiquées à l'Académie, se résument ainsi :

1° Chirurgiens et radiographes se sont trompés, presque toujours sur le véritable emplacement et les vraies limites du cotyle primitif, originel, déserté par la tête, lequel répond chez les tout petits à la pièce ischion et non pas à la pièce ilion de l'os coxal. A cause de cette erreur anatomique l'on n'a, d'ordinaire, obtenu jusqu'ici que des réductions incomplètes et fausses, tout en croyant obtenir des réductions vraies.

2° L'on s'est trompé lorsqu'on a donné, et c'est presque toujours, une direction oblique à l'axe de la tête et du col, d'où encore des réductions fausses. Voici comment l'on aura sûrement des réductions vraies. Il faut que cet axe de la tête et du col soit et reste horizontal et transversal, et orienté vers la pièce ischion de l'os coxal pendant toute la durée du traitement. Et pour assurer cette orientation parfaite l'on n'aura qu'à bien appliquer dans chaque cas les *lois du traitement* des luxations exposées par l'auteur devant l'Académie, le 4 juin 1918.

Avec la technique nouvelle on saura, incomparablement mieux que par le passé, guérir intégralement la luxation congénitale de la hanche et on saura aussi « rattraper » et guérir, s'il en survenait encore, les récidives et reluxations, qui étaient restées jusqu'à ce jour à peu près impossibles à guérir complètement.

Traitement du pied bot paralytique. — M. Barbarin (de Paris), dans le pied ballant où il faut fixer le pied par l'arthrodèse tibio-tarsienne, l'arthrodèse médio-tarsienne et sous-astragalienne, pratique l'extirpation temporaire de l'astragale, enlève les cartilages articulaires du tibia, du péroné, du calcanéum, du scaphoïde, décortique l'astragale et le remet en place. Cette opération donne d'une façon constante d'excellents résultats.

Dans le pied valgus, l'astragalectomie donne une parfaite correction de la déviation.

Dans le pied équin pur qui aboutit au pied creux, l'astragalectomie avec section du tendon d'Achille et de l'aponévrose plantaire supprime complètement l'infirmité, la marche est aisée, toute boiterie disparaît.

Le traitement de la tuberculose ostéo-articulaire par l'autogreffe. — M. Dupuy de Frenelle (de Paris). L'autogreffon par sa présence provoque une suractivité vasculaire qui aboutit généralement à la formation de bourgeons, évoluant vers l'ostéofibrose. En plaçant un greffon au voisinage d'un foyer tuberculeux osseux on peut espérer activer l'effort de l'organisme vers la guérison par ostéosclérose du foyer. En plaçant ce greffon de façon à immobiliser l'articulation, on évite l'enfouissement du membre malade dans un plâtre qui étouffe sa vitalité, on permet au membre tuberculeux de bénéficier du grand air, de la lumière et du soleil qui sont les trois plus grands agents de guérison de la tuberculose.

L'auteur rapporte un cas de tuberculose osseuse multiple du genou où il a appliqué l'auto-greffe en dehors par le procédé d'Albee, en dedans par enchevillement tibio-fémoral. Il trouve le procédé d'Albee supérieur à l'enchevillement.

PRÉSENTATION D'APPAREILS

M. Monprofit (d'Angers) tient à présenter au Congrès la **valve abdomino-vaginale autofixatrice** qu'il emploie depuis 1895, ceci afin d'établir nettement l'antériorité de son instrument par rapport à tous ceux qui ont été créés depuis dans le même but. Ces derniers, s'ils prennent des points d'appui différents comme la valve de Doyen, procèdent en tout cas du principe, — *l'autofixation*, que M. Monprofit a été le premier à appliquer.

M. Cazin (de Paris) présente un **cautère à air chaud fonctionnant à l'alcool** que le Dr Pierre Ménard a fait construire. Le principe de l'appareil est de faire passer l'air envoyé par une poire de caoutchouc à travers une série de tubes en cuivre mince chauffés par une puissante lampe Bunsen à alcool. L'appareil de petit volume et de poids minime est d'un maniement facile. Le Dr Cazin rappelle que le Dr Pierre Ménard avait antérieurement présenté au Congrès de physiothérapie et à la Société médicale des hôpitaux un appareil à douches d'air chaud utilisant la même lampe sur laquelle se fixait un ventilateur à main marchant au moyen d'une gâchette. L'ensemble des deux appareils permet au praticien de traiter lui-même la plupart des cas courants qui se présentent en clientèle (entorses, plaies atones, gangrènes, etc.) nécessitant un traitement thermothérapique.

MM. Chastenet de Géry et Lance présentent une **instrumentation de chirurgie osseuse** qui comporte essentiellement : 1° une partie motrice formée d'un moteur à main et d'un électromoteur pouvant se substituer l'un à l'autre selon le cas; 2° un flexible; 3° un porte-outil stérilisable avec embrayage et débrayage mécanique; 4° des instruments divers, scies, fraises, mèches, etc.; 5° une gaine stérilisable pour le flexible.

M. Lance (de Paris) présente un **cadre métallique vertical** pour poser des appareils plâtrés dans la scoliose. Le malade y est suspendu par les bras et est assis sur un tabouret métallique qui permet de donner toutes les orientations que l'on veut au bassin. Cet appareil est construit de manière à pouvoir servir d'appareil d'examen et de mensuration des scolioses.

P. Chastenet de Géry.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 15 NOVEMBRE 1920)

Observations sur les propriétés des substances lacrymogènes et sur la mesure de leur activité. — M. Gabriel BERTRAND.

« In vivo » comme « in vitro » les microbes passent à travers la paroi du filtre. — M. J. J. HEYMANS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 23 NOVEMBRE 1920)

Après avoir entendu l'éloge de M. Debove par M. ACHARD, l'Académie lève la séance en signe de deuil.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 19 NOVEMBRE 1920)

La pneumo-séreuse péritonéale dans les épanchements mixtes de l'abdomen. — MM. P. E. WEIL et LOISELEUR reprennent l'étude de la pneumo-séreuse dans les épanchements abdominaux, ils en ont obtenu les résultats suivants : *Ascites.* L'air remplaçant la quantité de liquide enlevé, on retrouve une certaine quantité de liquide dans le bassin, limitée par une ligne horizontale, mobile dans la succussion. L'air sus-jacent entoure le foie et la rate, qui sont toujours ptosés et dont on juge nettement le volume, les déformations, les bosselures, les ligaments. *Péritonite tuberculeuse* : l'aspect de la péritonite tuberculeuse ascitique est tout différent et se reconnaît sans hésitation à la radioscopie. Le liquide peut former une zone noire à la partie inférieure du ventre, mais plus souvent il est limité par plusieurs lignes de niveau ; il peut aussi, de façon irrégulière, former plusieurs hydro-pneumo-péritoines partiels ne communiquant qu'incomplètement. Au-dessus l'arc se répartit moins conformément, la partie gauche de l'abdomen est plus claire, la droite plus grisaillée. Au centre, on voit une zone noire constituée par les anses intestinales et les ganglions. Cette masse noire tachée de zones claires, s'observe surtout bien en vue latérale. Elle est fixe et ne se déplace pas sous des pressions manuelles qui sont douloureuses. Parfois des brides relient cette masse à la paroi antérieure. La rate est ptosée, mais le foie reste fixé, dans la moitié des cas, au diaphragme. La résorption de l'air se fait très lentement dans la séreuse malade. *Abcès sous-phréniques* : Ces abcès d'origine digestive à anaérobies réalisent des pneumopéritoines partiels spontanés. L'examen radioscopique en permet le diagnostic immédiat sans hésitation. L'image hydro-aérique siège sous le diaphragme immobile à son niveau au-dessus du lobe gauche du foie. Une ponction sous l'écran donne du pus fétide et décide de l'intervention. *Kystes de l'ovaire :* L'examen radiologique ne fournit pas de renseignements dans les kystes simples à moins que l'on puisse ponctionner leur contenu, s'il n'est pas trop visqueux. Mais quand il y a en même temps ascite, la pneumo-séreuse montre la tumeur parfaitement opaque latérale, entourée d'air. Dans le flanc opposé, on retrouve une ligne horizontale noire de liquide.

A propos de l'association de l'ulcère simple et des lésions rénales et hépatiques. — M. Ch. GANDY. A l'occasion de la communication, à la dernière séance, de MM. Lenoir, Richet et Jacquelin, l'auteur rappelle comment on peut comprendre le lien qui existe entre ces deux ordres de lésions. Dans un travail déjà ancien sur la pathogénie de l'ulcère simple, il avait étudié parmi les conditions étiologiques de celui-ci, la part des lésions chroniques du rein et celle des lésions hépatiques et de multiples observations montrant la fréquence de cette association. Des faits comme ceux de MM. Lenoir, Richet et Jacquelin où la tare rénale ou hépatique n'est décelée que par certaines recherches biologiques prouveraient que cette fréquence est encore plus grande qu'il n'était établi. Atteinte hépatique et plus souvent encore atteinte rénale jouent le rôle de causes prédisposantes vis-à-vis de l'ulcère et conditionnent l'état toxémique qui est à la base du processus de nécrose hémorragique, seul mode constaté de genèse des ulcérations simples.

Présentation d'une jambe artificielle. — M. BIDOU (présenté par M. Merklen). L'auteur montre des dispositifs fort ingénieux qui permettent aux amputés l'utilisation des membres artificiels qui leur ont été fournis et auxquels ils préfèrent le pilon ou même les béquilles, à cause de leur poids exagéré et de leur point d'appui défectueux. Il termine sa communication par la présentation d'une jambe artificielle d'une conception tout à fait neuve et qui semble réaliser un progrès considérable sur tout ce qui a été fait jusqu'ici.

Les tuberculoses locales traitées par les injections de sulfates de terres cériques. — MM. H. GRENET, BLOCH et H. DROUIN. Les 22 cas présentés comprennent 3 adénites tuberculeuses, 5 tuberculoses verruqueuses, 1 vaste ulcération tuberculeuse du cou, 8 lupus tuberculeux, 4 lupus érythémateux, 2 tuberculoses osseuses, 1 spina ventosa, 1 tuberculose rhino-pharyngo-laryngée. Dans tous ces cas, les auteurs ont obtenu une guérison complète ou une amélioration considérable, sauf pour deux lupus tuberculeux, particulièrement graves où il n'y a eu qu'une atténuation dans la marche des lésions. La plupart des malades ont été traités par des injections intraveineuses, les autres par des injections sous-cutanées ou intramusculaires. S'appuyant sur les recherches de MM. Hudelo, Monthaux et Drouin qui ont montré le renforcement de l'action thérapeutique des sels d'étain par addition de lipoïdes lécithines, les auteurs ont préparé une solution lipoïdique de sulfate de didyme à 2 p. 1000. Malgré le titre peu élevé de cette solution, les injections sous-cutanées ou intramusculaires presque indolores, faites à la dose de 2 cmc. par séries de 20, possèdent une réelle efficacité, comme le prouvent 7 observations. Les auteurs rappellent que le traitement doit être appliqué avec régularité et patience et que l'amélioration ne commence souvent qu'au cours ou à la suite de la deuxième série d'injections pour se continuer d'une manière progressive.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 13 NOVEMBRE 1920)

Recherches expérimentales sur la persistance de la stercobiline malgré l'obstruction du canal choledoque. — M. Marcel BRULÉ. On sait que la stercobiline peut continuer à être retrouvée dans les fèces alors même que tout afflux de bile dans le duodénum est suspendu, par résection du canal cholédoque, et alors même que l'établissement d'une fistule biliaire semble supprimer toute rétention de bile dans l'organisme.

En réalité, lorsque la rétention biliaire manque absolument, toute trace de stercobiline manque aussi. Mais la fistule biliaire produit le plus souvent un drainage imparfait de la bile; presque toujours on peut constater un peu de bilirubine dans l'urine et dès lors l'urobiline fécale reparaît.

La rétention biliaire est donc l'élément essentiel de la réapparition de stercobiline dans les fèces; les pigments retenus dans l'organisme semblent déversés dans l'intestin par voie sanguine, alors qu'ils n'y peuvent plus être déversés par le cholédoque.

La bilirubinurie, même intense, ne s'accompagne que d'une faible élimination de stercobiline. Mais l'urobilinurie, dès qu'elle apparaît, provoque une élimination de stercobiline plus intense et souvent considérable. Chez le chien, la bilirubine, et non seulement l'urobiline, pigment plus diffusible, peut donc traverser la paroi intestinale.

Il existe un synchronisme étroit entre l'existence des pigments biliaires dans l'urine et dans les fèces. On peut s'assurer que ces pigments, amenés par l'intestin par voie anormale, y apparaissent surtout à partir du cœcum.

Ces faits démontrent à nouveau l'inexactitude de la théorie entéro-hépatique de l'urobilinurie; ils montrent, en outre, qu'on ne peut cliniquement diagnostiquer une obstruction


LE PLUS
PUISSANT
DES
ANTISEPTIQUES
NI TOXIQUE
NI CAUSTIQUE
SUPEROL
HENRY RENAN
Henry Renan
Pharmacien
33 Rue de Vaugirard PARIS (VI)
TÉLÉPHONE FLEURUS 23-01



biliaire complète ou incomplète en se basant seulement sur l'absence ou la présence de stercobiline dans les fèces.

Les troubles de coagulation du sang. — M. P. EMILE-WEIL fait remarquer, à propos de la communication de MM. Wallich, Abrami et Lévy-Solal, que Bussi, dès 1909, Dumoulin et Boyé (1909) et lui-même ont montré que les troubles de coagulation du sang pouvaient être à la base des hémorragies du post partum, et que la correction des uns, la guérison des autres, pouvaient être obtenues par le traitement des injections siriques.

Le réflexe naso-palpébral (réflexe trijumeau-facial) et sa valeur pronostique dans la paralysie faciale. — M. Georges GUILAIN montre l'intérêt de l'étude de la réflectivité dans le diagnostic des paralysies faciales, il étudie le réflexe naso-palpébral, réflexe trijumeau-facial, obtenu par percussion de l'espace intersourcilier et amenant la contraction symétrique des muscles orbiculaires des paupières. Le réflexe naso-palpébral est visible les paupières closes et est très différent par sa modalité de recherche du réflexe de clignement conjonctival et cornéen et du réflexe sus-orbitaire décrit par Mac Carthy. Le réflexe naso-palpébral est presque toujours aboli du côté malade dans les paralysies faciales périphériques, il peut être seulement diminué et alors le pronostic est favorable; dans d'autres cas, son abolition persistante est un signe pronostique sérieux à prendre en considération. Le réflexe réapparaît souvent avant la contraction volontaire et dans les paralysies faciales qui doivent guérir avant les modifications favorables des réactions électriques. Dans les paralysies faciales centrales le réflexe naso-palpébral est conservé, parfois même exagéré.

(SÉANCE DU 20 NOVEMBRE 1920)

Effets de l'intoxication phéniquée sur l'excitabilité des muscles et des nerfs sensitifs et moteurs. — MM. F. ARLOING et Lucien THÉVENOT ont constaté dans leurs expériences que l'acide phénique s'est montré un excitant passager de la mœlle. Chez la grenouille, il provoque régulièrement des crises convulsives et ne donne chez le chien que des trémulations musculaires. Toutefois, à une hyperexcitabilité passagère succède une hypoexcitabilité sensitive sans modifications des réactions électriques du muscle ou du nerf moteur.

Note sur une nouvelle maladie des huîtres. — M. A. PETTIT fait part à la Société de ses premières constatations. Les huîtres malades s'atrophient, deviennent transparentes, leur coquille rend, à la percussion, un son clair. Histologiquement, les lésions prédominent sur l'hépato-pancréas et sur les branchies. Les ensemencements d'hémo-lymphe sont restés négatifs.

Election. — MM. ARMAND-DELILLE et STODEL sont nommés membres titulaires.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 12 NOVEMBRE 1920)

Traitement physique des manifestations médullaires et radiculaires de l'encéphalomyélite épidémique. — M. CHARTIER montre que les reliquats de cette encéphalomyélite, dont l'encéphalite léthargique est une des formes, sont assez différents des reliquats des encéphalites secondaires. Le traitement physiothérapique modifie ces reliquats qui présentent le plus souvent deux types cliniques principaux :

Dans le premier, syndrome pseudoparkinsonien, on utilise les bains de lumière généraux, l'hydrothérapie chaude, et ultérieurement la franklinisation et la rééducation des mouvements.

Dans le second, syndrome médullo-radiculaire avec myoclonie, au début, thermothérapie et effluves de haute fréquence sur la région rachidienne; plus tard, galvanisation rachidienne, radiothérapie, en somme, le traitement général des méningomyélites et des radiculites.

Dilatation des bronches et injections intratrachéales. — M. ROSENTHAL a maintenu en bonne santé pendant quatre ans, une malade atteinte de bronchite purulente, grâce à des injections intratrachéales vraies, faites quotidiennement, puis une à deux fois par semaine. L'interruption du traitement fut suivie d'une rechute avec mort rapide par abcès du cerveau.

Dans un cas pareil, la guérison ne pourrait s'obtenir que par affaissement des cavités, ce que l'injection intratrachéale ne peut faire. Il serait néanmoins nécessaire de faire une cure d'injections intrachéales préparatoires.

Le terrain tuberculeux est-il décalcifié ? — M. LEMATTE se demande si on a le droit de dire que le terrain tuberculeux est décalcifié. Il faut en effet ne pas oublier que la chaux s'éliminant chez les tuberculeux comme chez le sujet sain par les urines et les fèces : si donc on ne fait pas la somme de la chaux urinaire et de la chaux fécale, on n'aura pas la totalité de la chaux éliminée. Voici la technique simple de M. Lematte : régime lacté pendant plusieurs jours ; à chaque prise de 1 litre de lait, on met deux cuillerées à soupe de lait dans une fiole. Après quatre jours, on aura seize cuillerées de lait moyen dans lequel on dosera la chaux. Les urines totales de vingt-quatre heures et les fèces seront recueillies. On y dosera la chaux. La somme chaux urinaire et chaux fécale nous donne les sorties. La balance nous dira si on a une perte de calcium.

Modifications de la tension artérielle pendant la cure thermale de Luchon. — M. MOLINERY donne le résumé de 1.400 observations relevées soit à Barèges, soit à Luchon, au moyen de l'appareil Pachon. Dans 72 p. 100 des cas, la tension artérielle est favorablement influencée. Qu'il s'agisse d'élimination de déchets uréogéniques, de toxines hypotensives ou d'une action stimulante sur les endocrines, l'action profonde du soufre dans l'économie semble être un fait cliniquement démontrable.

Le traitement de la syphilis nerveuse. Méthode normale et méthode de Sicard. — M. LEREDDE rappelle que les règles du traitement de la syphilis nerveuse sont les mêmes que celles du traitement de la syphilis ancienne. Elles s'appliquent au traitement du tabes, de la paralysie générale, de l'épilepsie, de l'atrophie musculaire progressive comme à celui de la syphilis cérébrale vulgaire. La méthode de Sicard qui peut donner des résultats analogues lorsque la quantité d'arsenobenzol injectée est la même, est inutile, et elle est dangereuse en raison de son caractère mécanique et de phénomènes toxiques que ne produit pas l'injection hebdomadaire.

A propos du diagnostic différentiel de la coxalgie. — M. Carle RŒDERER rappelle qu'aucun signe clinique ou radiologique ne peut fournir au début les éléments d'un diagnostic certain, que la hanche réagit aux affections de voisinage (appendice, annexes) et proches (coxa vara, trochantérites) avec lesquelles on la confond souvent et qu'il existe des coxalgies tellement lentes d'évolution que l'hésitation diagnostique se maintient longtemps. Comme on l'a fait pour les spondylites, il faut pour les coxites dissocier plusieurs formes. En marge de la coxo-tuberculose, on a mis en lumière l'ostéo-chondrite déformante. Serait-ce l'ancienne ostéo-arthrite juvénile déformante? L'auteur ne veut conclure, mais simplement faire souvenir que l'articulation hypersensible de la hanche n'a, au début, qu'un cri d'alarme.

LIVRES NOUVEAUX

Le Lait condensé, 2e édition revue et augmentée (1), par P. LASSABLIÈRE.

La crise du lait, plus aiguë que jamais, donne une actualité nouvelle à ce livre dont la 1re édition a remporté tant de succès.

Il est particulièrement utile aux médecins de connaître le parti qu'on peut tirer du lait condensé afin de combler le déficit en lait frais pour l'alimentation et l'usage thérapeutique.

A ce point de vue, le livre de M. Lassablière est particulièrement documenté.

L. G.

(1) Un vol. in-8°. — Prix : 7 fr. — Paris 1920, A. Maloine.

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 101. — MARDI 30 NOV. 1920 93e ANNÉE. MARDI 30 NOV. 1920. — N° 101.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 26 novembre. — MM. Decoularé-Delafontaine, 8; Barois, 7; Chapplain, 6; Lebée, 12; Célice, 6; Bertrand (Yvan), 7; Thomas, 9; Baranger, 7; Gueullette, 10; Chavany, 12.

Séance du 28 novembre. — MM. Chereau, 8; Foucault, 13; Engelhard, 10; Bayle, 12; Bazert, 11; Turpin, 12; Blum, 7; Desoubry, Ravina et Chabanier, 11.

Anatomie. — Séance du 25 novembre. — MM. Bidermann, 9; Oury, 13; Durand (Paul), 9; Roullet, 10; Marceron, 12; Lubin, 8; Chevallier (Marc), 7; Aumont, 12; Aris, 11; Théodoresco, 12.

Séance du 26 novembre. — MM. Dubranle, 6; Jacquet, 11; Ménégaux et Pasquier, 8; Le Coulm, 4; Bonnecaze, 14; Delotte, 4; Rousseau (Pierre), 13; de Peretti della Rocca, 10; Mlle Déjerine, 14.

PRIX FILLIOUX. — Après concours, le prix Fillioux a été décerné à M. Feldstein, interne des hôpitaux et à MM. Crété et Doniol, externes des hôpitaux.

HOPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Le concours de pharmacien adjoint des hôpitaux s'est terminé par les nominations suivantes : MM. Brunon, Bernard, Poyeton, Bornet, Boitias, Tavernier, Bressand, Mlle Seonnet, pharmaciens adjoints titulaires; MM. Lapras, Heitzler, Guillot, Mlle Olivier, MM. Gerin, Dupont, Mlle Coussé, M. Bayle, Mlle Bonnay, pharmaciens adjoints suppléants.

— NIMES. — Un concours pour la nomination d'un médecin-adjoint s'ouvrira fin avril 1921.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des hôpitaux, rue de Montpellier, à Nîmes.

— SAINT-GERMAIN-EN-LAYE. — Un concours pour trois places d'internes titulaires et quatre places d'internes provisoires susceptibles d'être titularisés s'ouvrira le lundi 20 décembre, traitement 1.800. Les internes sont nourris et logés.

S'inscrire au bureau de la Direction de l'hôpital, 8 jours au moins avant le concours. Sont admis à concourir les externes ou étudiants de 3e année âgés de moins de 28 ans.

HOPITAL DE ROTHSCHILD. — Un concours pour six places d'internes à l'hôpital de Rothschild aura lieu le 17 janvier 1921. Les candidats devront avoir 16 inscriptions au moins, et être dégagés de toute obligation de scolarité. Ils seront nommés pour deux ans.

Renseignements et inscriptions, le matin de 9 heures à 12 heures, rue Santerre (12e), avant le 10 janvier 1921.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Sont nommés chefs de travaux :

MM. les Drs Neveu-Lemaire, parasitologie et histoire naturelle; Camus, physiologie; Garrelon, physiologie (chef adjoint); Dervieux, médecine légale; Richet, pathologie expérimentale et comparée.

MM. les prof. agrégés Labbé (H.), chimie; Guilleminot, physique; Branca, histologie; Mulon, histologie (chef adjoint); Roussy, anatomie pathologique; Philibert, bactériologie; Debré, hygiène; Richaud, pharmacologie.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — M. Beauvieux est nommé chef de laboratoire de clinique ophtalmologique.

— MONTPELLIER. — M. Mairet est nommé doyen honoraire.

— NANCY. — Sont nommés chefs de travaux :

MM. les Drs Lamy, physique; Simonin, pathologie expérimentale; Watrin, histologie; Mutel, anatomie; — MM. les prof. agrégés Thiry, histoire naturelle; Robert, chimie; Fairise, anatomie pathologique; Mathieu, physiologie.

— TOULOUSE. — Sont chargés de conférences, MM. les prof. agrégés Vallois (anatomie) et Ducuing (pathologie externe).

ÉCOLES DE MÉDECINE. — BESANÇON. — M. Roland, professeur de pathologie interne, est nommé professeur de clinique médicale, en remplacement de M. Gauderon admis à la retraite.

M. Heitz, professeur de pathologie externe et médecine opératoire, est nommé professeur de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Chapoy admis à la retraite.

M. Ledoux, ancien suppléant, est nommé professeur de pathologie interne.

— Dijon. — M. Dubuisson est nommé professeur de biologie générale et parasitologie.

M. Morlot est chargé des fonctions de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

— Limoges. — M. Biais, professeur de physique, est chargé, en outre, des fonctions de chef des travaux pratiques de physique ; M. Bonnaud, suppléant, est chargé, en outre, des fonctions de chef des travaux de chimie ; M. Goise, professeur de pharmacie et matière médicale, est délégué, en outre, dans les fonctions de suppléant de la même chaire.

— Marseille. — M. Cotte est nommé professeur de physiologie en remplacement de M. Gerber, appelé à d'autres fonctions.

M. Gabriel est nommé professeur d'histoire naturelle, en remplacement de M. Cotte.

M. Gaujoux, agrégé à la Faculté de Montpellier, est nommé professeur d'hygiène, en remplacement de M. Olmer, appelé à d'autres fonctions.

M. Martin est chargé d'un cours complémentaire de physique médicale.

M. Cassoute est chargé d'un cours d'hygiène et des maladies de la première enfance.

M. Mattei, suppléant, est chargé, en outre, d'un cours d'anatomie pathologique.

— Poitiers. — M. Le Blaye, suppléant, est chargé, en outre, d'un cours de pathologie interne.

— Rouen. — M. Richard, professeur de physique, est chargé, en outre, des fonctions de chef des travaux de physique et de chimie.

— Tours. — M. Menuet est nommé professeur de physique médicale en remplacement de M. Wolff.

MARINE. — Sont promus :

Au grade de médecin en chef de première classe. — M. Courtier.

Au grade de médecin en chef de deuxième classe. — M. Liffran.

Au grade de médecin principal. — M. Quéré.

Au grade de médecin de première classe. — MM. Le Chuiton, Jeanniot et Bondet de La Bernardie.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Le *Journal officiel* du 26 novembre, publie la liste des hôpitaux et hospices appelés à concourir aux élections du conseil supérieur de l'Assistance publique, scrutin du 16 décembre 1920.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Guerre. — (Active.) *Au grade de chevalier.* — MM. les médecins-majors Guilmain, Potier, Delrieu, Guelain, Angot.

(Réserve.) MM. les médecins-majors Pierson; Pietckievicz, Pignot, Plantier, Jaulin, Ramus, Renaud, Renon, Reure, Rolland, Rollet, Roquet, Rousseau, Roussin, Roussot.

MÉDAILLE MILITAIRE. — MM. les médecins sous-aides-majors et les médecins auxiliaires Adnet, Aris, Arnoux, Barthet, Baudot, Belgœul, Blanquis et Biar.

MÉDAILLES DE LA RECONNAISSANCE FRANÇAISE. — *Médailles de bronze.* — MM. les Drs Lisnard (du Golfe-Juan) et Vince (de Dinard).

CERCLE D'ÉTUDES MÉDICO-SPORTIVES. — Un cercle d'études médico-sportives est actuellement en formation. Les confrères s'intéressant à cette question qui désirent participer à la fondation de ce groupement tout amical et entièrement indépendant de toute question d'école sont priés d'écrire au Dr André Richard, 53, avenue Trudaine, Paris-IXe.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. Charles Infroit, chef du laboratoire central de radiologie à l'hôpital de la Salpêtrière, décédé à l'âge de 45 ans, à l'hôpital de la Salpêtrière où il était en traitement depuis un mois.

Victime d'accidents anciens causés par les rayons, X et amputé successivement de plusieurs doigts, du bras droit et de la main gauche, Ch. Infroit continua son service avec une courageuse obstination. Il succombe aujourd'hui après avoir délibérément donné sa vie pour ses malades et pour la science.

COURS ET CONFÉRENCES

HOTEL-DIEU. — Service de M. le prof. Gilbert, enseignement et exercices techniques de laboratoire, les jeudis de 9 à 10 heures.

Enseignement pratique de séméiologie et petite chirurgie médicale, les lundis, mercredis, vendredis et samedis, de 9 à 10 heures.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. le prof. Gosset fera sa première leçon à la clinique chirurgicale de la Salpêtrière, le lundi 29 novembre, à 10 heures du matin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. le prof. Vaquez fera sa première leçon à la clinique thérapeutique de la Pitié, le 2 décembre 1920, à 10 h. du matin (amphithéâtre de la Pitié).

ENSEIGNEMENT CLINIQUE DE L'HOPITAL TENON. — Les chefs de service de l'hôpital Tenon recommenceront à partir du jeudi 2 décembre 1920 leurs conférences cliniques avec présentation de malades, à 11 heures, à l'amphithéâtre des cours.

Lundi, 1er et 3e : M. R. Proust, chirurgie générale ; 2e et 4e : M. C. Lian, cœur et reins (sujet des conférences : la pression artérielle).

Mardi, 1er et 3e : M. P. Emile-Weil, médecine générale ; 2e et 4e : M. P. Sainton, système nerveux et glandes endocrines.

Mercredi, 2e et 4e : M. M. Michel, médecine générale.

Jeudi, 1er et 3e : M. M. Loeper, tube digestif; 2e et 4e : M. G. Kuss, chirurgie générale et chirurgie osseuse.

Samedi, 1er et 3e : M. F. Rathery, nutrition et reins; 2e et 4e : M. Ribierre, cœur et vaisseaux.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE (M. Pierre Sebileau, directeur des travaux scientifiques). — Le cours de médecine opératoire générale (ligatures amputations) hors série pour 40 élèves par M. le Dr Bergeret, prosecteur, commencera le vendredi 3 décembre 1920 à 2 heures précises et continuera les jours suivants, à la même heure.

Droit d'inscription : 100 fr. (Gratuit pour MM. les internes et externes des hôpitaux).

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL COCHIN. — M. le prof. Fernand Widal fera sa première leçon à l'amphithéâtre de la Clinique, le mardi 7 décembre à 11 heures. Ses leçons ultérieures auront lieu à la même heure, les mardis suivants.

HOPITAL TENON. — M. C. Lian commencera le lundi 13 décembre prochain une série de conférences pratiques sur la pression artérielle : technique sphygmomanométrique, valeur diagnostique et pronostique des résultats, déductions thérapeutiques.

Elles auront lieu les 2e et 4e lundis de chaque mois, à 11 heures, à l'amphithéâtre des cours de l'hôpital Tenon.

HOPITAL BROUSSAIS (96, rue Didot). — Enseignement clinique. — M. le Dr H. Dufour fait tous les vendredis à 10 h. 1/2, salle Delpech, des présentations de malades, accompagnées de courtes conférences cliniques et thérapeutiques.

RENSEIGNEMENTS

562. — **DACTYLO**, connaiss. parfait. termes médic., dem. trav. Sér. référ. — Mme Bonnetain, 13, rue Séguier, Paris.

LA DÉBILITÉ ARTHRITIQUE
CHEZ L'ENFANT

Par le docteur A. LESAGE (1),
Médecin de l'hôpital Hérold.

III

L'ARTHRITISME FLORIDE ET LA DÉBILITÉ ARTHRITIQUE

L'arthritisme, quelque minimes que soient ses expressions cliniques, a donc pour base constante, une déviation anormale de la nutrition jugée par l'état des urines et sur laquelle viennent se greffer des crises, soit d'intoxication, soit d'anaphylaxie, soit d'élimination. Ces dernières sont souvent réduites au minimum, si la diathèse est peu accentuée et ne fait qu'effleurer l'organisme ou si elle est tempérée, maîtrisée par une hygiène ou une diététique appropriée. Il faut dans ces cas, examiner les urines, y chercher les signes de la déviation de base et deviner les ébauches de crises. L'enfant présente tous les attributs de la santé parfaite ; il a bonne allure ; il est frais, rose, replet ; « il respire, comme on dit, la santé ». Cependant il urine peu, mange peu et s'il est vite fatigué, il se remet aussi rapidement de cette fatigue. Et puis on remarque qu'il tousse après le repas, qu'il est un peu essoufflé et qu'il expectore quelques crachats de mucus au moindre effort et au moindre refroidissement. Ce n'est rien, mais cela suffit pour indiquer que la santé n'est pas parfaite et que l'enfant est un arthritique au petit pied.

Un pas de plus et l'arthritisme cesse d'être caché ; il s'extériorise, il se confirme. Les crises sont évidentes et précises. C'est l'arthritisme que j'appellerais volontiers « normal ».

Greffée sur ce fond, la déviation peut encore s'accentuer et donner naissance à l'*hyperarthritisme*. En ce cas, la diathèse peut suivre deux évolutions différentes : l'hyperarthritisme *floride* et l'hyperarthritisme *débile*. Sur la déviation initiale peuvent se greffer, se surajouter des déviations secondaires de natures différentes.

Dans l'hyperarthritisme floride, la déviation porte sur l'augmentation de poids et de volume : l'enfant est trop gros, trop lourd et souvent ce qu'il gagne en poids et en volume, il le perd en couleur, il tend à être pâle.

Dans l'hyperarthritisme débile, le volume et le poids et parfois la taille sont inférieurs à la normale : l'enfant est chétif, malingre, hypotrophique, parfois même cachectique ; ce qu'il perd en poids et en volume, il le perd également en couleur, il tend à être pâle. A côté de l'arthritisme normal, il n'y a place que pour l'hyperarthritisme ; l'hypoarthritisme n'existe pas, à moins de considérer l'arthritique bien équilibré, l'arthritique au petit pied, comme un hypoarthritique, mais alors, ce dernier terme indiquerait presque la santé parfaite. En ce cas, l'état des urines serait le seul moyen de le séparer de cette dernière. Si nous comparons maintenant entre elles ces deux variétés d'hyperarthritisme, au point de vue de l'intensité des crises (équivalents), nous verrons que toutes deux ont des crises légères et des crises intenses, que toutes deux ont des crises d'intoxication, des crises d'élimination, des crises d'anaphylaxie. Je vais étudier en détail, chacune de ces variétés d'hyperarthritisme.

Hyperarthritisme floride. — L'excès de poids et de volume peuvent relever de deux ordres de causes totalement différentes.

Dans un premier cas, l'enfant présente des variations *rapides* dans cet excès, qui tiennent à ce qu'il fait de la *rétention d'eau*. Celle-ci vient par *accès* : alors en quelques jours le poids et le volume augmentent ; puis elle cesse et disparaît, et ces derniers diminuent. Cependant une fois apparue, la rétention d'eau peut persister un certain temps, devenir en quelque sorte chronique.

Dans un second cas, l'excès de poids et de volume est plus long à se produire et aussi plus long à disparaître, car il est dû à un dépôt *progressif* de graisse : c'est l'*obésité*.

Rétentions d'eau. — Dans les éléments fondamentaux de l'arthritisme, j'ai montré qu'il existe souvent des accès de rétention d'eau, qui disparaissent rapidement à la suite d'une débâcle urinaire ou intestinale.

Au degré le plus léger, elle n'est pas visible à l'examen clinique et ne peut se juger qu'à l'aide de la balance : c'est le *préœdème*. Ainsi on voit un petit enfant augmenter en quelques jours de 500 à 600 g., sans que les apports alimentaires aient augmenté et perdre ce gain avec une très grande rapidité.

La rétention d'eau, si elle est plus accentuée, devient visible et reconnaissable par ses caractères cliniques. A l'augmentation de poids et de volume, s'ajoute l'apparition du godet à la suite de l'impression digitale. On le voit nettement sur le dos du pied et de la main, au cou et à la figure : les extrémités sont gonflées, alors que la racine du membre reste normale. La forme des membres est changée de ce fait.

La rétention d'eau, quelquefois, mais rarement, peut se généraliser sous la forme d'anasarque. La quantité de l'urine émise par l'arthritique est diminuée d'une façon générale. Dans beaucoup de cas de rétentions d'eau, cette diminution est plus accentuée, si bien que, par association d'idées, on tend à attribuer la rétention d'eau à cette diminution. Mais ceci est loin d'être constant. Ainsi la rétention peut survenir à la suite d'absorption de liquide, même d'eau, plus forte que d'habitude : le rein arthritique, déjà paresseux, n'obéit pas à ce surcroît d'absorption et ne se laisse pas forcer. Il a ses habitudes de peu travailler et de n'obéir qu'à certaines injonctions de certains liquides pris, non pas en grande quantité, mais en petite quantité ; ces derniers ont l'agrément du rein. Ainsi le lait, après une courte augmentation d'urine, perd rapidement cette action et produit fréquemment de la rétention d'eau ; fait observé chez des petits enfants arthritiques, qui gonflent à la suite d'abus d'ingestion de lait. A l'opposé, on remarque qu'une minime ingestion d'eau chaude suffit pour forcer le rein et augmenter l'urine. Il en est de même de l'eau simple froide ou de certaines eaux minérales, qui, à l'inverse de l'attente, n'augmentent pas la quantité d'urine et produisent des rétentions d'eau. Ces phénomènes si importants, doivent servir de base à la diététique de l'arthritisme.

Une erreur accréditée dans le public et même en

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 62, p. 981 ; n° 68, p. 1077, et n° 79, p. 1253. (Leçon recueillie par M. Noël Cojan, interne des hôpitaux.)

médecine, est de croire que la quantité d'urine émise est parallèle à la quantité de liquide ingérée. Ceci peut se voir chez certains organismes, mais nullement chez l'arthritique. Ce défaut de parallélisme, peut encore être donné comme un des caractères de l'arthritisme. Pourquoi le rein arthritique n'obéit-il pas de la même façon à 100 g. d'eau froide et à 100 g. d'eau chaude? Pourquoi se laisse-t-il fléchir par telle eau *non* minéralisée et non par telle autre également non minéralisée? N'a-t-on pas remarqué depuis longtemps que certaines eaux minérales lavent le rein des arthritiques et non d'autres? Il y a dans cette question d'hydraulique du rein arthritique encore bien des inconnues. Il faut tout de même poser ce problème qui, à mon avis, est une des bases fondamentales de l'arthritisme. Il n'est pas le seul. Il semble que, par crises, par périodes, par cycles, les cellules arthritiques (non plus seulement la cellule rénale) mais toutes les cellules du corps, ont besoin, pour les échanges, d'une grande quantité d'eau. Et l'on peut se demander, si le besoin d'eau n'est pas la cause d'initiale de la faiblesse urinaire. Cependant les faits que je viens de citer plus haut, indiquent bien que la cellule rénale y est pour quelque chose.

Nos connaissances sur ces rétentions d'eau dites « tissulaires » sont encore bien vagues. S'agit-il d'un excès de sel cellulaire, qui produit cette retenue de l'eau? Cependant l'ingestion de sel en certaine quantité ne provoque pas ou n'augmente pas cette rétention, car l'excès de sel ingéré est retrouvé dans l'urine.

N'est-ce pas l'élévation du taux de l'élément « azote » ou sa désintégration insuffisante, qui provoque la rétention? Cependant l'étude des rétentions d'urée d'origine rénale n'est pas en faveur de cette hypothèse, car on ne constate pas d'œdème.

La nutrition cellulaire arthritique ne se rapproche-t-elle pas de la nutrition cellulaire durant l'intoxication cholérique sèche, où malgré l'absence totale d'élimination et la baisse de poids, l'absorption de grandes quantités d'eau est indispensable à la cellule et ne provoque pas d'œdème?

S'agit-il d'une lésion de la paroi cellulaire, qui est cause d'une dysosmose, d'où le nom de diathèse dysosmotique, que j'ai donné à ces faits (1)? Ce qui est à retenir est que certains enfants viennent au monde avec cette particularité que leurs cellules gardent l'eau. Plus ils en ingèrent et plus ils en gardent; la quantité d'urine restant normale ou inférieure à la normale. En tout cas, comme ceci se voit chez l'arthritique, la rétention ne se produit pas ou disparaît, s'il a des selles faciles et abondantes, s'il a de la diarrhée ou des accès de polyurie. Dans cette question, il sera bon de se souvenir que l'arthritique est sensible aux intoxications anaphylactiques qui provoquent également des rétentions d'eau. On voit donc que les causes de ces dernières sont nombreuses.

Il est évident que, dans l'étude de ces faits, j'élimine toute rétention d'eau, d'origine rénale, que Widal et ses élèves ont mis en lumière et qui sera jugée par l'analyse du sang et de l'urine. Il ne suffit pas, en effet, d'être arthritique pour être à l'abri de toute affection rénale.

On a décrit, depuis longtemps, des œdèmes et des anasarques que l'on a appelés « essentiels » du fait que l'on ne trouvait pas d'albumine dans l'urine (1). Tous ces faits sont sujets à revision, car la présence de l'albumine est tout à fait accessoire et il faut pratiquer le dosage des chlorures et dans l'urine et dans le sang pour savoir s'il existe de la rétention d'origine rénale.

Ainsi, depuis le travail de Undervood en 1820, on a pu isoler : 1° les œdèmes non rénaux que l'on voit chez les cachectiques, les entérites chroniques et les atrophiques; 2° les œdèmes non rénaux que l'on observe chez le nourrisson, à la suite du gavage par le lait, fait signalé par Wagner, Goodhart, Barthez et Sauvé, Lesage (2) et qui paraissent se rapprocher des œdèmes arthritiques dont je viens de parler.

Chute de poids exagérée dès la naissance. — On sait que le nouveau-né perd normalement de son poids dans les premiers jours de la vie, perte qu'il regagne après quelques jours.

Or, certains enfants présentent une chute pondérale *accentuée* (500-600 g.), que l'on ne peut expliquer que par une perte d'eau.

Il semble qu'il existe dans ces cas une rétention d'eau d'origine fœtale, que cette rétention soit d'origine rénale ou tissulaire. On a pu noter dans ces cas de l'œdème du placenta et du cordon, de l'œdème généralisé visible. On l'a signalée dans la syphilis héréditaire (gros œuf syphilitique). Je l'ai souvent observée dans les familles arthritiques, chez des gros enfants à la naissance (4.500-5.000 g.). (Il ne faut pas, en effet, croire que tout gros enfant à la naissance soit un obèse. Celui-ci présente une chute normale de poids.) J'ai pu suivre plusieurs enfants de ce genre pendant quelques années et j'ai noté à plusieurs reprises des accès de rétention d'eau de nature arthritique. Ceci pose la question des rétentions anormales d'eau, d'origine fœtale. Je n'y insiste pas pour le moment.

Rétention d'eau et sensation de fatigue chez l'arthritique. — Toute rétention d'eau est accompagnée de sensation d'alourdissement et de fatigue de l'organisme. On ne confondra pas cette sensation avec la sensation de lourdeur « de plomb » que l'on observe souvent chez l'arthritique et qui fait partie de la sensibilité à la fatigue que j'ai étudiée plus haut. Dans ces cas, il n'existe, en effet, ni pré-œdème, ni œdème, comme le montrent l'examen clinique et la balance. Bien au contraire, on constate que cette sensation de lourdeur est accompagnée fréquemment de baisse de poids.

On devra penser, chez le nourrisson, à l'œdème — dont nous ne connaissons pas la nature — qui est observé dans l'hypertrophie du thymus et disparaît après l'application du traitement par les rayons X. Cet œdème ou anasarque « thymique » ne doit pas être oublié. On sait que chez les enfants tués par la crise thymique on observe souvent de l'œdème pulmonaire.

On devra se souvenir de certains anasarques accompagnés de fièvre et de signes d'infection et dont la durée est d'une vingtaine de jours. L'absence de lésion rénale a été constatée (3).

On ne confondra pas l'œdème due à la rétention d'eau avec le gonflement du tissu conjonctif dû à l'hypofonctionnement de la glande thyroïde. En effet, ce gonflement est tout à fait spécial, n'est pas

(1) Lesage. *Traité des maladies du nourrisson*. Traduction allemande.

(1) De la Tribouille. *Th. de Paris*, 1894.
(2) *Société clinique*, 1890.
(3) Ripelin. *Thèse de Lille*, 1912.

aqueux, mais à demi-gélatineux, tremblotant à la manière d'une gelée, d'où le nom de *myxœdème*.

Son siège de prédilection est à la face, qui est large, « en pleine lune »; les traits sont épais, les joues pendantes et tremblotantes, les lèvres grosses, la bouche ouverte, laissant constamment sortie la langue augmentée de volume, les paupières boursouflées et tremblotantes qui tendent à cacher les yeux. Le myxœdème peut se généraliser à tout le corps : le cou et les membres sont épais, courts et larges. Déjà les caractères tirés de ce gonflement sont suffisants pour le séparer de l'œdème aqueux. Mais on constate en plus d'autres symptômes tout aussi caractéristiques qui permettent d'en affirmer la nature thyroïdienne. Ainsi le squelette de la tête est gros, le front bas et étroit, le nez épaté, les pommettes saillantes, le menton large. La peau est pâle, luisante, sèche, *cireuse*, sans poils (cheveux et sourcils rares). La circulation est paresseuse, d'où la cyanose fréquente et le refroidissement des extrémités; le cerveau est arrêté dans son développement; la figure est sans expression, atone, immobile et les fonctions cérébrales sont réduites à peu de chose (arriération, imbécillité, idiotie, etc.); le squelette a cessé toute croissance et la taille reste petite. Tous symptômes qui permettront d'affirmer la nature thyroïdienne de l'affection.

Obésité: — L'augmentation de poids et de volume est due à la graisse. Il y a lieu de distinguer l'obésité *congénitale* et l'obésité *acquise*. L'obésité congénitale peut être la cause de dystocie. On a observé des enfants dont le poids de naissance était de 7 et 8 kg. Les petits obèses de 5 et 6 kg. ne sont pas rares.

L'obèse de naissance a une baisse de poids normale à la naissance; il a peu d'appétit et augmente peu pendant la première année, si bien que, dans la seconde année, il est à l'unisson des autres enfants. Parfois même il augmente seulement de taille et devient hypotrophique (dans le sens indiqué par Variot).

Il n'en est pas toujours ainsi. Certains obèses de naissance croissent régulièrement si bien que la courbe pondérale reste parallèle mais supérieure à la normale : tel le cas cité par Comby d'un enfant pesant 6kg500 à la naissance et 21 kg. à 6 mois.

L'obésité congénitale n'atteint pas fatalement tous les enfants d'une même souche; ainsi on peut voir survenir par hasard un gros enfant obèse après d'autres dont le poids de naissance a été normal. De plus, dans une lignée d'enfants obèses, on peut voir des enfants dont le poids est normal mais qui ont fréquemment des accès de rétention d'eau.

Il n'est pas rare d'observer des familles où, à chaque nouvelle grossesse, l'enfant est de plus en plus gros.

Un ménage d'obèses ne donne pas fatalement naissance à un enfant obèse. Pendant la grossesse, on s'attend à la naissance d'un gros enfant, on se prépare à l'éventualité d'une dystocie. A la surprise générale, l'enfant naît avec un poids normal et même parfois avec tous les caractères de la débilité congénitale. A côté de ces cas d'obésité congénitale on peut rencontrer des cas d'obésité *acquise* qui apparaît à la fin de la première année. L'enfant naît avec un poids normal, mais après le sixième mois il s'emballe sur la voie de l'obésité en augmentant régulièrement de 50 g. par jour si bien que, en l'espace de quelques mois, il présente la taille et le poids d'un enfant de deux ans. Dans ces cas, toute la nutrition « tourne » à la graisse, quoique l'enfant s'alimente peu.

L'augmentation de poids, lente et progressive, permettra de penser à l'obésité et d'éliminer l'existence de la rétention d'eau.

L'obésité est caractérisée par le dépôt de graisse en quantité élevée et anormale dans le tissu conjonctif des diverses parties du corps. Le poids est excessif. Tout est déformé par un épais pannicule adipeux sous-cutané, si bien que l'aspect général du corps tend « au cube ».

La forme des membres est conservée plus élancée aux extrémités qu'à la racine (or, dans l'œdème, les extrémités sont grosses et gonflées).

Les plis normaux du tégument sont très profonds et le siège fréquent d'intertrigo. Le visage est rond avec deux et trois mentons; le cou est court et la nuque présente des bourrelets; le ventre est très développé, par suite du dépôt de graisse sous-cutanée. L'envahissement par cette dernière nivelle toutes les saillies et les creux normaux.

A l'époque de la marche, l'enfant hésite, écarte lourdement ses grosses jambes qui peuvent à peine le supporter.

L'enfant obèse, quel que soit son âge, a peu de besoins, peu d'appétit et se contente de peu : il est apathique et somnolent, en général peu coloré et dans certains cas très pâle (chlorose des géants). La chair est ferme : la pression digitale ne laisse pas l'impression d'un godet.

L'obésité qui est une variété d'hyperarthritisme peut être accompagnée (sauf pour le poids et le volume) de tous les signes caractéristiques de la débilité arthritique — qui est une autre variété d'hyperarthritisme — symptômes que j'étudierai plus loin en détail.

Comme on le voit, l'alimentation joue un rôle minime dans la création de l'obésité, qui relève d'une déviation héréditaire de la nutrition : ainsi deux frères soumis au même régime, l'un sera obèse et l'autre normal (1).

Obésité arthritique par exagération de la nutrition. — Certains enfants de souche arthritique, nés avec un poids normal, ont dès les premières semaines, un emballement à la vie. Leur appétit est exagéré, boulimique, jamais assouvi. Ils sont donc bien différents des obèses que je viens d'étudier qui n'ont pas ou ont peu d'appétit et qui malgré tout, croissent, car toute ingestion « tourne à la graisse ». En ce cas, la déviation de la nutrition du type arthritique existe, comme on le constate par l'analyse de l'urine.

Dans les faits que j'étudie ici, la nutrition n'est pas déviée, au sens arthritique du mot. L'enfant pousse d'une façon régulière de 40-50 g. par jour, si bien qu'à deux ans, il présente la taille et le volume d'un enfant de trois ans.

L'urine est de quantité normale (et non oligurique), parfois même augmentée. L'analyse montre qu'il n'y a pas la déviation arthritique, mais que toutes les valeurs sont *également* augmentées (d'un tiers, de moitié ou du double). De temps en temps l'organisme fatigué a des accès d'arrêt (crise d'acide urique avec albumine, anorexie, agitation, insomnie). Après quelques jours, tout rentre dans l'ordre.

Les besoins de la vie sont *exagérés*, cet excès

(1) Domange. *Dict. Dechambre*, art. Obésité.

d'apport est employé par une vie cellulaire *intensive* mais de nutrition normale et non déviée. Ces enfants ont une vie double, sont des hyperactifs. Cette folie de vie exige un excès d'apport, un excès d'ingestion ; elle provoque l'obésité, car malgré tout, il y a des restes, il y a suralimentation. Bien des enfants conservent cette vie intensive pendant de longues années, sans que l'organisme paraisse en souffrir. Mais il faut se défier de cette folie nutritive, car elle est souvent le prélude du diabète. C'est la polyphagie initiale. Je me demande s'il ne faut pas séparer complètement cette dernière obésité de l'obésité véritable arthritique et s'il ne faut pas au contraire la placer dans le cadre de la déviation diabétique. En tout cas elle est une modalité spéciale de l'arthritisme. En effet on peut observer l'apparition de toutes les variétés d'équivalents.

Diagnostic. — On ne confondra pas l'obésité avec l'œdème, ni avec la belle santé de l'enfant normal à l'allaitement au sein, ni avec la paralysie pseudo-hypertrophique (hypertrophie des muscles et absence de graisse, etc.), ni avec l'hypertrophie congénitale d'un membre, ni avec l'éléphantiasis (peau ridée, pachydermique, etc.).

Le gigantisme diffère de l'obésité congénitale, en ce sens que l'enfant vient au monde, non seulement avec un poids un peu fort, mais encore et surtout avec une grande taille. Or l'enfant obèse est de taille normale. Le caractéristique du gigantisme est tirée de la taille.

En voici un exemple (1) :

A la naissance, poids 4 kg., taille 58 cm.
A 6 mois, poids 5 kg. 200, taille 70 cm.
Tour de tête, 42 cm.
Main, 8 cm. de longueur et 4 cm. de largeur.
Pied, 11 cm. de longueur et 4 cm. de largeur.

On ne confondra pas l'obésité avec la lipodystrophie progressive (2) où le dépôt anormal de graisse reste localisé au bassin, au tronc et aux membres inférieurs et où la partie supérieure du corps (face, cou, membres supérieurs) est au contraire maigre.

L'hypofonctionnement de la glande hypophysaire a parmi les symptômes qui le caractérise, le développement anormal du tissu graisseux. Mais la coexistence d'autres signes suffit à diagnostiquer cette variété d'obésité.

On sait que, depuis Fröhlich (3), les études cliniques et expérimentales ont établi que la glande hypophyse présente deux parties bien distinctes, dont l'hypofonctionnement a des signes spéciaux pour chacune d'elles (4).

Ainsi le lobe antérieur possède une sécrétion qui stimule la croissance et en particulier l'ostéogenèse, d'où l'hypofonctionnement provoque un arrêt de développement.

Au contraire, quand la sécrétion du lobe postérieur et de la « pars intermédia » est déficiente, on observe de la véritable obésité, analogue à l'obésité arthritique mais qui est accompagnée de polyurie, de polydipsie, de perturbation thermique avec tendance au refroidissement, de modifications de la pression sanguine avec bradycardie, de tolérance pour les sucres, d'absence de développement des organes génitaux et du système pileux, d'affaiblissement progressif de l'intelligence, d'apathie et d'asthénie et à la fin de somnolence. Tous symptômes qui manquent dans l'obésité arthritique.

Si cet hypofonctionnement est dû à la présence d'une tumeur qui désorganise la glande hypophyse, on constate, en plus, l'existence des symptômes de tumeur cérébrale (vomissements, vertiges, céphalée, crises épileptiques) et des symptômes de localisation de cette tumeur (hémianopsie bitemporale, et, à la radiographie, élargissement de la selle turcique).

Suivant le siège de cette tumeur ou non sur le lobe antérieur, on a ou non arrêt de la croissance. On a encore donné comme signe important de l'hypofonctionnement la persistance des cartilages de conjugaison. Ceci a de l'importance pour l'adulte, mais non pour l'enfant, car tant que la croissance n'est pas terminée les cartilages de conjugaison persistent.

On a décrit également l'apparition d'obésité dans le cas d'hypofonctionnement de la glande pinéale (1), mais le grand développement des organes génitaux, du système pileux et de tout le squelette, uni à la précocité sexuelle, permettront d'établir le diagnostic. Si une tumeur est cause de la désorganisation de cette glande, se joindront les signes de tumeur cérébrale sans aucune localisation (céphalée, vertiges, somnolence, etc.).

On a décrit des obésités d'origine infectieuse, d'origine toxique [tuberculose, syphilis] (2), d'origine chlorotique, mais la coexistence de symptômes spéciaux à ces infections ou ces intoxications permettra d'en établir le diagnostic.

L'hypofonctionnement de la glande surrénale peut être accompagnée d'une obésité passagère avec agitation extrême, suivie rapidement d'amaigrissement intense avec asthénie prononcée.

Au moment du sevrage, il n'est pas rare d'observer une obésité passagère toxique due à l'abus de l'ingestion de sucre ; la constipation intense, le tympanisme persistant et l'acidité anormale de l'urine suffiront à en montrer la cause.

Obésité et rétention d'eau. — Un arthritique obèse peut, en plus de son obésité, présenter des accès de rétention d'eau, dont les signes viendront se surajouter à ceux de l'obésité. Ainsi on constatera aux extrémités (dos du pied, dos de la main) la présence d'œdème caractéristique. Cette coexistence est fréquemment observée au moment du sevrage quand l'enfant a été nourri trop longtemps et d'une façon exagérée au lait de vache.

Transformation de l'obésité en débilité arthritique. — Il n'est pas rare de rencontrer des enfants atteints d'obésité, soit congénitale, soit acquise, qui tournent bride vers la deuxième ou troisième année. La croissance s'arrête, le poids ne bouge plus, si bien qu'après quelques mois l'enfant maigrit et prend le type du débile arthritique (poids et taille stationnaires). Parfois le poids reste stationnaire et la taille seule continue à croître, comme dans l'hypotrophie décrite par Variot. Ainsi à quatre ans l'enfant a la taille d'un enfant de six ans, mais a conservé le poids d'un enfant de trois ans. C'est un débile long et mince, ancien obèse, dont l'état de santé évolue à la manière de la débilité arthritique.

(1) Thomas Erwin. *Zeits. f. Kinderh.*, 1912.
(2) Simons. *Zeitsch. fr. d. ges. neurosy psych.* 1911.
(3) *Wiener klin. Rundschau*, 1901.
(4) Mouriquand. *Congrès de l'Association française de pédiatrie*, 1913. — Chauvet. *Th. de Paris*, 1914.

(1) *Wiener, med. Woch.*, 1908.
(2) Carnot. *Bull. méd.*, 1906.

Cette transformation montre bien la relation qui existe entre l'obésité et la débilité : toutes deux variantes de l'hyperarthritisme.

ACTUALITÉS

LA THÉRAPEUTIQUE PAR LA FIÈVRE

En médecine, on redécouvre assez souvent l'Amérique, faute de savoir qu'elle a déjà été trouvée. De là tout le vieux-neuf qui encombre nos annales. Parfois cependant certaines prétendues innovations sont si déconcertantes qu'elles éveillent la curiosité et arrivent à faire illusion sur leur originalité. Tel est le cas pour une singulière méthode préconisée par divers médecins allemands, Wagner, Plaut et Steiner, Weichbrodt et Jahnel, Muhlens, Weygandt et Kirschbaum, et que MM. Kontschweiler, dans sa thèse, et Pagniez, dans un article de la *Presse médicale*, ont fait connaître au public français.

*
* *

L'idée fondamentale de ces ingénieux thérapeutes est la suivante :

Les cliniciens ont remarqué depuis un certain temps déjà qu'une affection fébrile intercurrente peut modifier l'allure d'une infection chronique, en ralentir les progrès, en déterminer même la rémission. Il arrive, par exemple, qu'une fièvre typhoïde améliore sensiblement l'état d'un paralytique général, la vaccine celui d'un coquelucheux qui traîne, l'érysipèle celui d'un cancéreux. Bien plus, on a vu une infection quelconque amender les manifestations d'une psychose ou espacer et atténuer les crises du mal comitial.

Quelles sont les raisons de cette influence ? Tout d'abord, et quand il s'agit de deux infections, certains ont pensé que les agents animés respectifs entrent en conflit et que le moins virulent (celui de l'infection chronique) est annihilé, au moins momentanément. Mais cette hypothèse manque de preuves et d'ailleurs demeure inopérante quand on a affaire à des psychoses ou à des névroses indépendantes d'une infection connue. On invoqua alors les modifications humorales et tissulaires produites dans l'organisme par l'accès fébrile. Le terrain devenait ainsi plus solide. En effet, l'infection aiguë donne un coup de fouet aux défenses naturelles et entraîne des réactions souvent assez intenses. Il parut néanmoins que, dans la diaphylaxie ainsi éveillée, la leucocytose devait tenir la première place, puisque la multiplication des phagocytes doit aboutir à l'englobement, non seulement des microbes de l'infection intercurrente, mais de ceux de l'infection antécédente, et peut-être à la disparition des éléments lésés des tissus malades et à la restauration plus ou moins complète de ceux-ci. Cette vue était en partie juste et c'est pour y répondre d'une manière pratique qu'on a utilisé l'abcès de fixation de Fochier, les injections de nucléinate de soude et la méthode leucogène. Pourtant si ces procédés procurèrent parfois, dans les infections aiguës, des résultats satisfaisants, ils ne donnèrent que fort peu de chose dans les infections chroniques, mais, phénomène bien étrange, les améliorations, par-ci par-là obtenues, ne s'observaient que pour certaines infections seulement et lorsque la réaction thermique était forte et prolongée. Dès lors, on se demanda si ce n'était pas l'élévation de chaleur qui, seule et indépendamment de toute diaphylaxie, intervenait en empêchant le développement des microbes qui ne peuvent plus vivre au degré atteint. O. Weisz a été, je crois, le premier à appliquer cette conception au traitement des gonococcies dont l'agent meurt à 42° ; il prescrivait, en conséquence, à ses malades des bains chauds répétés portés suivant la tolérance jusqu'à 43°5 et vantait cette méthode comme particulièrement efficace. Wagner, Weichbrodt, Muhlens et les autres Allemands cités plus haut ont été beaucoup plus loin. Ayant constaté expérimentalement que le chancre de lapins inoculés guérit sans suites quand on expose ces animaux, une demi-heure deux fois par jour, à l'étuve à 41°, ils en ont conclu que le spirochète s'affaiblit et meurt sous l'influence de cette élévation de température, et ont imaginé, dans ce but, d'inoculer à leurs paralytiques généraux, soit la fièvre récurrente, soit surtout la malaria du type tierce ou tropical. Les résultats furent d'ailleurs assez médiocres puisque 2 sujets sur les 4 de Weichbrodt et 12 sur les 33 de Muhlens, Weygandt et Kirschbaum présentèrent une amélioration appréciable, et on ne sait pas encore si elle sera durable.

*
* *

Cette méthode, bien caractéristique de l'imagination germanique, soulève plusieurs objections.

En premier lieu, il paraît imprudent de déduire d'une certaine sensibilité d'un microbe à une température donnée in vitro la même sensibilité in vivo. Les conditions de milieu ne sont pas, en effet, les mêmes dans les deux cas et nous avons la preuve que des bacilles fragiles dans les meilleures cultures deviennent très résistants dans l'organisme. En ce qui concerne particulièrement le tréponème, l'expérience sur les lapins ne saurait être considérée comme péremptoire, attendu que l'homme, même au cours d'accès violents de paludisme, n'atteint pas 45° de température centrale, comme les lapins mis à l'étuve par Weichbrodt et Jahnel.

En second lieu n'est-il pas quelque peu audacieux d'inoculer, même à un paralytique général, une infection nouvelle ? Sans doute, les médecins allemands demandent, avant toute intervention, le consentement écrit de la famille et au besoin celle du patient. Mais la famille et le patient lui-même sont-ils bien aptes à juger des conséquences d'une telle inoculation ? Le paludisme pas plus que la fièvre récurrente ne sont des maladies vraiment bénignes et jugulables en un tournemain, ainsi qu'affectent de le croire les auteurs. Ceux-ci d'ailleurs n'ont-ils pas constaté qu'il y a eu mort de ce fait et que, en tout cas, les améliorations intéressent tout au plus le tiers des sujets traités, et n'étant pas assez anciennes pour parler de rémission définitive, constituent un gros risque ? Sans doute encore la paralysie générale a eu une évolution si généralement fatale qu'elle autorise les tentatives thérapeutiques les plus désespérées. Mais d'autres moyens, moins hasardeux qu'une contamination nouvelle qui peut, par surcroît, devenir nuisible non seulement au malade mais aussi à ses proches, ne sont-ils pas, dans le même ordre d'idées, à notre disposition, abstraction faite des arsenicaux, du mercure et de l'iode, dont l'action, quand ils sont bien maniés, n'est point toujours absolument nulle ? Et nous voilà ainsi amenés à des considérations qui montreront que le procédé allemand est une assez vieille chose

présentée sous une forme simplement inattendue.

Je ne pense pas, jusqu'à plus ample informé, qu'une élévation de température de 2° à 3° soit, par elle-même, suffisante pour tuer dans l'organisme certains microbes regardés comme sensibles à la chaleur, mais je crois, en revanche, que la fièvre, qui n'est pas qu'une ascension thermique, constitue un procédé de défense très énergique, mettant en œuvre des réactions nerveuses violentes et des combustions intraorganiques intenses, et qui, par conséquent, peut et doit avoir une grande utilité dans les processus infectieux profonds et torpides que nous ne savons pas atteindre directement. Ceci admis — et Hippocrate n'a-t-il pas écrit que la fièvre est un effort de la nature — les tentatives pour provoquer cet effort sont légitimées, à la condition que le patient puisse en faire les frais sans aggraver son état. Peut-être que les bains très chauds et les fumigations brûlantes, recommandés par les vieux médecins contre la syphilis, répondaient à cette notion, alors empirique. Quoi qu'il en soit, pour produire les accès fébriles jugés utiles, il n'est nullement indispensable de s'exposer aux inconvénients d'une infection supplémentaire. C'est, en effet, le moment de rappeler que le prof. Carrieu a obtenu, il y a une douzaine d'années, des rémissions dans les accidents parasyphilitiques par des injections intramusculaires d'argent colloïdal qui déterminaient de légers accès de fièvre. Carrieu, ne se rendant probablement pas compte de la raison de ces améliorations, employa ensuite, en injections sous-arachnoïdiennes, le mercure colloïdal qui lui paraissait naturellement mieux indiqué. J'ai vu un blessé de guerre chez lequel une injection de strychnine détermina un violent accès de fièvre à la suite de quoi les troubles parasyphilitiques dont il souffrait furent temporairement amendés. Dans l'hypothèse envisagée par les auteurs allemands, ce qui importe, sous le rapport thérapeutique, c'est la fièvre, et dès lors, au lieu de s'adresser à une infection fébrile, n'est-il pas préférable de recourir à des injections de corps non animés, maniables, tels que sucres, peptones, métaux colloïdaux, dont on peut, sans aucun danger, régler l'action que l'on peut varier suivant les circonstances, et qui donnent lieu à des réactions diaphylactiques et fébriles de même ordre. A parler franc, il n'est pas du tout certain que cette méthode nous permette de vaincre la paralysie générale, mais elle est moins aléatoire que celle des Allemands, et c'est pourquoi nous devons la préférer. Dans les procédés germaniques, qu'ils soient de guerre, de commerce ou de science, il y a toujours une part de surprise qui déconcerte les esprits non prévenus ou inattentifs. Cette part, il suffit de l'isoler pour s'apercevoir que le reste est un simple démarquage.

J. LAUMONIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 24 NOVEMBRE 1920)

Ostéomes musculaires. — M. Auvray fait un rapport sur une observation adressée par M. Aimes (de Montpellier), relative à un cas d'hématome du muscle iliaque, consécutif à une chute de bicyclette, hématome à parois fibreuses, très épaisses mais dans lesquelles on ne trouve pas d'os. A ce sujet, M. Auvray rappelle un travail qu'il a publié dans la *Gazette des hôpitaux* en octobre 1920 (n° 85, p. 1349), dans ce travail qui était basé sur une observation d'ostéome traumatique du muscle iliaque ayant son point de départ sur la crête iliaque, et ayant nécessité deux interventions, une récidive ayant eu lieu, M. Auvray avait réuni 14 observations d'ostéomes multiples de cette région. Sur ces 14 malades, 6 furent opérés.

M. Auvray a recherché quelle pouvait être la pathogénie de ces ostéomes. Il distingue ceux qui sont d'origine traumatique, ceux qui sont d'origine inflammatoire ou d'origine tuberculeuse. Il faut aussi séparer ceux qui ont un point de départ sur le squelette, de ceux qui sont libres et indépendants du squelette, ces tumeurs siègent en avant de l'articulation dont elles empêchent les mouvements. Les malades qui en sont atteints ont la cuisse fléchie sur le bassin. Elles sont souvent très douloureuses. Dans le cas d'ostéome multiple qu'il a publié dans la *Gazette*, M. Auvray a dû faire une incision transversale longeant la crête iliaque, décoller le péritoine et aller chercher le point de départ de l'ostéome sur la crête iliaque. Chez ce malade, il y a vu une récidive au niveau du triangle de Scarpa. Opéré depuis sept ans, il n'a plus eu de nouvelle récidive. Les mouvements de l'articulation sont restés limités, mais suffisants pour que cet homme ait pu reprendre son métier qui consiste à faire des transports dans une voiture à bras; dans un autre cas, après l'opération, M. Auvray a pu remettre la jambe en rectitude. Il y a eu ankylose, mais le malade marche bien; d'une façon générale, on peut dire que le bénéfice de l'opération est considérable.

M. Alglave rappelle que le muscle le plus souvent atteint d'ostéomes est le brachial antérieur. On les observe habituellement à la suite d'une luxation du coude en arrière. M. Alglave en a deux cas actuellement dans son service, un garçon de 17 ans, après une luxation du coude en arrière réduite, présente un ostéome de la partie inférieure du brachial antérieur qui, en 15 jours, s'est développé avec une extrême rapidité et qui continue à se développer. Quand faudra-t-il l'opérer? C'est la question que M. Alglave pose à ses collègues.

M. Arrou vient d'observer un cas analogue : luxation de l'épaule en arrière, massage énergique, mobilisation, qui ont été pratiqués en ville. Depuis que ce malade est entré à l'hôpital, M. Arrou a bien défendu qu'on y touche. Il attend.

M. Rouvillois, comme M. Arrou, estime qu'il est de règle de s'abstenir dans les ostéomes récents. Il faut attendre, pour les opérés, qu'ils soient arrivés à complète maturité. Il fait ressortir l'utilité de la radiographie en pareil cas.

M. Broca, dans son enseignement, a toujours soutenu qu'il fallait bien se garder de recourir au massage après les luxations du coude chez l'enfant et qu'il n'y fallait pas toucher.

M. Dujarier a opéré trois ostéomes du brachial antérieur. Il a toujours attendu leur maturité et n'a pas eu de récidive après 2 et 3 ans.

M. Chevrier dans un cas a eu recours à la radiothérapie préventive pour vieillir un ostéome du brachial antérieur avant de l'opérer. Mais il a disparu sous l'influence des rayons X. On devrait donc toujours commencer le traitement par la radiothérapie, quitte à recourir à l'opération si cela ne réussit pas. M. Chevrier va plus loin. Il serait d'avis qu'après les luxations du coude on eût recours à la radiothérapie comme préventive des ostéomes.

M. Quénu rappelle la discussion qui a déjà eu lieu sur ce sujet. Il a opéré un grand nombre d'ostéomes qui étaient des récidives. Le pronostic doit être réservé.

M. Broca a vu beaucoup de luxations du coude chez l'enfant et il n'a pas observé d'ostéomes chez des enfants qui ont été traités comme ils devaient l'être.

M. Mouchet a vu des cas d'ostéomes après des luxations de coude normalement traitées.

M. Auvray termine cette petite discussion qui s'est un peu écartée du sujet qu'il a traité.

Fractures traitées par le vissage métallique. — M. Mauclaire fait un rapport sur une observation de M. Legrand (d'Alexandrie) : traitement d'une fracture de la partie inférieure du fémur par le vissage métallique des fragments. Bon résultat.

La voie transrotulienne comme voie d'accès sur l'articulation du genou. — M. Alglave fait une communication

sur ce sujet. Il a abandonné la voie transligamenteuse pour la voie transrotulienne. Il fait donc une incision transversale, sépare la rotule en deux fragments, un supérieur et un inférieur; a ainsi une large voie d'accès sur l'articulation et réunit ensuite les deux fragments rotuliens. Il a eu recours à ce procédé pour des blessures de guerre et en a obtenu de bons résultats.

M. Thiéry, depuis bien longtemps, s'est servi de cette voie pour arriver à l'articulation.

Traitement des fractures du col du fémur par la méthode de Delbet. — La discussion se poursuit sur ce sujet, M. Pierre Duval, des cas qu'il lui a été donné d'observer, croit pouvoir conclure que les greffons d'os morts ou d'os vivants sont bien loin de donner une sécurité parfaite et, d'accord avec M. Heitz-Boyer, préfère avoir recours à la prothèse métallique.

JURISPRUDENCE

DES MESURES DESTINÉES A COMBATTRE LA DÉPOPULATION

Le péril de la dépopulation en France, qui était déjà une question très préoccupante avant la guerre déchaînée par l'Allemagne en 1914, s'est aggravé par la disparition ou l'affaiblissement de plus de deux millions et demi d'hommes dans la force de l'âge : tués, mutilés ou débilités par la maladie. Ce péril qu'il importe de combattre aujourd'hui par tous les moyens tient à la restriction, souvent volontaire, des naissances, et provient en outre d'une série de causes économiques et sociales.

On a cherché à lutter contre lui; car il menace non seulement notre race, mais aussi l'équilibre des forces qui se sont unies contre l'Allemagne qui a tenté d'établir son hégémonie sur le monde. Mais on n'a pas abouti à créer un ensemble de législation pour lutter contre la gravité du mal; il n'existe que des lois éparses. Les unes ont pour but de protéger les enfants et les femmes en couche; d'autres facilitent la légitimation des enfants naturels et même adultérins; une loi toute récente, du 31 juillet 1920, réprime la provocation à l'avortement et à la propagande anticonceptionnelle. De nombreuses propositions de lois ont été déposées; mais elles n'ont pas encore vu le jour de la discussion.

I

1. Dans le premier groupe de lois que nous signalons, le législateur a édicté des dispositions en faveur :

a. *Des familles nombreuses :* ainsi la loi du 14 juillet 1913, relative à l'assistance des familles nombreuses, avec les décrets des 1er et 4 décembre 1913; pendant la guerre et pour sa durée, des indemnités ont été accordées pour charges de famille (décret du 26 août 1914 modifié par le décret du 3 octobre 1915). En outre est intervenue la loi du 5 octobre 1915, relative au paiement, pendant la durée des hostilités, de l'indemnité annuelle pour charges de famille, édictée par l'article 2 de la loi du 30 décembre 1913.

Des exemptions d'impôts sont accordées lorsque le père de famille a plusieurs enfants (voir notamment la loi du 15 juillet 1914, établissant un impôt général sur le revenu, modifiée par les lois des 30 décembre 1916, 23 février et 31 juillet 1917, 29 juin 1918 et 25 juin 1920). Dans cette dernière loi, l'impôt sur le revenu est majoré dans certaines conditions, lorsque le contribuable est célibataire, ou lorsque les contribuables sont mariés, sans avoir d'enfants.

b. *Des femmes en couches :* loi du 17 juin 1913 sur le repos des femmes en couches, loi modifiée par celle du 2 décembre 1917; loi du 27 novembre 1909, garantissant leur travail ou leur emploi aux femmes en couche; loi du 5 août 1917 concernant l'allaitement maternel dans les établissements industriels et commerciaux.

c. *Des enfants :* loi du 22 décembre 1874 relative à la protection des enfants du premier âge; loi du 27 juin 1904 sur le service des enfants assistés; loi du 28 juin 1904 relative à l'éducation des pupilles de l'assistance publique, difficiles ou vicieux.

On peut en outre citer les diverses lois qui ont pour objet de protéger les enfants qui travaillent dans les usines et ateliers.

2. Dans le second groupe, sont comprises les lois destinées à faciliter la légitimation des enfants naturels et adultérins. Le législateur a voulu ne pas rendre irrémédiable une faute dont les conséquences sont nuisibles pour l'enfant, les parents cherchant à la cacher en abandonnant souvent celui-ci.

La légitimation des enfants naturels est prévue par les articles 331-332 et 333 du Code civil. C'est l'article 331 qui fixe les principes en cette matière.

Ce texte a été modifié par la loi du 30 décembre 1915.

Il en résulte que :

1° Les enfants nés hors mariage, autres que ceux nés d'un commerce adultérin, sont légitimés par le mariage subséquent de leurs père et mère, lorsque ceux-ci les ont légalement reconnus avant leur mariage ou qu'ils les reconnaissent au moment de sa célébration. Dans ce dernier cas, l'officier de l'état civil qui procède au mariage constate la reconnaissance et la légitimation dans un acte séparé.

La loi prévoit le cas où l'enfant n'est reconnu que par un seul des père ou mère.

2° Les enfants adultérins sont légitimés par le mariage subséquent de leur père et mère, lorsque ceux-ci les reconnaissent au moment de la célébration du mariage, dans trois cas; ces enfants sont :

a. Les enfants nés d'un commerce adultérin de la mère, lorsqu'ils sont désavoués par le mari ou ses héritiers;

b. Les enfants nés du commerce adultérin du père ou de la mère, lorsqu'ils sont réputés conçus à une époque où le père ou la mère avait un domicile distinct en vertu de l'ordonnance rendue conformément à l'article 878 du Code de procédure civil et antérieurement à un désistement de l'instance, au rejet de la demande ou à une réconciliation judiciairement constatée.

c. Les enfants nés du commerce adultérin du mari, dans tous les autres cas, s'il n'existe pas, au moment du mariage subséquent, d'enfants ou de descendants légitimes issus du mariage, au cours duquel l'enfant adultérin est né ou a été conçu.

A côté de cette loi, le législateur, a voté, le 7 avril 1917, une loi qui détermine les conditions dans lesquelles pourront être légitimés les enfants dont les parents se sont trouvés, par la mobilisation du père et le décès de ce dernier, dans l'impossibilité de contracter mariage.

L'article 1er renvoie aux dispositions de l'article 331 du Code civil; par conséquent le texte légal s'applique aux enfants naturels et aux enfants adultérins. La loi décide que le demandeur, qui sera la mère, ou à son défaut le tuteur ou subrogé-tuteur ou l'un des ascendants du père ou de la mère, devra prouver que l'enfant a été légalement reconnu par la mère ou déclaré judiciairement être né d'elle et que les deux parents se sont trouvés, au jour du décès du père, réunir les conditions de capacité exigées par le Code civil pour contracter mariage. La demande étant accueillie par le tribunal ou la cour, l'enfant jouit des droits d'un enfant légitime tant au regard du père qu'au regard de sa mère (1).

3. La loi du 31 juillet 1920 réprime la provocation à l'avortement et à la propagande anticonceptionnelle. Nous en donnerons l'analyse dans un prochain numéro de la *Gazette*.

II

A côté de ces diverses lois, de nombreuses propositions dues à l'initiative parlementaire ont pour but de développer la natalité. Ce sont notamment celles :

de MM. Paul Bénazet et Paul Aubriot, députés, instituant des primes à la natalité;

de MM. Ed. Barthe et Et. Rognon, députés, organisant la protection de la maternité et de l'enfance;

de M. Doizy, député, instituant le livret national de caisse d'épargne du nouveau-né.

de MM. Peyroux, Bachimont, Merlin et autres, tendant à augmenter la quantité et la qualité de la natalité française;

de M. Léon Perrier, député, sur l'hospitalisation des filles-mères.

Une dernière proposition contient plusieurs des disposi-

(1) Une proposition de loi de M. Ricolfi, député, tendant à compléter la loi du 7 avril 1917 par la légitimation de la mère, n'est pas encore venue en discussion.

La Vision extra-rétinienne et le sens paroptique. Recherches de psycho-physiologie expérimentale et de physiologie histologique, par Louis FARIGOULE, ancien élève de l'Ecole normale supérieure, professeur agrégé de l'Université. Une plaquette in-8. — Prix : 10 fr. — Paris, Editions de la Nouvelle Revue française, 35 et 37, rue Madame.

tions envisagées dans les propositions précédentes, c'est celle de M. Etienne Lairolle, député, sur la création et le fonctionnement d'un institut national de la natalité et sur les mesures à prendre pour le relèvement de la natalité et la répression de l'avortement (Doc. parl. ch. des Députés 1919, t. I, p. 113, n° 5577).

Le but de cette proposition est qu'avant d'entrer dans le détail des mesures propres à encourager et à protéger la natalité, il convient de constituer l'organe qui aura pour mission de pourvoir à cette tâche, laquelle doit être double : elle consiste d'abord à agir sur l'opinion par un vaste travail de propagande auquel il convient d'appeler toutes les religions, tous ceux qui, à des titres divers, agissent sur l'opinion et contribuent à la faire; elle consiste ensuite à administrer les encouragements divers qui doivent pousser à la natalité.

L'Institut qu'on envisage dans cette proposition aurait un budget alimenté par les crédits votés chaque année par le Parlement et par les dons et legs qu'il pourrait recevoir, ayant la personnalité civile.

Dans chaque département seraient créés en annexes aux écoles normales d'institutrices et à défaut d'instituteurs, des instituts départementaux de puériculture.

L'Institut augmenterait le nombre des mutualités maternelles, accorderait des secours de grossesse (proposition Peyroux et autres), veillerait aux soins et frais d'accouchement, concéderait :

Primes d'allaitement (proposition Peyroux);

Primes de natalité (Aubriot et Bénazet).

On peut se rendre compte par cet exposé que le législateur a beaucoup à faire s'il veut établir un ensemble de mesures coordonnées pour lutter contre la dépopulation. Il ne doit pas perdre de vue que la dépopulation menace les forces vives de la France, alors que la population allemande continue à grandir ; sa vigilance ne saurait être en défaut, sous peine de voir la France dépérir.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

NOTES POUR L'INTERNAT

SÉMÉIOLOGIE DE L'HÉMIPLÉGIE [1]

FORMES CLINIQUES. — On peut décrire bien des formes cliniques suivant le degré des lésions, leur étendue et leur siège :

A côté du type d'hémiplégie complète, que nous avons prise pour type, il y a toute une série de formes plus ou moins incomplètes. Parmi ces dernières, la forme la plus fruste est certainement celle qui ne se traduit que par une exagération des réflexes sans signe de paralysie véritable. Dupré a attiré l'attention sur un *syndrome de débilité motrice*, qui est constitué par une hémiparésie légère avec raideur, maladresse d'un côté du corps. Comme signes objectifs, on relève : le signe des orteils (sigue de Babinski), la paratonie ou impossibilité de relâcher les muscles à volonté, la syncinésie ou mouvements associés involontaires. En somme, la raideur et la maladresse prédominent sur la paralysie.

Suivant *l'étendue*, on peut décrire des monoplégies crurale ou brachiale parfois associées à une paralysie faciale.

Enfin, nous retrouverons, au diagnostic du siège des lésions, les diverses formes cliniques (syndrome de Weber, Benedikt, Millard-Gübler).

Le *syndromede Babinski-Nageotte* est caractérisé par une hémiplégie d'un côté et des troubles cérébelleux de l'autre (hémi-asynergie, latéropulsion, nystagmus).

La *forme sénile* (ou type de lacunaire) est caractérisée par des troubles d'amnésie, troubles du langage, démence plus ou moins marqués, troubles moteurs diffus et petits ictus répétés.

La *forme infantile* (type d'hémiplégie spasmodique infantile), se caractérise surtout par le fait qu'elle arrête d'une façon plus ou moins complète le développement des membres paralysés, et que, se localisant presque toujours à l'écorce, elle se complique fréquemment d'attaques épileptiformes et de troubles intellectuels ultérieurement.

Le *début*, souvent dès la naissance, s'annonce par des convulsions.

C'est une hémiplégie totale avec prédominance aux membres supérieurs et aux extrémités. Elle aboutit soit à l'atrophie avec contractures et déformations prononcées des membres, soit à l'athétose vraie. Le membre supérieur est en demi-pronation, l'inférieur présente un pied bot équin ou varus équin.

Les arrêts de développement portent sur les tissus, les muscles, les os.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic d'hémiplégie s'impose, dans les formes complètes. A la période comateuse du début, le diagnostic est bien souvent délicat. Cependant on cherchera à dépister l'hémiplégie par la recherche de tous les symptômes : la constatation de la paralysie de l'une des joues, par l'inertie des membres surtout marquée d'un côté, par la disparition des réflexes abdominal et cornéen du côté paralysé (Milian).

En présence d'une hémiplégie flasque, on devra éliminer certaines névrites d'origine périphérique, relevant des intoxications par le plomb, l'alcool, l'arsenic, etc.

De même on ne s'attardera pas à discuter le diagnostic avec l'hémispasme, la maladie de Parkinson, la chorée, l'épilepsie.

Mais en présence d'une hémiplégie constituée, le point capital est de remonter du symptôme à la cause.

I. — Diagnostic de la nature de l'hémiplégie. — Le premier devoir du clinicien est de rechercher à préciser quelle est la variété d'hémiplégie, s'il s'agit d'une *hémiplégie organique* ou d'une *hémiplégie hystérique*.

Nous résumerons les éléments fondamentaux de ce diagnostic d'après les données de M. Babinski.

A. — L'HÉMIPLÉGIE HYSTÉRIQUE survient chez des sujets dont les antécédents personnels et héréditaires sont chargés et qui présentent des stigmates d'hystérie. Le début survient après des perturbations nerveuses; il est lent et progressif. La face est très rarement atteinte; la jambe est la plus touchée. Le malade marche en traînant la jambe comme une masse inerte (Todd). On note parfois la présence d'une hémianesthésie sensitivo-sensorielle du même côté que la paralysie. Les réflexes profonds ne sont pas très altérés. Le signe de Babinski est nul, il n'y a pas de clonus du pied — et les réflexes tendineux ou osseux ne sont pas modifiés. L'hystérie n'amène ni l'affaiblissement, ni l'abolition des réflexes tendineux, — ni leur exagération. Babinski insiste en outre sur la systématisation des phénomènes observés dans l'hystérie et sur la conservation des mouvements involontaires et subconscients. L'évolution est capricieuse; il peut y avoir des contractures parfois d'emblée; l'hémiplégie peut disparaître subitement après avoir eu une durée très longue. En somme, il y a une certaine contradiction entre certains symptômes observés.

B. — L'HÉMIPLÉGIE ORGANIQUE survient brusquement en général par ictus, chez un malade porteur d'anciennes lésions vasculaires cardiaques ou rénales. Elle évolue progressivement pour aboutir à des contractures et à de l'atrophie. Dès lors, le malade marche en fauchant. Il y a du clonus du pied et de la trépidation épileptoïde. Les réflexes tendineux sont exagérés et les réflexes cutanés modifiés. Babinski a attiré l'attention sur un certain nombre de symptômes, dont le groupement permet d'affirmer une hémiplégie organique : l'extension réflexe de l'orteil, le mouvement combiné de flexion de la cuisse et du bassin, le signe de la pronation, le signe du peaucier, l'inversion du réflexe du radius.

1° L'*inversion du réflexe des orteils* (signe de Babinski) : si l'on chatouille la plante du pied, les orteils, au lieu de se fléchir, s'étendent et s'écartent. Cette inversion peut se localiser au gros orteil ou s'étendre à tous les orteils qui s'étalent en éventail.

Le massage des muscles de la région antéro-externe de la jambe produit le même effet (Oppenheim). *(A suivre.)*

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 97, p. 1550, et n° 99, p. 1591.

Le Directeur-gérant Dr François Le Sourd.
PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 102. — JEUDI 2 & SAMEDI 4 DÉC. 1920 93e ANNÉE. JEUDI 2 & SAMEDI 4 DÉC. 1920. — N° 102.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 29 novembre. — MM. Tassin, 11; Cuvigny, 10; Alary, 8; Machavoine, 12; Ducrohet, 9; Castéran, 11; Oberthür, 8; Duhail, 9; Lelong (Marcel), 12.

Séance du 1er décembre. — MM. Richon, 11; Magnillat, 9; Brian-Garfield (Mme), 13; Rachet (Jean), 8; Allaire, 5; Andral, 12; Ferrier (Marcel), 7; Cournand, 10; Demelin, 6.

Anatomie. — Séance du 29 novembre. — MM. Delmas, 11; Comet, 8; Surmont, 11; Durand (Jean), 5; Ménard, 8; Longepierre, 9; Carrèga, 7; Wolff (Mlle), 6; Génin, 7; Grellety-Bosviel, 10.

Séance du 30 novembre. — MM. Walser, 10; David, 9; Lafourcade-Cortina, 10; Largeau, 11; Mérat (Pierre), 9; Génin (Mme), 10; Jousseaume, 12; Robin (Victor), 10; Le Chaux, 12; Longchampt, 8.

— CONCOURS DE PHARMACIEN DES HOPITAUX. — Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Luce et Regnier.

HOSPICE PAUL BROUSSE. — Un concours sur titres est ouvert à la Préfecture de la Seine pour la nomination d'un chirurgien à l'hospice départemental Paul Brousse à Villejuif. S'inscrire à la Préfecture de la Seine, Direction des affaires départementales, 1er bureau, de 10 h. à 17 h., avant le 30 décembre.

— Un concours pour la nomination d'internes en médecine à l'hospice Paul Brousse à Villejuif s'ouvrira le 17 janvier 1921 (conditions, être externe des hôpitaux, ou étudiant à 8 inscriptions, français, âgé de moins de 27 ans, limite d'âge reculée de 5 ans pour les étudiants ayant fait la guerre. S'inscrire avant le 27 décembre à la Préfecture. (Voir ci-dessus.)

DISPENSAIRE DE SALUBRITÉ. — Le Jury du concours pour l'admission à deux places d'interne en médecine au dispensaire de salubrité de la préfecture de Police et à des places éventuelles d'interne provisoire, est composé de M. Dubrel, président; MM. Le Noir, Gillet, Emery, Lec et du directeur du personnel de la comptabilité et du matériel, membres.

HOPITAUX DE PROVINCE. — MARSEILLE. — Un concours pour une place de chef de laboratoire à l'hôpital de la Conception s'ouvrira le lundi 10 janvier 1921, à 9 h. du matin à l'Hôtel-Dieu de Marseille. S'inscrire avant le 3 janvier.

— Un concours pour 2 places de chirurgien-adjoint des hôpitaux, s'ouvrira le lundi 24 janvier 1921 à 9 h. à l'Hôtel-Dieu.

— Le concours de l'externat s'est terminé par la nomination de MM. Pouymayou, Caudière, Vignoli, Bouyala, Giraud, Montagnier, Audibert, Toinon, Gavaudan, Chiappe, Dauch, Denizet, Silvan, Jourdan, Pons, Gravière, Ambialet, Lavit, Porte, Sesquès, Mlle Certonciny, M. Esménard, Mlle Cousin, MM. Mercier, Moutte, Raffali, Massad, Rey, Simonpietri, Morel.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ROUEN. — Un concours pour une place de chef de Clinique chirurgicale aura lieu à l'Hôtel-Dieu de Rouen, le lundi 20 décembre, à 9 h. du matin.

Se faire inscrire au secrétariat de l'Ecole, quinze jours au moins avant l'ouverture du concours.

HOMMAGE A M. THIBIERGE. — Nous apprenons que la semaine dernière, à l'hôpital Saint-Louis, une médaille d'or a été remise à M. Thibierge au nom de l'Association des internes et anciens internes des hôpitaux de Paris.

Qu'il nous soit permis de regretter la discrétion trop grande avec laquelle le bureau de l'Association a organisé cette cérémonie. Ni les membres de l'Association, ni les anciens élèves de M. Thibierge n'en ont été avisés. Ils ont été ainsi privés de la joie qu'ils auraient eue à apporter le tribut de leur respectueuse et affectueuse reconnaissance au maître qui pendant de si longues années a été l'âme de l'Association.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — L'Académie vient d'élire un académicien libre en remplacement de M. Adolphe Carnot, décédé.

Après 4 tours de scrutin, M. S. L. Breton, ministre de l'hygiène a été élu par 36 voix sur 63 votants.

Au premier tour, M. le prof. Albert Robin était arrivé en tête du ballottage avec 14 voix sur 62 votants.

M. S. L. Breton est un ingénieur, ancien préparateur de Schutzenberger au Collège de France, il s'est spécialisé dans l'étude des industries insalubres et notamment dans l'étude

de la céruse, dans l'étude de l'électricité et notamment des rayons X. Sous-secrétaire d'Etat des Inventions, il a pris une part importante à tous les travaux intéressant la défense nationale.

LES MÉDECINS ET LES DENTISTES ALSACIENS-LORRAINS. — Voici le projet de loi présenté à la Chambre des députés par le Gouvernement et renvoyé à la Commission d'Alsace-Lorraine.

ARTICLE PREMIER. — Peuvent exercer la médecine sur tout le territoire français, dans les mêmes conditions que ceux qui sont pourvus du diplôme de docteur en médecine délivré par le Gouvernement français, les médecins pourvus des autorisations nécessaires pour l'exercice de la médecine en Alsace-Lorraine, et qui ont été réintégrés dans la nationalité française ou auront obtenu cette nationalité.

ART. 2. — Peuvent exercer la profession de dentiste, sur tout le territoire français, dans les mêmes conditions que ceux qui sont pourvus du diplôme de médecin ou de chirurgien-dentiste délivré par le Gouvernement français, les dentistes diplômés conformément à la réglementation locale en Alsace-Lorraine « Zahnärzte », et qui ont été réintégrés dans la nationalité française ou qui auront obtenu cette nationalité.

ART. 3. — Les dentistes non diplômés, qui ont été autorisés à exercer leur profession en Alsace-Lorraine par l'arrêté du commissaire général de la République à Strasbourg du 24 septembre 1919, pourront exercer, sur tout le territoire français, l'art dentaire dans les mêmes conditions que les dentistes visés à l'article 32 de la loi du 30 novembre 1892.

RECENSEMENT DE LA POPULATION EN 1921. — Le *Journal officiel* du 29 novembre publie une circulaire et une instruction du ministre de l'Intérieur, relatives au dénombrement de la population qui doit avoir lieu le 6 mars 1921.

SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE. — L'assemblée générale du syndicat a eu lieu dimanche. Le bureau sortant a été réélu.

Le syndicat a discuté un certain nombre de questions parmi lesquelles les questions du lait à Paris (1). Il a été décidé qu'une démarche serait faite auprès du Préfet de la Seine pour l'amener à retirer l'arrêté relatif à la délivrance des certificats médicaux. En cas de refus le syndicat ira devant le Conseil d'Etat.

Un procès serait, en outre, intenté aux médecins des bureaux de bienfaisance délivrant ces certificats privilégiés.

L'assemblée a eu, ensuite, à s'occuper de l'adhésion à la C. T. I. Après une discussion un peu houleuse l'adhésion a été repoussée à 4 voix de majorité.

— Ce vote nous paraît regrettable.

Il n'est plus besoin aujourd'hui de démontrer à un médecin la nécessité de se syndiquer. Il est triste de voir que des médecins syndiqués ne comprennent pas la nécessité de la fédération de syndicats. La C. T. I. n'est pas autre chose. Certains de nos confrères veulent voir dans la C. T. I. un organe politique de droite ou de gauche. Il serait plus juste de dire que la C. T. I. sera ce que la feront ses adhérents.

L'adhésion des syndicats et des sociétés médicales donnerait une très grande force à la C. T. I., en revanche, les médecins joueraient un rôle non moins grand dans son orientation.

La faible majorité obtenue par les adversaires de la C. T. I. montre que beaucoup de médecins pensent comme nous.

ASSOCIATION DES JOURNALISTES MÉDICAUX FRANÇAIS. — Dans la dernière assemblée générale, M. F. Le Sourd a rendu compte du Congrès de la Fédération des journalistes.

M. Foveau de Courmelles a exposé quel est le but poursuivi et les résultats déjà réalisés par la C. T. I. Il fait part des mouvements analogues qui sont en train d'aboutir en Italie, Etats-Unis, Tchéco-Slovaquie, Belgique, Autriche, et parlé de la communication faite par M. de Weindel, secrétaire général de la C. T. I., à l'Académie des sciences morales et politiques.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 99, p. 1578.

M. Boudin a insisté sur la nécessité, pour les journaux médicaux, d'éclairer sur la C. T. I. les médecins qui doivent y adhérer en grand nombre.

M. Granjux a montré quelle était jadis la place de la presse dans les congrès médicaux et plaidé pour le retour à cet état de choses.

L'Association a admis comme membres titulaires : MM. H. Roché, 20, rue de Rambuteau ; G. Paul-Manceau, 12, rue de Bellechasse ; Doizy, à Sarcelles ; A. Loir, 12 *bis*, rue de Coligny, Le Havre ; H. Leclerc, 19, avenue de Ségur.

UN SANATORIUM POUR LES ENFANTS DE CONDITION MOYENNE. — LA FONDATION MADELEINE-JEAN-LOUIS FAURE. — Si les établissements hospitaliers pour indigents sont nombreux en France, si les luxueuses maisons de santé pour malades riches existent également en certain nombre, les malades de la classe moyenne, qui sont cependant si nombreux ont la plus grande peine, surtout depuis la guerre, à trouver des sanatoriums à des prix abordables.

C'est pour venir en aide à cette catégorie de malades, qu'une femme de grand cœur qui porte un très grand nom chirurgical, a fondé sur la côte d'azur un établissement consacré au traitement des malades atteints de « la tuberculose osseuse, articulaire et ganglionnaire à l'exclusion de ceux qui sont atteints de tuberculose ouverte des poumons ».

Ce sanatorium est installé à Cannes, à l'extrémité de la Croisette dans une situation exceptionnelle, tout à fait au bord de la mer. Il a pour objet la lutte contre la tuberculose par tous les moyens et notamment par l'héliothérapie unie à la cure marine.

La maison, ouverte toute l'année, reçoit des garçons de 4 à 12 ans, des fillettes à partir de 4 ans et des jeunes filles jusqu'à l'âge adulte.

Le prix de la journée d'hospitalisation est de 10 fr.

Ce prix, aux conditions de la vie actuelle, ne peut évidemment suffire aux frais d'hospitalisation, de traitement, de soins, de surveillance. La fondatrice a donc recours aux bonnes volontés charitables pour assurer la bonne marche et la durée de la fondation dont le seul but est de rendre service en couvrant les frais nécessités par son entretien.

Nous ne saurions trop recommander cette bonne œuvre à ceux de nos confrères qui en comprennent, comme nous, la grande utilité.

Pour tous les renseignements s'adresser à Mme la Directrice de la Fondation, villa des Araucarias, boulevard de Lérins, à Cannes.

HOPITAL BROCA. — Un cours complémentaire pratique d'histologie, histologie pathologique, hématologie et bactériologie appliquées à la gynécologie, fait par M. Champy, commencera le 6 décembre, à 9 heures.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. Roubinovitch fait un cours de neuro-psychiatrie infantile, le mardi, à 9 h. 1/2.

COLLÈGE DE FRANCE. — COURS DE PROTISTOLOGIE PATHOLOGIQUE. — M. Nattan-Larrier commencera son cours le samedi 4 décembre à 4 heures moins un quart et le continuera les jeudis et samedis à la même heure. Sujet du cours : L'hérédité des infections.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 8 décembre. — Jury : MM. Letulle, président ; Balthazard, Sébileau et Fiessinger. — M. SIMON. Étude critique de quelques cas de rétrécissements cicatriciels de l'œsophage. — M. LEHUCHE (René-Gabriel). Contribution à l'étude clinique et médico-légale du syndrome de Korsakoff post-traumatique. — M. SALMON (Paul-Jean-Henri). L'avortement criminel et sa répression. — M. ALLANIC (Alexandre-Marie). Dupuytren et la neurasthénie post-traumatique. — M. RIVAL (Charles). Lésions inflammatoires produites par l'huile de vaseline en injections sous-cutanées.

REVUE GÉNÉRALE

LES TUMEURS DU NOYAU LENTICULAIRE

(*ÉTUDE CLINIQUE*) (1)

Par René TARGOWLA.

On peut, au point de vue des troubles moteurs, rattacher à cette série de faits les cas de Boyd, Rorie, Rezek, Vigouroux et Fourmaud, Gordon, pour lesquels fut porté le diagnostic de paralysie générale.

L'étude systématique des réflexes est rarement indiquée dans ces observations; Vigouroux et Fourmaud notent cependant la faiblesse des réflexes patellaires, A. van Gehuchten et H. Le Mort leur abolition avec conservation des réflexes cutanés et absence du signe de Babinski; dans ce cas, les voies pyramidales étaient intactes et il existait « une légère dégénérescence diffuse des cordons postérieurs ».

Un des caractères dominants de ces troubles est l'hypotonie. Mais les tumeurs du noyau lenticulaire peuvent encore se manifester par une *rigidité musculaire bilatérale* plus étroitement caractéristique, apparemment, que la flaccidité. C'est un symptôme relativement rare et qui succède parfois au précédent, comme dans le cas d'Hérard. De même, le malade de Fraenkel, outre les symptômes indiqués plus haut, présenta vers la fin une rigidité tonique des quatre membres, en flexion aux membres supérieurs, plus marquée du côté opposé au siège de la tumeur. Les phénomènes observés par Löbel sont sensiblement comparables : il nota, au début, une parésie faciale droite avec contracture du bras gauche et légère parésie du membre inférieur du même côté. Huit jours après, le bras droit entrait à son tour en contracture, puis l'hémiparésie faciale faisait place progressivement à une « expression de souffrance égale dans les deux moitiés du visage ». Finalement, il existait une rigidité musculaire des deux membres supérieurs et un facies pseudobulbaire. On trouva à l'autopsie une gomme grosse comme une noisette dans le noyau lenticulaire droit. Dans le cas XII de Byrom-Bramwell, comme dans celui de Fraenkel, la mort fut précédée de coma avec rigidité des membres du côté gauche, s'associant à l'hémiplégie croisée qui s'était constituée progressivement deux mois plus tôt; deux tumeurs occupaient le centre ovale, le noyau extraventriculaire et la partie antérieure de la capsule interne gauches. De même, le malade de Vanzetti présentait un « spasme musculaire généralisé » qu'exagérait les émotions.

On peut rapprocher de ces faits les signes d'hypertonie (exaltation des réflexes tendineux, danse de la rotule, trépidation épileptoïde du pied, etc.) plus intenses du côté paralysé, signalés par Lwoff et René Targowla.

Le dernier symptôme bilatéral qui ait été noté est le *tremblement*; il est très variable dans ses caractères et n'affecte aucun type spécifique. Dans le cas d'Oppenheim, siégeant du côté parésié, il avait envahi un moment le membre pelvien opposé. Dans celui de L. Kaplan (tumeur du lobe temporal gauche ayant atteint secondairement le noyau lenticulaire), une faiblesse apparut tardivement dans les membres du côté droit, accompagnée d'un tremblement susceptible de s'arrêter très passagèrement au cours des mouvements volontaires; ultérieurement la contracture se manifesta dans le membre inférieur droit avec un tremblement épileptoïde qui, d'abord unilatéral, s'étendit ensuite au membre opposé. Dans ces faits, les secousses musculaires sont à prédominance unilatérale.

Dans l'observation de Lwoff et Targowla un tremblement volitionnel paraissant à peu près contemporain des premiers accidents paralytiques, est noté aux membres supérieurs; plus intense à droite, il s'accompagnait de secousses labiales du même côté pendant les mouvements de la parole et de trémulation de la langue. Il y avait une gomme dans le noyau lenticulaire droit. Chez le malade de Souques, un gliome situé du côté droit s'est traduit cliniquement par un tremblement à extension progressive qui commença par la main droite et mit deux ans à se généraliser, précédant de treize ans le début de l'hémiplégie gauche; sa description rappelle assez celui de la maladie de Wilson. A. van Gehuchten et H. Le Mort, G. Mingazzini (1910) enfin, ont observé un « léger tremblement des mains, de la langue »; ce symptôme existe également dans les formes simulant la paralysie générale. D'autre part, Oppenheim, sans préciser le siège exact des tumeurs, a signalé, dans son livre, un cas personnel dans lequel le tremblement intéressait les quatre membres, et un autre de Westphal où il siégeait à la tête et au tronc.

Il est curieux de remarquer que certains symptômes, tels que les mouvements choréo-athétosiques, sont toujours unilatéraux et croisés par rapport à la lésion (le cas de Fraenkel excepté, mais il y avait compression de la partie postérieure de la couche optique du côté sain). D'autres (l'impotence avec hypotonie et incoordination, le tremblement, la rigidité musculaire) sont souvent bilatéraux, mais avec des modalités très diverses. La contracture, tout d'abord, est plus intense du côté opposé à l'hémisphère atteint alors que le tremblement prédomine parfois du côté même de la tumeur. D'autre part, un même symptôme peut apparaître dans deux membres homologues, simultanément ou successivement, et s'y cantonner ou, au contraire, s'étendre ensuite aux deux autres; ou bien, les quatre membres sont atteints presque à la fois. Le début peut être aussi unilatéral et, ensuite, un seul membre du côté opposé envahi plus ou moins tardivement, ou les deux. Enfin, plusieurs symptômes (paralysie de la mimique et tremblement ou contracture) peuvent exister en même temps dans diverses régions des deux moitiés du corps, puis s'étendre plus tard chacun à la région correspondante du côté opposé; mais l'un d'eux peut encore rester fixe alors que l'autre devient bilatéral ou même se généralise.

Un seul caractère de ces symptômes bilatéraux est constant, la symétrie : on ne voit pas, par exemple, le tremblement ou la contracture siéger à la fois au bras droit et à la jambe gauche; ils frappent toujours, en même temps ou successivement, deux parties homologues du corps. Enfin, l'intensité et l'extension de ces phénomènes sont généralement progressives, caractère qui leur est commun avec les symptômes labio-glosso-laryngés; cette allure, comme pour l'hémiplégie, est d'ailleurs plus ou moins rapide et régulière.

En résumé, les signes de foyer dans les tumeurs

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 100, p. 1597.

du noyau lenticulaire, sont de deux ordres. Les uns relèvent d'une perturbation pyramidale ; ce sont des symptômes d'emprunt. Les autres, d'une localisation moins facile à préciser, semblent cependant pouvoir être rapportés, pour la plupart, à la lésion du corps strié et du globus pallidus ou de ses connexions ; ils se ramènent à des troubles de la prononciation, de la phonation, de la déglutition, de la mimique et de la marche, c'est-à-dire à des troubles des mouvements automatiquement coordonnés, souvent associés à une diminution de la tonicité des muscles. Il convient d'y ajouter des mouvements involontaires, choréiformes et athétosiques, le tremblement, la rigidité musculaire bilatérale. La flaccidité de l'hémiplégie semble aussi parfois relever de la lésion lenticulaire.

L'interprétation de ces cas est difficile. Ils sont passibles de toutes les critiques faites au « syndrome lenticulaire » et il n'est pas possible d'en tirer argument en faveur d'une localisation cérébrale précise des manifestations observées. Certaines d'entre elles se voient en effet dans les tumeurs du thalamus comme dans celles du corps lenticulo-strié, ce qui s'explique par l'extension même des néoplasies, leur action à distance, l'atteinte des connexions nucléaires. Aussi des erreurs et des incertitudes de diagnostic restent-elles inévitables dans l'état actuel de nos connaissances.

On peut toutefois comparer les faits qui nous occupent à certains syndromes connus. Se basant sur l'existence, établie par Brissaud et Halipré, du syndrome pseudobulbaire dans les lésions lenticulaires unilatérales, les auteurs se sont attachés à le déceler dans la symptomatologie des tumeurs. Il y est rare ; par contre, des symptômes isolés sont relativement fréquents, comme d'ailleurs, dans les lésions malaciques et hémorragiques (Burzio, Umberto Raggi, Guido Garbini, etc.).

Il est désormais possible de pousser plus loin, dans ce sens, l'interprétation des phénomènes constatés. Si l'on compare aux observations précédentes, notamment l'affection décrite par Mme C. Vogt avec Oppenheim et Freund, la maladie de Wilson, on voit que leurs manifestations peuvent être réalisées par les tumeurs du noyau lenticulaire ; mais comme les symptômes pseudobulbaires, elles sont inconstantes et dissociées. On peut même, s'appuyant sur les travaux de Ramsay Hunt, O. et C. Vogt, J. Lhermitte et L. Cornil, etc., déterminer, dans ces troubles, la part qui revient au corps strié (putamen et noyau caudé) et celle qui revient au système pallidal : du syndrome pallidal relèvent l'hypertonie musculaire, les phénomènes spasmodiques ; du syndrome strié les troubles des mouvements automatiquement coordonnés, le tremblement, les mouvements involontaires.

Quant au caractère bilatéral des symptômes extrapyramidaux, il a été observé également par Tonnel et Raviart (1) (ramollissement limité au globus pallidus gauche), Guillain et Barré (2) (commotion et hémorragie), dans des lésions unilatérales. Il y a peut-être là un phénomène fonctionnel, d'ordre physiologique plutôt qu'anatomique, sorte d'action réflexe liée aux manifestations diffuses de la lésion (la commotion, les troubles de l'irrigation sanguine, l'hypertension intracranienne, voire la dilatation ventriculaire). Cependant des troubles comparables se voient dans les tumeurs du corps calleux (1).

Dans l'ensemble, ces symptômes des tumeurs lenticulaires se caractérisent d'une part, par leur petit nombre dans chaque cas ; leur dissociation, d'autre part, par leur bilatéralité.

Formes cliniques. — Il peut y avoir quelque intérêt à rechercher, en manière de synthèse, comment se groupent, dans la pratique, les symptômes que nous venons d'analyser.

Nous laisserons de côté les formes cliniques selon l'étiologie. L'évolution permet de distinguer des *formes aiguës* (quelques jours, quelques semaines), les plus rares, et des *formes chroniques* (entre trois et vingt ans ; cinquante-neuf ans dans le cas de Berger) ; la durée moyenne oscille, selon la nature de la tumeur entre huit mois pour les syphilomes et deux à trois années pour les autres néoplasies.

Nous nous attacherons surtout aux formes symptomatiques, que l'on peut diviser en *formes latentes*, *formes frustes* et *formes typiques*.

Le corps lenticulo-strié est particulièrement tolérant (2) et la tumeur peut rester latente jusqu'à la mort. Les faits de ce genre ne sont pas rares.

Dans les formes frustes on peut ranger une *forme à signes de tumeur*, sans symptôme de foyer (cas d'Ol. Moore, de Byrom-Bramwell [cas XXIV], de Kaplan et de Mingazzini (1910) au début, de Raymond et Mlle Voulich, de Th. Diller, de Bollack [obs. XXIV]). Les autres formes ne permettent pas ce diagnostic : *forme mentale pure* définie par des troubles psychiques sans spécificité, à laquelle on peut rattacher la *forme à syndrome de paralysie générale* — *forme convulsive* (crises épileptiformes) — *forme hémiplégique* de Souques. Le *syndrome psychoparalytique* de Brault et Loeper peut s'observer sans qu'une détermination précise du siège de la néoformation soit possible.

Un certain nombre de cas présentent à la fois des signes de tumeur et de localisation. Le syndrome fondamental est constitué par l'hémiplégie progressive accompagnée de phénomènes pseudobulbaires, et particulièrement des troubles de la parole, réalisant une véritable *forme dysarthrique*, dont la valeur diagnostique est considérable. D'autres symptômes de la série lenticulaire, dont le caractère saillant est la bilatéralité, peuvent, associés ou non au syndrome précédent ou à l'un de ses éléments, dominer le tableau clinique, permettant de distinguer une *forme pseudoparaplégique* (dont le type est le cas de van Gehuchten et Le Mort), une *forme avec rigidité musculaire bilatérale* (cas de Fraenkel), une *forme trémulante* (cas de Lwoff et René Targowla).

Cette classification schématique n'a rien d'absolu, et les combinaison les plus diverses, la transformation de l'une en l'autre de ces formes, peuvent se rencontrer dans la réalité. Elle permet du moins de sérier le diagnostic.

Diagnostic. — Nous éliminerons d'emblée les nombreux cas latents ou frustes ; dans quelques-uns on notera des signes de tumeur sans localisation possible, mais, plus souvent, on ne pensera pas à la néoplasie ; celle-ci sera une trouvaille d'autopsie. Cependant, une hémiplégie progressive devra tou-

(1) Tonnel et Raviart. *Echo méd. du Nord*, 1897, p. 137.
(2) G. Guillain et J.-A. Barré. Loc. cit.

(1) Cf. J. Lévy-Valensi. *Th. de Paris*, 1910.
(2) L'absence de symptômes propres est fréquente dans toutes les formes de lésion en foyer du noyau lenticulaire (Journiac, Déjerine et Pellissier, etc.).

jours faire rechercher d'autres symptômes de tumeur.

Pour les cas typiques, ce n'est ici le lieu de discuter ni le diagnostic positif et différentiel de tumeur, ni le diagnostic étiologique.

L'hémiplégie capsulaire, avec l'évolution et les caractères indiqués plus haut, est en faveur d'une localisation optostriée. Toutefois, même lorsqu'elle est bien marquée, la présence d'autres symptômes de siège est indispensable pour assurer le diagnostic; R. T. Williamson, qui fait de ce symptôme un signe pathognomonique de tumeur ou d'abcès (1), en a rapporté des observations avec localisations diverses; d'autre part, Brault et Loeper l'avaient depuis longtemps décrit comme un élément du syndrome psycho-paralytique. En somme, l'hémiplégie progressive, signe de tumeur plus que de siège, s'observe avec une particulière fréquence quand la néoplasie occupe les ganglions infracorticaux, mais elle est loin d'avoir une valeur localisatrice absolue.

Si, aux symptômes pyramidaux s'ajoutent des phénomènes labio-glosso-laryngés, le plus souvent des troubles de la parole, on pourra affirmer la localisation lenticulaire (en éliminant les autres causes de pseudo-paralysie bulbaire, la sclérose en plaques à forme cérébro-spinale, etc.). La dysarthrie a les caractères indiqués plus haut; elle est permanente, se différenciant ainsi de la dysarthrie transitoire qui s'observe au début, dans les lésions du genou de la capsule interne.

L'incoordination avec hypotonie musculaire, sorte de pseudoparaplégie à évolution progressive doit être prise en grande considération. Le diagnostic est à faire avec les paraplégies, l'ataxie des tumeurs cérébelleuses et l'ataxie frontale (qui se confond peut-être avec elle). Sa signification a déjà été discutée.

La rigidité musculaire, le tremblement (bilatéraux et siégeant aux membres supérieurs ou aux quatre membres) et la paralysie de la mimique, s'installant progressivement ou par à-coups successifs, rarement généralisés d'emblée, apparaissent comme des signes de haute valeur localisatrice (2).

Ces symptômes bilatéraux peuvent être associés à la dysarthrie, à une hémiplégie plus ou moins nette et qui préexiste généralement, mais non toujours. On les voit parfois débuter ou prédominer du côté même de l'hémisphère lésé.

La paralysie de l'expression, les phénomènes pseudo-paralytiques avec hypotonie musculaire ont une signification actuellement imprécise; l'accord n'est pas fait sur leur localisation exacte. Le tremblement bilatéral a été signalé dans des observations de tumeur lésant la tête du noyau caudé sans intéresser le corps lenticulaire; son importance n'en est pas moins réelle, surtout quand il coexiste avec la dysarthrie. Seule, l'hypertonie paraît avoir le sens étroit d'une localisation lenticulaire.

Unilatéral et siègeant du côté de l'hémiplégie, le tremblement a une signification différente. Hermann Oppenheim, Linget (3), Duret, Auguste Gonnet le considèrent, ainsi que les mouvements choréo-athétosiques, comme appartenant aux tumeurs du thalamus; ils sont rares dans celles du corps strié. Il y a là un diagnostic différentiel qu'il n'est pas toujours aisé d'établir; parfois l'évolution permet de le faire, et il faudra tenir grand compte, pour déterminer la localisation lenticulaire, de la propagation même partielle, même passagère, au côté opposé, et aussi des symptômes associés; dans ce cas, d'autre part, le tremblement peut encore être homolatéral par rapport à la lésion. Dans les tumeurs thalamiques, au contraire, les troubles moteurs sont uniquement croisés, ce qui s'explique par les connexions particulières de ce noyau. Mais souvent la tumeur intéresse les divers ganglions centraux, s'étend même aux deux hémisphères et la discrimination devient impossible.

En résumé, le diagnostic de tumeur étant posé, l'*association, à l'hémiplégie capsulaire progressive, de symptômes pseudo-bulbaires* (*le plus fréquent est la dysarthrie*), *de rigidité musculaire bilatérale* permettra de situer la néoplasie dans le noyau lenticulaire. Les autres symptômes observés (paralysie de l'expression, troubles de la marche, tremblements, mystagmus, mouvements involontaires) paraissent avoir une signification propre moins précise (noyau lenticulaire, noyau caudé, couche optique ou leurs connexions); toutefois, accompagnant les troubles de la parole ou la contracture bilatérale ils apportent au diagnostic une confirmation de haute valeur. Ainsi on sera amené, selon les cas, à penser à une tumeur des corps optostriés, du corps strié seulement ou, avec plus de précision encore, du noyau lenticulaire.

Ce diagnostic précis, complet, n'eût été possible que dans un nombre restreint des cas connus (1); les autres sont restés absolument latents ou n'auraient permis qu'une détermination partielle. Cependant, la forme réalisant le tableau de la paralysie générale paraît bien renfermer les éléments d'un diagnostic exact; mais on pourra rarement le tenter en clinique et même, l'existence d'une tumeur soupçonnée, son siège resterait imprécis, car d'autres localisations (lobe frontal, cervelet) peuvent engendrer ce syndrome (J. Targowla, Lépine, Aubanel et Sauze, Lawson-G. Lowrey, J.-A. Sicard, etc.). Il est mentionné ving-neuf fois sur sept cent soixante-quinze cas dans la statistique de Schuster.

Néanmoins, il ne paraît pas impossible parfois d'établir le diagnostic lorsque le syndrome des tumeurs reste fruste. A ce point de vue, l'hémiplégie progressive a une valeur de premier ordre. D'autre part, les symptômes bilatéraux sur lesquels nous avons insisté (impotence avec hypotonie musculaire, tremblement, contracture), associés ou non à l'hémiplégie, sont d'une extrême rareté dans les lésions unilatérales banales du corps strié; ils doivent, en tout état de cause, faire penser à une néoplasie et provoquer un examen du fond de l'œil, une ponction lombaire, etc., dont les résultats viendront préciser les données cliniques.

Par une curieuse coïncidence, les cas publiés de tumeurs bilatérales sont restés frustes. Nous n'y reviendrons pas.

---

(1) William G. Spiller (*Journ. of the amer. med. Assoc.*, B, 1909, p. 2078) critique l'opinion trop catégorique de Williamson; il a observé l'hémiplégie progressive dans des cas de polioencéphalite et de méningite de la convexité.

(2) Max Borst (*Neurol. Centralbl.*, 1901, n° 4, p. 155) a cependant signalé la paralysie de la mimique causée par une tumeur du thalamus; M. Klippel l'avait déjà observée due à une hémorragie de même siège (*Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris*, 1899).

(3) Linget, *Th. de Paris*, 1900.

(1) Certains symptômes (troubles de la parole et de la marche, tremblements, contractures, etc.) paraissent communs aux tumeurs du corps strié, du corps calleux ou intéressant à la fois ces deux formations. Les troubles particuliers de l'équilibre, l'apraxie; le syndrome de Raymond constituent la base d'une différenciation qui restera parfois bien aléatoire.

*
* *

Cette étude est encore pleine de confusion et d'obscurité. Il importait cependant qu'elle fût faite pour grouper les premières données de la symptomatologie et du diagnostic. Les cas publiés jusqu'à présent l'ont été surtout comme des curiosités cliniques, au hasard des surprises d'autopsies; notre connaissance ne fera de progrès que lorsque le diagnostic soupçonné pourra guider une observation systématique des symptômes. Et si ces faits en eux-mêmes, encore qu'ils ne soient pas totalement dénués d'intérêt chirurgical, paraissent occuper une place de second plan dans le chapitre des tumeurs cérébrales, la contribution qu'ils apportent à la physio-pathologie du corps lenticulo-strié ne semble pas négligeable.

BIBLIOGRAPHIE

Etudes générales. — AUVRAY (M.). *Th. de Paris,* 1896. — BALL et KRISHABER. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* de Dechambre, 1874, t. XIV, p. 493. — BRISSAUD (E.). *Traité de médecine* de Charcot, Bouchard et Brissaud, 1894, t. VI, p. 226. — BRISSAUD et SOUQUES. *Traité de médecine* de Bouchard et Brissaud, 1904, t. IX, p. 315. — BRUNS (Ludwig). *Die Geschwülste des Nervensystems,* Berlin 1908, 3e édition. — DUPRÉ (E.) et DEVAUX (A.). *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière,* 1901, p. 173 et 354. — DURET (H.). *Les Tumeurs de l'encéphale; manifestations et chirurgie,* Paris 1905. — FRANÇOIS. *Th. de Paris,* 1883. — GONNET (Auguste). *Th. de Lyon,* 1909. — HERBER (B.-J.). *Th. de Paris,* 1900. — KLIPPEL. *Traité de médecine et de thérapeutique* de Brouardel et Gilbert, 1901, t. VIII, p. 752 et 781. — OPPENHEIM (H.). *Die Geschwülste des Gehirns,* Nothnagels Handbuch, 1909, t. IX. — STEWART (Purves). *Le Diagnostic des maladies nerveuses* (trad. et adapt. de G. Scherb), Paris 1910, p. 533. — WILLIAMSON (R. T.). *Practitioner,* 1904, 2e semestre, p. 321.

Faits cliniques. — ANGLADE (D.). *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux,* 1915, p. 131. — AUDRY. *Lyon méd.,* 1891, t. LXVI, p. 228. — BEAUSSART (P.). *Bull. de la Soc. clin. de méd. mentale,* 1913, p. 267. — BERGER (Arthur). *Jahrb. f. Psych. und Neurol.,* 1903, p. 214. — BOLLACK (J.). *Th. de Paris,* 1919, p. 61. — BRAMWELL (Byrom). *Brain,* 1888, t. I; — *Brain,* 1899, t. I, p. 1. — BRAULT (Ch.) et LOEPER (M.). *Arch. gén. de méd.,* 1900, t. I, p. 257. — CASTAIGNE (J.). *Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris,* 1897, p. 96. — CLAUDE (H.) et VERDUN (M.). *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris,* 1911, p. 538. — COMBE. *Revue méd. de la Suisse romande,* 1892, p. 686. — DELACOUR. *Ann. méd.-psych.,* vol. XIV, p. 458. — DILLER (Theodore). *Med. Record,* 1909, p. 845. — ERSKINE (W. J. A.) et SHOYER (A. F.). *Journ. of ment. science,* 1901, p. 544. — FERRÉOL. *Union méd.,* 1873, p. 43. — FRAENKEL. *Verein f. in. Med.;* — *Deut. med. Woch.,* 1898, p. 48. — FUMAROLA (G.). *Riv. di patol. nerv. e ment.,* 1917, p. 473. — GALLOPAIN (Clovis). *Ann. méd.-psych.,* 1875, p. 409. — GORDON (Alfred). *Amer. Journ. of the med. sc.,* 1914, p. 225. — HÉRARD. In Gros (Léon) et Lancereaux (E.). *Des Affections nerveuses syphilitiques,* Paris 1861, p. 255. — HUTCHINSON. *Brain,* 1888, t. II. — JACOBSOHN (L.). *Arch. f. Psych. und Nervenk.,* 1898, p. 845. — KAPLAN (L.). *Allg. Zeit. f. Psych.,* 1898, p. 957. — KARPAS. *Journ. of nerv. and ment. dis.,* 1908, p. 787. — KRON. *Moniteur* (russe) *de neurologie,* 1913, n° 4. — LANGE. *Mitteilungen aus dem stadtischen Krankenhause in Kopenhagen,* 1879. — LÖBEL. *B. d. k. k. allg. Krank. z. Wien,* 1877, p. 25. — LWOFF et TARGOWLA (René). *Soc. méd.-psych.;* — *Ann. méd.-psych.,* 1916, p. 370. — MINGAZZINI (G.). *Deut. Zeit. f. Nervenh.,* 1900; — *Arch. f. Psych. und Nervenk.,* 1910, p. 1028. — MOORE (Oliver). *New-York med. Journ.,* 1886, p. 496. — OPPENHEIM (H.). *Arch. f. Psych. und Nervenk.,* 1890, p. 560 et 705. — PACKER (Herbert). *Journ. of ment. sc.,* 1882, p. 373. — PARISOT (J.). *Soc. de méd. de Nancy;* — *Revue méd. de l'Est,* 1909, p. 767. — REZEK (F.). *Jahr. f. Psych. und Neurol.,* 1897, p. 40. — RONDOT. *Soc. anat.,* 4 mai 1877; — *Progrès méd.,* 1877, p. 711. — RORIE (James). *Journ. of ment. sc.,* juillet 1892. — ROSENTHAL. *Deut. Arch. f. klin. Med.,* Bd XXXVIII, p. 276. — SCHÜTZ. *Prager med. Woch.,* 26 déc. 1877. — SIEMERLING (E.). *Arch. f. Psych. und Nervenk.,* 1891, p. 160. — SOUQUES. *Revue neurol.,* 1908, p. 1250. — SOUTHARD (E. E.). *Journ. of the amer. med. Assoc.,* 2 déc. 1905. — STANNENS. *Med. Zeit.,* 1885, p. 83. — TRÉKAKI. *Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris,* 1890, p. 245. — VAN GEHUCHTEN (A.) et LE MORT (H.). *Soc. belge de neurol.;* — *Journ. de neurol.,* 1900, p. 121. — VANZETTI (F.). *Giorn. della R. Acad. di med. di Torino,* 1903, p. 475. — VIGOUROUX et FOURMAUD. *Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris,* 1910, p. 997. — VOULICH (Mlle). *Th. de Paris,* 1906, p. 35. — WERNICKE. *Erkrankung der inneren Kapsel. Ein Beitrag zur Diagnose der Herderkrankungen,* Breslau 1875. — WILLIAMSON (R. T.). *Med. Chronicle,* 1911, p. 272.

LES TROUBLES PSYCHIQUES
DE
L'ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE

Par J. EUZIÈRE (de Montpellier).

Nos connaissances sur l'encéphalite épidémique se sont progressivement complétées. A l'heure actuelle, tout n'est pas dit sur cette maladie qui a tant fait parler d'elle; mais sur ses symptômes tout au moins, il ne nous reste sans doute plus grand'chose à apprendre. Les observations, déjà plus rares, que l'on publie encore contiennent de moins en moins de faits nouveaux, et l'heure est passée où chaque cas rencontré mettait en avant un symptôme particulier, et où se multipliaient les descriptions de formes nouvelles.

Il est établi aujourd'hui que l'agent de cette affection peut atteindre tout l'axe cérébro-spinal avec une prédilection marquée pour le mésencéphale ; il est donc naturel que la symptomatologie comprenne tous les troubles que peut entraîner la congestion du névraxe.

Le moment semble venu des vues d'ensemble, des descriptions synthétiques et aussi de l'étude des séquelles, plus nombreuses et plus graves qu'on ne l'avait d'abord cru.

Notre intention est d'étudier succinctement ici les manifestations psychiques de l'encéphalite épidémique, que ces manifestations aient la valeur de symptômes de la période aiguë, de complications de la convalescence ou de reliquats peut-être définitifs.

I

Dans la période aiguë, les troubles psychiques présentent une grande variété non seulement de forme mais encore d'intensité. Il est des cas, à la vérité, assez exceptionnels dans lesquels ils sont à ce point marqués qu'ils attirent d'abord l'attention, que c'est eux qui caractérisent la forme clinique et qu'on a dû décrire une *forme délirante* (Briand et Rouquier, Bosc).

Dans cette forme, le délire est presque toujours un délire d'excitation avec confusion mentale et hallucinations surtout visuelles. Il a le caractère professionnel et fréquemment entraîne chez le malade un état d'apeurement avec réactions impulsives le poussant à l'agression ou à la fuite. L'agitation est parfois tellement violente que le mot de délire aigu a pu être prononcé. Dans la majorité des cas, cependant, l'agitation motrice est suffisamment atténuée pour

rendre possible le maintien du malade dans un milieu non spécialisé.

Ordinairement les manifestations délirantes ne restent à l'état de pureté que pendant une période assez courte. Et même à ce moment des paralysies oculaires fugaces, quelques secousses myocloniques, quelques symptômes radiculaires (diminution des réflexes radial et cubito-pronateur dans une observation de Salmont), la connaissance d'autres cas dans le voisinage du malade aiguillent le diagnostic vers l'encéphalite épidémique. Bien souvent, après quelques jours d'agitation, le malade se calme et des symptômes jusqu'alors placés au second plan ou même inexistants arrivent à dominer, à caractériser le tableau clinique et à faciliter le diagnostic. Il est remarquable que de toutes les formes auxquelles la forme délirante peut servir d'introduction, c'est la forme léthargique qui est le plus rarement observée; il est au contraire courant de lui voir succéder la forme myoclonique ou choréique ou même, comme nous l'avons observé, directement la forme parkinsonienne (Thèse Gignoux).

A titre exceptionnel, les manifestations mentales de l'encéphalite épidémique peuvent prendre le *masque démentiel* et participer ainsi à la constitution de tableaux cliniques si particuliers que le diagnostic d'abord porté est bien différent du diagnostic réel. C'est ainsi qu'Ardin-Delteil, M. Raynaud et Derrieu ont rapporté l'histoire de malades ayant présenté du délire, de l'agitation incohérente, de la dysarthrie, des troubles de la mémoire et des troubles moteurs pouvant en imposer pour un début de paralysie générale. Plus récemment encore, Widal, E. May et Chevalery ont rapporté l'histoire d'un malade chez lequel la constatation d'un syndrome catatonique avec stréréotypies, négativisme, indifférence affective et conservation des facultés intellectuelles, posait la question des rapports de l'encéphalite épidémique et de la démence précoce. Laignel-Lavastine et Logre ont également publié des observations de cet ordre.

Le plus souvent, les troubles psychiques de la maladie de Netter occupent dans le tableau clinique une place moins importante et telle que le danger est moins grand de se laisser diriger par eux vers une erreur de diagnostic. Nous allons les étudier pour chacune des formes habituelles de la maladie.

Dans la *forme léthargique,* il est tentant de considérer la somnolence qui en est le symptôme caractéristique comme un véritable trouble psychique. Il est cependant à noter que, dans les formes moyennes tout au moins, la somnolence de l'encéphalite épidémique coïncide avec une intégrité absolue des fonctions intellectuelles et par là s'oppose au tuphos des maladies infectieuses, qui ne va pas sans un certain degré de confusion mentale. Les observations analogues à celle de R. Bénard sont à cet égard des plus significatives. Il est assez naturel de penser que cette différence clinique tient à une différence de mécanisme : le tuphos des maladies infectieuses relevant d'une infection générale de tout le système nerveux, la somnolence de l'encéphalite étant due à une lésion localisée aux centres du sommeil.

La différence clinique que nous venons de signaler va en s'atténuant, au reste, dans les cas graves, alors qu'à la somnolence se joint un état d'asthénie accentué. Cette asthénie et les troubles psychiques qui s'y rattachent nous les retrouverons tout à l'heure en parlant des accidents postérieurs à la période aiguë. Dès maintenant nous pouvons dire comment, associée à la somnolence, elle nécessite au moment de l'interrogatoire des malades qu'elle atteint un tel effort pour comprendre, répondre et parler qu'ils apparaissent comme de véritables confus.

Dans la *forme choréique* les troubles psychiques ont une tout autre allure et sont constitués le plus souvent par un délire d'excitation. Encore faut-il distinguer. Tous les syndromes choréiques dus à l'encéphalite épidémique ne sont pas rigoureusement superposables. Les uns très aigus, très intenses, hyperpyrétiques, le plus souvent très graves, s'apparentent aux chorées aiguës ou mortelles qu'a décrites Dieulafoy; les autres plus chroniques, plus atténuées, ont une symptomatologie qui, dans ses grandes lignes, se superpose à celle de la chorée de Sydenham.

Dans le premier groupe de faits le délire est presque toujours un délire d'agitation hallucinatoire, très violent, se rapprochant de celui des formes délirantes dont nous parlions tout à l'heure. D'autres fois le malade n'est pas délirant à proprement parler, mais il est dans un état d'excitation psychique diffuse avec logorrhée et hyperesthésie sensorielle, si bien qu'il produit à première vue l'impression d'un maniaque. Assez souvent, ces états dont on devine l'étroite parenté se succèdent chez un même malade; ce fut le cas pour une jeune fille dont nous avons raconté l'histoire.

Dans l'encéphalite dont les symptômes se rapprochent de ceux de la chorée de Sydenham, on constate le plus souvent un état d'hébétude avec confusion mentale entrecoupé de crises hallucinatoires surtout fréquentes dans la soirée et dans la nuit, et ayant presque toujours le caractère professionnel. La division que nous venons de proposer n'est pas du reste absolue, et tous les degrés existent, de la fureur maniaque au délire hallucinatoire confusionnel, comme de la chorée intense et mortelle aux mouvements choréiques espacés à évolution bénigne.

C'est enfin cette forme confusionnelle que l'on rencontre le plus souvent dans les cas d'encéphalite épidémique à *forme myoclonique* ou *catatonique*.

II

Il est très important de savoir que l'histoire des accidents mentaux de l'encéphalite épidémique ne s'arrête pas à la phase aiguë de la maladie. Au cours de la convalescence et même après, on en observe très souvent et ce ne sont ni les moins préoccupants ni les moins tenaces. Nous sommes encore aujourd'hui mal fixés sur leur pronostic.

Ces troubles peuvent présenter deux formes : à titre tout à fait exceptionnel ils revêtent les allures de troubles maniaques. Briand et Rouquier à la Société de médecine mentale, et Bremer à la Société de psychiatrie, ont présenté un enfant de 9 ans qui, à la suite d'une encéphalite épidémique remontant au mois de février, présente encore au mois de juin des crises d'excitation hypomaniaque surtout nocturnes.

Il est bien plus fréquent de rencontrer, au contraire, des formes dépressives. Parfois, et c'est l'éventualité la plus fréquente, le malade ne se plaint que d'une asthénie profonde. Il a une remarquable tendance à en être très préoccupé et à prendre toutes les allures d'un neurasthénique, c'est particulièrement le cas de ceux chez qui s'est développé secondairement à l'infection de Netter un syndrome parkinsonien. Mais on peut voir aussi se développer sur ce fond de dépression des troubles

psychiques mieux caractérisés. Dans un cas qui nous est personnel (publié in Thèse Poujade, Montpellier 1920), à la suite d'une encéphalite à type successivement léthargique puis mélancolique, est apparu un délire mélancolique avec idées d'incurabilité, sensation de mort prochaine et crises d'angoisse. La malade n'est pas encore remise bien que le début des accidents remonte au mois de décembre 1919.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 30 NOVEMBRE 1920)

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Pierret (de Lyon), membre correspondant.

Valeur pratique de l'examen cytologique et chimique des crachats pour le diagnostic de l'asthme et des états asthmatiformes. — MM. F. BEZANÇON et S.-I. DE JONG ont poursuivi des recherches depuis plus de dix ans sur la valeur de l'éosinophilie des crachats pour le diagnostic de l'asthme.

La recherche des éosinophiles dans les crachats est une des techniques de laboratoire les plus simples; il suffit, après avoir étalé le crachat sur lame, de le fixer par l'alcool méthylique, puis de le colorer par l'hématéine-éosine. Les leucocytes éosinophiles ne se voient en quantité notable que dans les crachats des asthmatiques; ils manquent chez les bronchitiques chroniques et chez les tuberculeux; ils manquent, enfin, dans les cas d'asthme cardiaque ou urémique. La présence d'éosinophiles s'observe, non seulement dans les crachats perlés caractéristiques, mais encore dans les cas d'asthme humide et même dans les crachats muco-purulents de certaines bronchites asthmatiques avec toux quinteuse. Elle permet le diagnostic de l'asthme, non seulement dans les formes avérées de la maladie, mais dans les formes larvées.

La recherche des éosinophiles dans les crachats, combinée à la recherche de l'albumine dans l'expectoration, permet d'apporter une plus grande précision au diagnostic des accidents dyspnéiques paroxystiques qui surviennent chez les individus âgés. La recherche de l'albumine complète les renseignements donnés par la présence ou l'absence d'éosinophiles. L'albumine manque dans les cas d'asthme simple; elle ne se voit que dans certains cas d'asthme intriqués où le cœur commence à faiblir; elle est au contraire toujours présente dans les cas d'asthme cardiaque et dans les cas d'œdème du poumon.

L'opium et ses dérivés. — M. BOURQUELOT.

Avitaminose et inanition. — M. LUMIÈRE, dans des communications antérieures, avait établi que les vitamines agissent comme excitatrices des glandes à sécrétion externe et que leur absence du régime des animaux carencés, en rendant impossibles les premiers actes mécaniques de la nutrition, faisait succomber ces animaux à l'inanition. De fait, les symptômes de cette dernière correspondent bien à ceux de l'avitaminose. Néanmoins les accidents polynévritiques et cérébelleux paraissaient exclusivement pathognomoniques de la première nommée.

M. Lumière pensa que ces troubles ne se manifestent pas dans l'inanition parce que l'épuisement des organes vitaux essentiels y arrive trop rapidement, et il a eu l'idée, pour éclaircir ce côté de la question, de nourrir des pigeons avec un régime réduit, mais où les vitamines figureraient en abondance. Il est arrivé de cette façon à ce résultat paradoxal que les accidents paralytiques et cérébelleux surviennent avec une nourriture riche en vitamines, et que, d'autre part, si l'on donne à ce moment à ces animaux du riz poli en quantité suffisante on les guérit. L'avitaminose est donc bien un mode particulier de l'inanition.

La douleur locale à la pression du doigt chez les tuberculeux. — M. G.-H. LEMOINE rappelle que Sabourin a relevé d'une façon constante chez les tuberculeux, il y a une dizaine d'années, cette douleur provoquée par la pression de la pulpe du doigt sur les téguments au niveau des sommets, en avant le long des premiers espaces intercostaux, au fond du triangle sus-claviculaire, et en arrière immédiatement au-dessus de la fosse sus-épineuse.

Cette dernière localisation est la plus constante et la plus importante. Elle signifie en principe d'après Sabourin que les lésions sous-jacentes ne sont pas en cicatrisation parfaite. Elle apparaît d'autre part d'une façon précoce, et lorsqu'à cette douleur localisée se joint la constatation de ganglions au fond du triangle sus-claviculaire, il est permis d'affirmer un début de tuberculose pulmonaire. Elle constituerait une zone d'alarme au même titre que la zone d'alarme étudiée par Chauvet et Em. Sergent.

M. Lemoine a relevé ce signe d'une façon constante chez 192 tuberculeux dont la nature de l'affection avait été authentifiée par la présence de bacilles dans les crachats. Parmi ces malades, plusieurs suivis pendant une période de huit à dix ans, ont permis de se rendre compte de l'importance de ce signe, non seulement pour la localisation des lésions pulmonaires, mais encore pour l'appréciation de leur activité, fournissant ainsi un guide précieux au point de vue diagnostic, pronostic et thérapeutique.

A chaque fois, la recherche des points douloureux à la pression permit de localiser le retour de quelque poussée congestive du côté des sommets et de rendre prudente la conduite du médecin après guérison.

La douleur persiste en effet parfois très longtemps après la disparition des signes d'auscultation et impose par cela même une observation attentive.

Abcès innombrables du cerveau à évolution suraiguë. — M. Henri CLAUDE.

Les faux adénoïdiens. — Sous ce titre, M. CASTEX passe en revue les diverses catégories d'enfants qui, sans avoir de végétations adénoïdes, semblent en être porteurs par suite de certaines malformations ou altérations qui simulent le type classique décrit par Wilhem Meyer en 1868.

Ce sont, par ordre de fréquence :

1° Les jeunes enfants dont l'arrière-nez (cavum) ne s'est pas encore agrandi par le développement normal;

2° Les jeunes lymphatiques à muqueuses épaisses qui diminuent la spaciosité des fosses nasales;

3° Les enfants à cloison nasale trop épaisse ou surchargée d'éperons volumineux;

4° Les dolicocéphales dont la voûte palatine surélevée diminue le diamètre vertical des fosses nasales;

5° Les hérédo-syphilitiques dont l'os intermaxillaire est souvent atrophié. Le diagnostic est quelquefois troublé de ce fait que les faux adénoïdiens peuvent présenter les complications communes aux adénoïdiens vrais, jusqu'aux déformations de la cage thoracique.

Chose singulière : un ex-adénoïdien peut devenir ultérieurieurement un faux adénoïdien, si, dûment opéré de ses adénoïdes dans l'enfance, il réalise plus tard un des types signalés ci-dessus.

Le diagnostic du faux-adénoïdien semble plus difficile que celui de l'adénoïdien. C'est par un examen complet qu'on évitera des curettages inutiles ici, mais si nécessaires par contre chez les vrais adénoïdiens.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 26 NOVEMBRE 1920)

Deux cas d'encéphalite léthargique à évolution chronique. — MM. DE MASSARY et BOULIN. On peut concevoir les formes prolongées de l'encéphalite léthargique de deux façons différentes. S'agit-il de maladies aiguës laissant des séquelles de résorption difficile? S'agit-il de formes chroniques toujours en évolution lentes dans leurs manifestations susceptibles de guérir, mais capables aussi de causer la mort après plusieurs mois d'évolution. Cette discussion est actuellement pendante. Les auteurs rapportent deux cas où l'évolution fut nettement progressive et lente. Ces formes d'encéphalite à évolution chronique ne sont peut-être pas suffisamment con-





BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les Fractures du col du fémur, par Antoine BASSET, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. In-8 avec 22 planches hors texte. — Prix : 40 fr. net. — Paris, F. Alcan.

Traité pratique de sérologie et de sérodiagnostic, par M. RUBINSTEIN. In-8. 1921, 22 fig., 2 pl. en couleur. — Prix : 22 fr. ; franco, 24 fr. 20. — Paris, A. Maloine et fils.

Consultations pour les maladies des voies digestives, par le Dr Gaston LYON, ancien chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris. Un vol. de 360 pages. — Prix : 16 fr. net. — Paris, Masson et Cie.

nues et sont prises souvent pour des tumeurs cérébrales ou des lacunes de désintégration des corps striés.

La forme raccourcie de l'endocardite maligne du type Jaccoud-Osler. — MM. N. Fiessinger et H. Janet rapportent l'observation d'un sujet de 24 ans atteint d'une endocardite maligne à forme méningée qui, par son allure clinique, était analogue aux formes prolongées de Jaccoud-Osler. L'évolution fut brusquement interrompue par plusieurs crises d'œdème aigu du poumon terminées par la mort. Dans une autre observation ce fut une granulie qui vint raccourcir l'évolution. A l'occasion du premier cas, les auteurs étudient les caractères culturaux du streptocoque non hémolytique isolé par hémoculture.

Paludisme autochtone à plasmodium falciparum. Syndrome de cachexie hydroémique primitive. — MM. M. Brulé, Et. May et J. Lermoyez ont observé un malade qui n'ayant jamais quitté la France et n'ayant jusqu'alors présenté aucun trouble, commença après une série d'injections de novarsenobenzol à avoir des accès fébriles intermittents. Les auteurs décelèrent la présence de plasmodium precox et de plasmodium vivax; il s'agissait d'un nouveau cas, le dixième, de fièvre maligne contractée en France. Cliniquement, le malade présentait un syndrome spléno-hépatique avec anémie, mais le symptôme dominant était l'œdème des membres inférieurs qui, ultérieurement, se compliqua d'ascite. Cet œdème se différenciait des œdèmes par rétention chlorurée et d'origine rénale car si l'hydrémie était accentuée il n'existait pas de chlorurémie parallèle. La fonte des œdèmes et la guérison du malade furent rapidement obtenus par l'ingestion de quinine.

Traitement des tuberculoses locales par les sulfates de terres rares. — M. L. Rénon. Dans tous les cas, l'auteur a observé de la mononucléose et dans 6 cas sur 7 il a noté, après 3 ou 4 mois de traitement, une amélioration locale et générale nette sans obtenir une guérison complète. L'amélioration s'est poursuivie pendant plusieurs mois, puis une stabilisation s'est établie et l'action du traitement a semblé s'épuiser. On constate un effet antituberculeux partiel et non total, comme dans la tuberculose expérimentale où la médication sans amener la guérison retarda seulement l'évolution de l'affection.

Gangrène du pharynx d'origine fuso-spirillaire compliquant une angine diphtérique grave. Guérison. — MM. Armand-Delille, P.-L. Marie et Dujarrier rapportent l'observation d'une fillette qui, à la suite d'une angine diphtérique, présenta au milieu d'un état général très grave un sphacèle très étendu du pharynx avec destruction de la luette et des piliers du voile, sphacèle dû à une association fuso-spirillaire. Malgré l'état quasi-désespéré, la guérison se fit à la suite d'un traitement dans lequel l'injection intraveineuse de novarsenobenzol paraît avoir joué le rôle prépondérant.

Etat actuel de la thérapeutique antituberculeuse par les sels de terres cériques. — MM. H. Grenet et H. Drouin. Quelques points sont acquis à l'actif de notre méthode : 1° guérison ou amélioration des tuberculoses locales de types divers ; 2° action sur la leucocytose, forte mononucléose provoquée par les injections intraveineuses chez l'homme; 3° altérations morphologiques et tinctoriales des bacilles contenus dans les crachats. L'étude du traitement dans la tuberculose pulmonaire sera reprise ultérieurement. La méthode réglée dans ses indications et sa technique peut faire l'objet de réserves et de modifications ; on voudra bien reconnaître dès maintenant qu'elle possède une action réelle et vaut d'être conservée et étudiée.

Urétrite aiguë méningococcique au cours d'une méningite cérébro-spinale. — MM. Baron et J. Dumont rapportent l'histoire d'un malade atteint de méningite cérébro-spinale à forme comateuse dont l'affection se compliqua d'une urétrite aiguë suppurée puis d'une orchite. Ces trois localisations guérirent rapidement sous l'influence d'une sérothérapie massive pratiquée par la voie endo-veineuse et intrarachidienne. Les microbes isolés du mucus rhino-pharyngé, du pus urétral, du liquide céphalo-rachidien présentèrent les caractères biologiques et agglutinatifs du paraméningocoque.

CONFÉRENCE ANNUELLE & SÉANCE PLÉNIÈRE

DE LA

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS

(14 novembre 1920)

La réunion plénière de la Société d'ophtalmologie s'est ouverte par une conférence de M. J. Lhermitte sur l'**encéphalite léthargique**. Conférence très remarquable que nous serons heureux de publier très prochainement.

La Société a entendu ensuite un rapport de M. René Onfray sur les **résultats du traitement orthoptique du strabisme**.

Les appareils, dit M. Onfray, ont surtout une valeur de contrôle dans les strabismes convergents où la correction optique et le traitement chirurgical simples ou associés demeurent la condition de l'établissement de la vision binoculaire. Les appareils et en particulier le diploscope de Rémy sont au contraire extrêmement utiles pour faire, chez les divergents, une gymnastique de convergence.

On guérit un quart des strabiques convergents en leur procurant la vision binoculaire.

Chez tout strabique convergent qui a une anisométrie inférieure à 5 diop. une acuité égale ou supérieure à 3/10 une ébauche d'aptitude à fusionner les images dans les appareils, il faut *tenter* de faire artificiellement l'éducation de la vision binoculaire suivant la formule suivante :

Verres à trois ans ;

Exercices à huit ans ;

Renforcement chirurgical des abducteurs vers dix ans.

Et le nombre doit diminuer des loucheurs amblyopes que l'on devra toujours, faute de mieux, ténotomiser à treize ou quatorze ans.

* * *

Les strabiques divergents périodiques atteints de myopie moyenne ont leur vision binoculaire éduquée. Tous guérissent plus ou moins complètement par le décentrage prismatique des verres concaves et par de courts exercices journaliers au diploscope.

L'amblyopie unilatérale, la myopie égale ou supérieure à 10 dioptries, l'anisométropie supérieure à 5 dioptries sont des contre-indications au traitement fonctionnel.

Les strabiques divergents hypermétropes adultes échappent à toute éducation, jeunes ils sont éducables dans la proportion de un sur trois.

La moitié des strabiques divergents emmétropes est éducable ; les autres ne relèvent que de la correction esthétique.

Le renforcement chirurgical des adducteurs par myectomie et avancement est la seule opération qui convienne dans les strabismes divergents, soit que l'on cherche une correction esthétique stable, soit que l'on veuille abréger la durée des exercices fonctionnels de convergence.

Pour le traitement de la divergence oculaire, le rapporteur propose la formule :

Convergence positive maxima 3 AM : exercices au diploscope.

Convergence positive maxima 2 AM : renforcement chirurgical des adducteurs et exercices.

Absence de convergence active, chirurgie des adducteurs.

M. Landolt. Il faut ignorer complètement l'étiologie du strabisme pour ne pas apprécier l'importance qu'a le traitement orthoptique.

Il faut, d'autre part, ne pas connaître la pathologie pour s'imaginer que l'orthopédie optique seule suffit pour guérir tous les cas de strabisme.

Et il faut ignorer l'une et l'autre pour s'attaquer au strabisme par la ténotomie.

M. Landolt a expliqué tout cela à satiété depuis plus d'un quart de siècle et il a d'autant moins besoin d'y revenir que le magistral rapport que nous avons sous les yeux prouve que ces vérités commencent à être connues et appréciées.

M. Birnbaum regrette de ne pas avoir trouvé dans les observations des sujets atteints de strabisme et guéris sans intervention sanglante, de données précises concernant leur réfraction totale, l'angle et la nature de leur déviation.

Il estime que, pour le traitement conservatif, doivent être

réservés les cas dont l'équilibre musculaire n'est pas définitivement modifié, tandis que l'opération a pour but de changer un état d'équilibre musculaire déjà définitif.

L'acte opératoire ne doit viser que la réduction de la convergence. Il est d'avis que dans les cas de strabisme convergent de 10°-12° l'abstention est de rigueur.

Il serait indiqué d'éviter la ténotomie, par contre faire plus ample usage de l'avancement.

Si l'on pratique la première c'est avec beaucoup de précautions.

Les hypermétropes ne doivent être opérés qu'après le port prolongé de verres correcteurs.

M. Cantonnet présente trois malades opérés de strabisme et rééduqués par les exercices orthoptiques.

M. Rochon-Duvigneaud. Chez un grand nombre d'enfants atteints de strabisme convergent permanent, le moyen le plus rapide et le plus sûr d'obtenir un redressement des globes et ultérieurement les meilleures possibilités d'éducation de la vision binoculaire, consiste à faire, dans la même séance, un double avancement des droits externes avec résection importante du tendon et nouvelle insertion au bord même de la cornée.

M. Rochon-Duvigneaud est de plus en plus partisan de l'avancement précoce, avant la dixième année; les enfants sont ainsi mis en état de faire spontanément l'éducation de leur vision binoculaire.

M. Morax partage l'avis du rapporteur surtout dans son exposé oral où il s'est montré plus catégorique en ce qui concerne la faible utilité des moyens orthoptiques autres que la correction de la réfraction. Il n'a jamais observé d'amélioration de l'amblyopie qui si fréquemment accompagne le strabisme convergent (près de 50 p. 100 des cas) lorsque celle-ci entraîne une acuité inférieure à 1/7; il estime que dans ces cas-là une intervention faite à treize ans peut avoir des inconvénients alors qu'elle n'en a plus si le sujet a atteint sa dix-septième ou dix-huitième année. Nous savons en effet que l'hypertonie du droit interne qui est la cause de la déviation oculaire peut disparaître spontanément entre dix et dix-huit ans alors que persiste l'amblyopie. Une intervention : ténotomie ou avancement, pratiquée chez de tels sujets aurait pour conséquence un strabisme divergent.

M. Polack accepte, dans ce qu'elles ont d'essentiel, les conclusions du rapporteur à savoir que le traitement orthoptique du strabisme ne peut le plus souvent dispenser de l'intervention chirurgicale, mais doit lui être associé : la précéder et la suivre, sauf dans les amblyopies définitives.

Pour conduire le traitement, le stéréoscope et le diploscope se complètent. Ce dernier ne présente aucune supériorité. La mécanothérapie oculaire est au contraire mieux réalisée avec un stéréoscope à prismes variables.

M. Aubineau (de Nantes). Les soins, de plus en plus hâtifs, donnés aux « strabiques convergents » ont diminué le nombre des amblyopies et amélioré le pronostic au point de vue du rétablissement de la vision binoculaire. Mais il persistera toujours des cas d'amblyopie précoce et rapide qui seront rebelles à la rééducation.

La vision binoculaire est plus facile à rétablir chez les convergents non amblyopes que chez les divergents non amblyopes. Chez ces derniers, manquent l'action particulièrement heureuse des verres convexes et l'action adjuvante de l'âge.

Le Dr Verrey (de Lausanne) confirme que lorsque le succès doit venir, il vient vite, et déclare donner la préférence au stéréoscope.

M. F. Terrien. Il faut distinguer deux formes d'amblyopie strabique : la congénitale, antérieure à la déviation et la forme acquise, postérieure au strabisme, de beaucoup la plus fréquente. La première est la cause des neutralisations invincibles. Une autre cause d'insuccès est la rétraction capsulaire qui ne fait jamais défaut dans les formes anciennes.

L'avancement dans ces cas, même bilatéral, sera presque toujours insuffisant. Il est généralement complété par une ténotomie. Mais celle-ci, même prudente et tardive, est toujours capable d'entraîner un léger degré d'insuffisance du muscle coupé. Aussi l'auteur propose de lui substituer en pareil cas l'allongement du tendon suivant une technique très simple qu'il décrit rapidement.

M. A. Terson a toujours pensé, comme M. Onfray, que l'opération doit être le plus souvent associée à la cure optique du strabisme, si l'on veut essayer d'obtenir régulièrement la guérison intégrale de ce syndrome et redresser les yeux déviés.

C'est avec raison que les malades demandent, avant tout, *la correction de l'attitude vicieuse* qui fera passer inaperçue leur tare visuelle. Dans la plupart des cas de strabisme *prononcé*, les malades qu'on présente comme guéris par les exercices et les lunettes, louchent avec les lunettes, et, *considérablement* dès qu'ils les enlèvent. L'opération les débarrasse de tout cela.

Cette opération sera souvent l'avancement associé, en général, dans les strabismes excessifs, à des ténotomies prudentes.

Ce qu'il faut éviter, c'est la ténotomie bilatérale en une séance, qui prédispose à des surcorrections rapides, d'ailleurs réparables. L'opération ne sera presque jamais faite avant l'adolescence, si, à cette époque, elle est reconnue nécessaire. Auparavant, le relèvement de l'acuité de l'œil le plus faible par des exercices isolés, parfois par des séances cinématographiques, comme M. Terson l'a indiqué le premier, l'atropinisation du meilleur œil, le stéréoscope et même le diploscope, le port constant des lunettes, guérissent les cas légers et améliorent les autres.

M. Dupuy-Dutemps. Cinq malades, tous opérés, nous sont présentés comme parfaitement guéris avec vision binoculaire. Or, il est démontré par l'épreuve du prisme de de Grœfe, que quatre d'entre eux neutralisent, qu'ils n'ont même pas la vision simultanée et a fortiori la vision binoculaire vraie. Pour le cinquième, l'existence de la vision simultanée n'implique nullement celle de la vision binoculaire qui ne peut pas être ici exactement recherchée.

M. Dupuy-Dutemps a vu deux malades dans des conditions semblables qui avaient donné lieu à la même erreur d'interprétation. Celle-ci s'explique par le fait que le diploscope et la lecture contrôlée sont des moyens infidèles pour établir la réalité de la vision binoculaire. Ces strabiques, chirurgicalement redressés, voient dans ces épreuves non pas en fusionnant, mais alternativement de chaque œil et en neutralisant, comme avant le traitement. Cette alternance rapide est seulement plus facile et moins apparente parce que les yeux, placés en position à peu près correcte par l'opération, n'ont à effectuer que des mouvements de très faible amplitude.

Le traitement orthoptique n'a donc pas donné ici la vision binoculaire. On n'a d'ailleurs présenté aucun cas de guérison sans opération.

Une seule fois dans un strabisme divergent alternant, M. Dupuy-Dutemps a constaté, *après opération* et des exercices d'ailleurs insignifiants, le rétablissement réel de la vision binoculaire.

LIVRES NOUVEAUX

Les antigènes et les anticorps (1), par M. Nicolle (de l'Institut Pasteur).

Ce petit volume, résumé de trois conférences faites par l'auteur à l'Institut d'hygiène publique de Londres, est destiné à faire comprendre, non seulement au corps médical, mais aussi au grand public, ce que sont les antigènes et les anticorps, dont on parle si abondamment, et à tout propos, et à exposer leurs applications diagnostiques et thérapeutiques. L'ouvrage se recommande par sa grande clarté, encore qu'il y manque des notions précises sur les colloïdes et la manière dont ils agissent les uns sur les autres, faute de quoi antigènes et anticorps conservent leur apparence de corps chimiquement définis. Mais, cette réserve faite, il faut reconnaître que l'auteur a su fournir, en quelques pages, les indications les plus précieuses sur les diverses réactions sérologiques et des divers sérums et l'importance des phénomènes d'immunité et d'hypersensibilité. J. L.

(1) 1 vol. in-18. — Prix broché : 4 fr. 50. — Paris, Masson.

Le Directeur-gérant Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, **20** francs par an.
Étudiants étrangers, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE.......... 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE . 3 mois : **9** fr. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 3 décembre. — MM. Rémy-Néris, 12; Bonnet (Louis), 11; Laurent (Marcel), 10; Tierny, 8; Terris, 9; Duchein, 7; Huet (Pierre) et Camino, 5; Piot, 11.

Anatomie. — Séance du 2 décembre. — MM. Marty, 8; Phelippes de la Marnierre, 10; Lestocquoy, 11; Courtin et Mathieu (Pierre), 12; George et Demerliac, 8; Dumas (Jean), 9; Lepaumier et Pareux, 11.

Séance du 3 décembre. — MM. Dalsace, 5; de Brun du Bois-Noir, 13; Marchal, 12; Gourney, 10; Barreau, 9; Hillemand, 12; Louet, 7; Poumailloux, 5; Lévy (Maurice), 11; Olry, 8.

— Le jury de l'internat publie une note au sujet d'une réclamation formulée par un candidat contre M. Bayle. Ce candidat reprochait à M. Bayle une lecture incorrecte. Le jury a décidé de procéder à une nouvelle lecture publique de la copie de M. Bayle sous le contrôle d'un des membres du jury et du plaignant. Le jury a maintenu le point 12 attribué à M. Bayle, et il a exprimé le regret que la réclamation formulée contre lui n'ait pas été fondée et ait pu lui porter un grave préjudice.

HOPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — Le concours de médecin résidant à l'hospice général s'est terminé par la nomination de M. le Dr Courbin.

— Le concours de l'internat en pharmacie s'est terminé par la nomination de MM. Mosson, Péry, Guichard et Vignal.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le *Journal officiel* du 5 décembre publie les décrets nommant professeurs MM. Lecène, Nobécourt et Rénon.

DISPENSAIRE DE SALUBRITÉ. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Membres du jury : MM. Dubief, Gaudibert, Le Noir, Marcel Sée, Clément Simon, Gillet.

Question sortie : « Configuration extérieure et rapports de l'utérus. — Symptômes et diagnostic du cancer de l'utérus. »

Questions restées dans l'urne : « Configuration extérieure et rapports du corps thyroïde. — Symptômes et diagnostic du goitre exophtalmique. » — « Configuration extérieure et rapports des reins. — Diagnostic des hématuries. »

SERVICE MÉDICAL DE NUIT. — Un concours sur titres pour l'admission à deux emplois de médecin titulaire et à des emplois de médecin suppléant au service médical de nuit aura lieu le 21 décembre 1920, à la Préfecture de police.

Les candidats doivent être Français, pourvus du diplôme d'Etat de docteur en médecine délivré par une faculté française et n'avoir pas atteint quarante ans au 1er janvier 1920.

Les médecins titulaires et suppléants reçoivent, par nuit de garde, une vacation de 60 fr.

Le registre d'inscription est ouvert dès à présent à la Préfecture de police (bureau du personnel). Il sera clos le lundi 13 décembre 1920.

CENTENAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — La Chambre des députés vient d'adopter un projet ouvrant au ministre de l'Instruction publique un crédit extraordinaire de 100.000 fr. pour la célébration solennelle du centenaire de l'Académie de médecine.

SYNDICAT MÉDICAL DE PARIS. — L'assemblée générale du Syndicat médical de Paris se tiendra, le dimanche 12 décembre, à 2 h. 1/2 très précises, au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine.

L'HYGIÈNE DE PARIS ET LES RÉFUGIÉS D'ORIENT DEVANT LE SÉNAT. — M. Gaudin de Villaine, sénateur, a interpellé jeudi le gouvernement sur le danger pour la santé de Paris de l'invasion de certains quartiers par les réfugiés d'Orient. Il y en a 400.000 en tout, dont 50.000 dans le IVe arrondissement.

Ces réfugiés comprennent un grand nombre d'indésirables, ils constituent, en outre, un foyer de peste éminemment dangereux. Il y aurait déjà eu parmi eux 300 cas de peste soignés à l'hôpital Claude-Bernard. Sur ces 300 cas il n'y a eu que quelques décès, mais la saison froide arrive et nous pourrions assister à une épidémie meurtrière de peste pneumonique.

M. Gaudin de Villaine a indiqué, en outre, que ces indésirables occupent de nombreux logements ouvriers aux dépens des ouvriers français qui ne trouvent plus à se loger à Paris, et il a invité le gouvernement à prendre des mesures.

Après une intervention de MM. Merlin, François Albert, Strauss et Dausset, le ministre de l'Hygiène a répondu et a

indiqué les mesures prises, notamment par l'utilisation de l'équipe mobile des épidémies.

Comme conclusion, le Sénat a voté un ordre du jour affirmant sa confiance dans le gouvernement pour assurer avec énergie la protection de la santé publique et prendre des mesures contre les étrangers indésirables.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — M. Edmond Perrier commencera, le jeudi 9 décembre 1920, à 10 h. 1/2, dans l'amphithéâtre des nouvelles galeries, rue Buffon, son cours d'anatomie comparée.

JURISPRUDENCE

LA LOI RÉPRIMANT LA PROVOCATION A L'AVORTEMENT ET A LA PROPAGANDE ANTICONCEPTIONNELLE

(31 JUILLET 1920)

Cette loi a pour but de combattre la dépopulation par la répression des avortements criminels ; elle tend à réprimer tous les procédés par lesquels on peut provoquer l'avortement ou divulguer les moyens de prévenir la grossesse.

L'avortement joue un rôle primordial dans la diminution croissante des naissances ; il doit être combattu avec énergie.

L'article 317, Code pénal, punit de la réclusion quiconque, par aliments, breuvages, médicaments, violences ou par tout autre moyen, aura procuré l'avortement d'une femme enceinte, consentante ou non; il punit de la même peine la femme qui se sera procuré l'avortement à elle-même, ou qui aura consenti à faire usage des moyens, par elle indiqués ou administrés à cet effet, si l'avortement s'en est suivi.

Cet article 317 ajoute que les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens qui auront indiqué ou administré ces moyens, seront condamnés à la peine des travaux forcés à temps, si l'avortement s'en est suivi.

L'article 317 du Code pénal n'est pas abrogé; la nouvelle loi crée des délits nouveaux relatifs à la provocation et à la propagande.

DÉLITS PRÉVUS ET PUNIS. — Les délits qui sont prévus et punis sont :

1° La provocation au crime d'avortement, alors même que cette provocation n'aurait pas été suivie d'effet, soit par des discours proférés dans des lieux ou réunions publics, soit par la vente, la mise en vente ou l'offre, même non publique, ou par l'exposition, l'affichage ou la distribution sur la voie publique ou dans les lieux publics, ou par la distribution à domicile, la remise sous bande ou sous enveloppe fermée ou non fermée, à la poste ou à tout agent de distribution ou de transport, de livres, d'écrits, d'imprimés, d'annonces, d'affiches, dessins, images et emblèmes, *soit par la publicité de cabinets médicaux ou soi-disant médicaux* (art. 1er).

A juste titre, la loi réprime la publicité scandaleuse de certains cabinets ou de certaines cliniques qui vivent de l'excitation au crime.

2° La vente ou mise en vente, la distribution, de quelque manière que ce soit, des remèdes, substances, instruments ou objets quelconques dès que la personne savait qu'ils étaient destinés à commettre le crime d'avortement, lors même que cet avortement n'aurait été ni consommé ni tenté, et alors même que ces remèdes, substances, instruments ou objets quelconques proposés comme moyens d'avortement efficaces seraient, en réalité, inaptes à les réaliser (art. 2).

Le délit ainsi prévu est indépendant de tout délit d'avortement ou de toute tentative ; il importe peu aux yeux de la loi que les moyens d'avortement procurés aient été ou non efficaces.

3° La propagande par laquelle, à l'aide de l'un des moyens spécifiés aux articles 1er et 2, on décrit ou divulgue, ou offre de révéler des procédés propres à prévenir la grossesse, ou encore faciliter l'usage de ces procédés (art. 3, § 1).

C'est la propagande anticonceptionnelle ; c'est celle qui a pour but d'empêcher la conception, délit que la loi veut réprimer. La propagande doit avoir été faite par l'un des moyens énumérés dans les articles 1 et 2.

4° La propagande anticonceptionnelle ou contre la natalité, lorsqu'elle est faite par l'un des moyens énoncés à l'article 23 de la loi du 29 juillet 1881 (art. 3, § 2); c'est-à-dire soit par des discours, cris ou menaces proférés dans des lieux ou réunions publics, soit par des écrits, des imprimés vendus ou distribués, mis en vente ou exposés dans des lieux ou réunions publics, soit par des placards ou affiches exposés au regard du public. Il ne s'agit pas ici, comme on l'a expliqué au Sénat, d'entraver la liberté de certaines opinions philosophiques ; ce que la loi réprime, c'est l'intention coupable que les juges ont à apprécier.

5° La vente ou mise en vente ou offre publique de remèdes secrets, lorsque ceux-ci sont désignés par les étiquettes, les annonces ou tout autre moyen, comme jouissant de vertus spécifiques préventives de la grossesse, alors même que l'indication de ces vertus ne serait que mensongère (art. 4).

PÉNALITÉS. — Tous ces délits sont punis de peines d'emprisonnement et d'amende : 6 mois à 3 ans et 100 fr. à 3.000 fr. d'amende pour les délits prévus par les articles 1 et 2 ; 1 mois à 6 mois et 100 fr. à 5.000 fr. d'amende pour les délits prévus par les articles 3 et 4.

L'article 6 de la loi permet d'appliquer aux délinquants les dispositions de l'art. 463 du Code pénal qui sont relatives aux circonstances atténuantes.

AUTEURS DES MANŒUVRES D'AVORTEMENT. — Aux termes de l'article 5 de la loi, lorsque l'avortement aura été consommé à la suite des manœuvres ou des pratiques prévues à l'article 2, les dispositions de l'article 317 du Code pénal seront appliquées aux auteurs des dites manœuvres ou pratiques.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

SOMMAIRE DES ANALYSES

NUMÉROS D'ANALYSES DÉJA PARUS





ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

BACTÉRIOLOGIE & MALADIES INFECTIEUSES

Sous la direction de M. André LEMIERRE,

PROFESSEUR AGRÉGÉ, MÉDECIN DES HÔPITAUX

VACCINATION ANTICHOLÉRIQUE

La pathogénie du choléra et la vaccination anticholérique. (J. CANTACUZÈNE. *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1920, n° 2, p. 57.) — La vaccination anticholérique pratiquée dans l'armée hellénique pendant la campagne de 1912-1913 avait fait tomber la morbidité cholérique à 0,41 p. 100 chez les vaccinés complètement, tandis qu'elle était, à la même époque et dans la même région, de 5,75 p. 100 chez les non vaccinés; mais c'est ce que Cantacuzène désigne sous l'appellation d' « expérience roumaine » qui a mis hors de doute l'efficacité de cette vaccination.

Elle a rencontré pendant longtemps beaucoup de sceptiques, en raison de la campagne impitoyable menée contre son inventeur, Ferran, en 1884 ; en raison du peu de publicité donné aux expériences de Haffkine, dans l'Inde ; en raison surtout des conceptions inexactes que l'on avait sur la pathogénie du choléra. On a voulu rapprocher trop étroitement le choléra, au point de vue pathogénique, de la diphtérie et du tétanos, et l'on s'est particulièrement attaché à diriger contre lui une sérothérapie antitoxique. Or, fait remarquer Cantacuzène, tandis que, dans la diphtérie et le tétanos, l'organisme réagit sur le mode antitoxique, il réagit dans le choléra sur le mode antibactérien : dans le sérum d'un individu guéri du choléra, on trouve, en effet, des agglutinines, des précipitines, une sensibilisatrice anticholérique, mais pas d'antitoxines. Une attaque de choléra confère à l'individu qui l'a surmontée une immunité certaine, quoique sans doute d'une durée assez limitée. L'infection cholérique est une infection de la muqueuse intestinale et l'immunité contre le choléra est une immunité de l'intestin lui-même ; ceci rappelle ce que Besredka a récemment mis en lumière dans les infections typhoïde et paratyphoïdes.

Les procédés mis en œuvre par l'organisme pour lutter contre le choléra sont donc, avant tout, d'ordre bactérien, et la vaccination préventive anticholérique est logique. L'« expérience roumaine » l'a démontré d'une façon évidente.

L'armée roumaine a eu à compter une première fois avec le choléra, lorsqu'elle a franchi le Danube, en 1913, pour pénétrer en Bulgarie; l'épidémie qui s'y développa peu de temps après, fut jugulée par la vaccination anticholérique. En septembre 1916, dans les circonstances tragiques qui entourèrent la débâcle roumaine, le choléra éclata parmi les populations de la Dobroudja qui fuyaient devant les Bulgares et passaient, en masse, le Danube. Cette fois encore, la vaccination contre le choléra appliquée avec une remarquable énergie, arrêta net l'épidémie qui menaçait la nation tout entière.

Le vaccin est constitué par des émulsions de vibrions cholériques, chauffées pendant une heure et demie à 55°-56°, et riches de 1 milliard de corps microbiens par centimètre cube. On faisait deux inoculations successives de 2 cmc., puis de 4 cmc. à six jours d'intervalle ; quand il fallait aller vite pour éteindre un foyer naissant, la première injection était portée à 3 et 5 cmc., la deuxième à 4 et 6 cmc Les doses fortes, seules, sont efficaces. La revaccination doit être refaite tous les dix mois avec une seule injection de 3 cmc.

Cantacuzène rapporte toute une série d'observations impressionnantes démontrant l'efficacité de la vaccination anticholérique : citons, entre autres, celle de l'hôpital de campagne n° 2 où étaient soignés en même temps des soldats roumains et russes atteints de typhus exanthématique.

Le choléra y fut apporté par un Russe en période d'incubation, il n'atteignit que les Russes avec une mortalité de 40 p. 100, respectant complètement les Roumains qui tous étaient vaccinés. Peut-être, dans un foyer où le choléra vient d'éclater, y a-t-il augmentation du nombre de cas pendant les deux ou trois jours qui suivent la vaccination, mais le sixième ou le septième jour, l'épidémie cesse brusquement. Cette petite recrudescence du nombre de cas, correspondant à la phase négative postvaccinale, est certes un inconvénient, mais combien minime lorsqu'il s'agit d'un fléau qui, livré à lui-même, prendra nécessairement une énorme extension.

A ce point de vue, les résultats obtenus en Roumanie, en 1916, présentent un intérêt sur lequel il est inutile d'insister plus longuement.

INFECTIONS PARATYPHIQUES

Un cas d'infection mortelle par le bacillus typhi murium. (H. STAUB. *Schweiz. med. Wochens.*, 5 fév. 1920, n° 6, p. 114.) — Les faits rapportés antérieurement par Trommsdorf, Meyer, Shibayama, Fleischanderl, Babes ont montré que le bacillus typhi murium de Löffler, que l'on considère habituellement comme pathogène pour les petits rongeurs seulement, peut, occasionnellement, provoquer chez l'homme des infections sévères.

Staub en rapporte un nouveau cas : il s'agit d'un homme de soixante-deux ans, dans un état de santé assez précaire, qui absorba accidentellement des petits morceaux de pomme de terre imbibée depuis douze heures de culture de bacillus typhi murium. Après une incubation d'environ dix heures, apparurent les premiers symptômes morbides : la fatigue et la somnolence, puis les vomissements. Au bout de deux jours et demi survint une diarrhée incoercible avec déshydratation rapide et état cholériforme. La mort survint après une évolution de cinq jours sans élévation de la température à aucun moment. L'hémoculture et la cuproculture donnèrent un bacille absolument identique au bacillus typhi murium de Löffler.

BACTÉRIOLOGIE DES PLAIES DE GUERRE

Les infections gangréneuses des membres consécutives aux plaies de guerre. (G. LARDENNOIS et J. BAUMEL. 1920, Paris, Masson et Cie. — Nous n'aurons en vue dans cette analyse que la partie bactériologique et nous laisserons de côté la partie chirurgicale.

Les germes le plus fréquemment rencontrés par Lardennois et Baumel dans les infections gangréneuses sont en première ligne le b. perfringens, puis plus rarement le vibrion septique; le b. œdématiens de Weinberg, le b. bellonensis de Sacquépée et le b. sporogènes de Metchnikof, peuvent jouer aussi un rôle. En général il y a association de plusieurs espèces anaérobies et cette association est un facteur de malignité.

Les anaérobies des plaies de guerre sont toujours accompagnées d'aérobies, et particulièrement du streptocoque. Lardennois et Baumel ont montré expérimentalement que l'association avec un streptocoque pathogène hémolytique est spécialement redoutable. Les microbes apportés surtout par la bourre vestimentaire trouvent un milieu de prolifération particulièrement favorable dans le tissu musculaire.

Les germes de la gangrène présents dans la plaie ont des propriétés protéolytiques, lipolytiques et glycolytiques; elles entraînent l'acidité du milieu où elles se développent. De plus les éléments protoplasmiques détruits donnent issue à des diastases dont l'action s'ajoute à celle des bactéries. Il en résulte un processus assez analogue à celui de la digestion. Les protéines sont transformés en albumoses, peptones, polypeptides, acides aminés, et la désintégration moléculaire peut aller jusqu'à la formation de CO^2, H, H^2S, etc.

Les glucoses subissent les fermentations lactique, butyrique avec dégagement de CO^2 et d'H. libre ou combiné.

Les graisses sont dédoublées en glycérine et acides gras. L'odeur fétide est due surtout à la désintégration des albuminoïdes. La production de gaz est en rapport avec la fermentation des hydrates de carbone plus qu'avec celle des albuminoïdes. Mais des toxines abondantes et nocives peuvent être élaborées et provoquer des phénomènes généraux graves sans qu'il y ait formation de gaz. Certaines formes hyperhexiques peuvent tuer avant l'apparition des produits gazeux.

L'infection est d'abord locale puis se complique rapidement de toxémie. Les germes eux-mêmes ne passent dans le sang qu'à la période agonique. Pourtant, occasionnellement, il peut se faire dans la circulation des décharges bactériennes passagères, même dans les formes curables.

L'examen histologique des lésions montre que l'altération essentielle consiste dans l'augmentation de volume de la fibre musculaire qui est tuméfiée et paraît gonflée de sérosité. Certaines formes se limitent à cette tuméfaction de la fibre musculaire : ce sont les *formes tuméfiantes*. Cet œdème peut gagner le tissu cellulaire sous-cutané et les divers espaces conjonctifs : c'est la *gangrène œdématiante*. Lardennois et Baumel ont montré que dans ces deux formes il n'y a pas de réaction leucocytaire. S'il y a processus réactivement inflammatoire évoluant parallèlement on a affaire à un *phlegmon gangréneux*, les trois variétés peuvent se compliquer précocement ou tardivement d'apparition de bulles gazeuses : c'est le *phlegmon gazeux* proprement dit.

La forme tuméfiante et la forme œdématiante, cette dernière due le plus souvent au b. œdématiens et au b. bellonensis, se compliquent par des phénomènes hypertoxiques, rapidement mortels. Le phlegmon gangréneux a le temps de produire des destructions étendues; l'infection aérobie et particulièrement l'infection à streptocoque finit par dominer la scène. La gangrène gazeuse proprement dite marque une digestion avancée des tissus par les anaérobies. Elle peut évoluer d'une façon foudroyante; plus fréquemment elle est progressive.

Le sang perd son alcalinité normale, les urines devenant acides; la cytolyse étendue amène l'azotémie et l'azoturie. Il y a une légère leucocytose sanguine et de la diminution de la valeur globulaire sans hypoglobulie. L'hémoculture est rarement positive.

Les auteurs ont remarqué qu'on peut établir une certaine corrélation entre la virulence du b. perfringens et la rapidité d'éclatement de la gélose ensemencée. Ils ont vu que si après ensemencement en gélose de Veillon de la sérosité prélevée dans une blessure, la gélose éclate violemment en moins de huit heures, on peut porter un pronostic grave.

Lardennois et Baumel ont largement usé des sérums antigangréneux. A titre préventif la dose de sérum doit être d'autant plus élevée que la blessure est plus ancienne : la dose de 30 cmc. représente le minimum.

A titre curatif, l'injection d'un mélange de plusieurs sérums spécifiques est l'adjuvant d'un traitement chirurgical énergique. On doit injecter 30 cmc. dans les muscles du foyer même; 30 cm. dans la masse musculaire située au-dessus et au-dessous du foyer, et 30 cm. dans les veines. Les jours suivants après identification des germes en cause on n'utilise plus que le ou les sérums spécifiques correspondants à doses progressivement décroissantes à mesure que le mieux se prononce.

Le livre de Lardennois et Baumel, nourri d'observations personnelles, enrichi de recherches bactériologiques précises illustré de figures et de courbes est un des ouvrages les meilleurs et les plus originaux parmi ceux publiés sur un sujet qui a depuis la guerre déjà tenté beaucoup d'auteurs.

Contribution à l'étude des Associations microbiennes. Les bacilles sporulés aérobies. Leur action pathogène probable dans les plaies de guerre. (A. R. Barrieu. *Th de Paris*, 1919, Jouve et Cie.) — Les microbes sporulés aérobies des plaies de guerre n'ont pas été étudiés avec autant d'assiduité que les microbes anaérobies. Leur différenciation est malaisée et ils passent pour des saprophytes sans importance. On a distingué parmi ces sporulés aérobies toute une série d'espèces : bacillus subtilis, b. pseudotétanicus, b. mycoïdes, b. anthracoïdes, b. mésentéricus, etc. Mais les études auxquelles s'est livré M Barrieu sur les différents échantillons de ces différentes espèces lui ont montré que les microbes d'une même espèce présentent souvent des caractères culturaux très différents et que même certains échantillons sont essentiellement variables dans leur aspect et leurs cultures suivant les moments. Il propose de les ranger dans deux grands groupes d'attente, à cadres assez élastiques : anthracoïdo-mycoïdes et mésentéricus. Il est dangereux de multiplier les sous-groupes, les faits de passage étant nombreux et les transformations possibles.

Les microbes aérobies sporulés passent pour habituellement non pathogènes. Pourtant expérimentalement on était arrivé à rendre pathogènes le b. subtilis, et le b. mésentéricus en les associant à d'autres germes, ou à des toxines. Delbet et Fiessinger, H. Tissier ont cité des cas où le b. mycoïdes et le b. mésentéricus paraissent avoir joué un rôle actif dans des plaies de guerre.

Barrieu a observé un blessé atteint d'un séton du bras contenant du streptocoque et un aérobie sporulé. Ce blessé présenta un gros œdème blanc du membre, dans la sérosité duquel il a isolé chaque fois cet aérobie sporulé.

Barrieu a pratiqué avec N. Fiessinger une série d'expériences qui lui ont montré : que les aérobies sporulés à l'état pur ne sont pas pathogènes; que si après l'injection de ces microbes on produit une attrition au point de l'infection le cobaye succombe; que les aérobies sporulés associés aux germes pathogènes exaltent la virulence de ces derniers, et que cette action est plus marquée encore s'il y a attrition des tissus; que l'infection locale par association est susceptible de généralisation sanguine, l'agent qui passe dans la circulation étant le microbe pathogène, mais pouvant être aussi le microbe aérobie sporulé.

Les bacilles aérobies sporulés sont tous des éléments très actifs de protéolyse; l'attrition des tissus favorise la protéolyse par les bacilles sporulés; la protéolyse favorise la multiplication du germe pathogène associé.

A. LEMIERRE.

PNEUMONIE — INFLUENZA

Studies on experimental pneumonia : I. Production of pneumococcus lobar pneumonia in monkeys ; — II. Spontaneous pneumonia in monkeys ; — III. Prophylactic vaccination against exp. pneumonia ; — IV. Serum treatment of lob pneumonia in monkeys ; — V. Experimental streptococcus haemolyticus pneumonia in monkeys. (Francis G. Blacke et Russel L. Cecil. *The Journ. of exp. med.*, 1920, vol. XXXI et XXXII, nos 6, 1, 2, 3, juin, août, sept. et oct. 1920.) — Jusqu'alors la pneumonie lobaire franche aiguë n'a pu être que difficilement reproduite expérimentalement chez l'animal.

En s'adressant au singe, les auteurs ont pu par injection intratrachéale de quantités variables de cultures de pneumocoques (de 1 cmc. à 1 cmc. d'une culture de 18 h sur bouillon) réaliser une pneumonie typique.

Au point de vue clinique, la maladie est absolument identique à la pneumonie lobaire : mêmes signes généraux, avec ascension brusque de la température, défervescence brusque en cas de guérison, après une phase critique.

Anatomo-pathologiquement, les lésions sont les mêmes que celles de la pneumonie de l'homme. Le pneumocoque gagne précocement l'alvéole à partir de la région la plus voisine du hile et envahit rapidement tout l'alvéole. Il s'agit au début d'une infection intestitielle du poumon.

La pneumonie a pu être également provoquée par injection de cultures pneumococciques dans le nez et la gorge.

Le contact avec des animaux infectés a suffi pour déterminer une pneumonie.

Par contre, l'injection sous-cutanée ou intraveineuse ne provoque pas la pneumonie ; elle est suivie d'une septicémie pneumococcique sans pneumopathie.

De ces premières recherches les auteurs concluent que le pneumocoque est bien l'agent pathogène de la pneumonie, à condition qu'il soit introduit à doses suffisamment élevées au niveau de l'alvéole elle-même. L'infection sanguine est secondaire.

La pneumonie spontanée n'est d'ailleurs pas rare chez le singe et Blake et Russel en ont pu observer un nombre assez

considérable dans le lot de singes de l'Ecole de médecine militaire.

Les pneumonies survinrent épidémiquement après l'arrivée d'un lot de singes dont certains étaient infectés : elle se transmet de singe à singe directement. Les épidémies furent absolument analogues aux épidémies humaines. La symptomatologie fut identique à celle de la pneumonie humaine et à celle de la pneumonie expérimentale. Souvent il y avait des épanchements purulents de la plèvre et du péricarde.

Dans une autre série de mémoires, les auteurs ont tenté de pratiquer une vaccination préventive contre la pneumonie des singes.

Ils se sont servis, à cet effet, successivement d'un pneumocoque non virulent, et d'un lipo-vaccin chauffé à 56°.

Utilisés à doses analogues à celles employées chez l'homme, ces vaccins ne témoignèrent d'aucun pouvoir de protection. Ils amenèrent cependant une modification favorable du cours de la maladie avec proportion plus considérable de guérisons. Cette action fut surtout manifeste pour les solutions salines, le lipo-vaccin paraissant doué d'un pouvoir presque nul.

A la suite d'injections de microbes non virulents ou tués, il est possible de préserver les animaux inoculés par voie sous-cutanée ou intraveineuse et qui présentent une septicémie. Par contre, il n'existe aucun degré d'immunité contre l'injection intratrachéale qui détermine une pneumonie.

Cependant les auteurs font remarquer qu'il n'y a pas analogie complète entre l'homme et le singe ; ce dernier étant infiniment plus sensible à l'infection pneumococcique que l'homme, immunisé sans doute par les infections répétées à pneumocoques qu'il présente depuis l'enfance.

Par contre, une immunité solide peut être obtenue par injection sous-cutanée de microbes virulents. Cette action préventive, surtout marquée avec les pneumocoques de même variété, existe également contre les autres types mais à un degré moindre.

Les auteurs ont utilisé avec succès le sérum antipneumococcique pour le traitement de la pneumonie expérimentale du singe. Ils ont obtenu la guérison à tout coup, alors que les témoins non traités mouraient. Le traitement paraît d'autant plus efficace que plus précoce. Ils ont vérifié que le sérum normal n'avait aucun pouvoir.

En inoculant par voie trachéale un streptocoque hémolytique au singe, Blacke et Russel ont déterminé l'apparition d'une pneumonie avec tous les caractères des pneumonies analogues observées chez l'homme (au cours de la rougeole ou de la grippe).

Les lésions anatomiques sont identiques, l'injection préalable du bacille de Pfeiffer favorise la diffusion de l'infection.

J. PARAF.

The production of an acute respiratory disease in monkey by inoculation with bacillus influenzae. (Francis G. BLAKE et RUSSEL CECIL. *The Journ. of Americ. Med. Assoc.*, 17 janv. 1920, p. 170.) — Par injections intratrachéales de bacille de Pfeiffer, les auteurs ont reproduit chez le singe (ma. syrubtus et cebus capucinus) une maladie qui rappelle de près la grippe humaine.

Par inoculation dans le nez, il se produit d'abord de la rhinite, de la trachéo-bronchite puis des manifestations pulmonaires variables.

Le bacille de Pfeiffer est isolé en culture pure des lésions.

Blake et Cecil pensent que le bacille de Pfeiffer est l'agent spécifique de la grippe.

J. PARAF.

A review of our knoledge concerning the etiology of influenza. (K. F. MEYER. *California state journ. of med.*, t. XVII, juillet 1919, p. 216.) — L'auteur a étudié la grippe à San Francisco de 1918 à 1919.

Dans une première période, c'est le bacille de Pfeiffer qui prédominait. Il a été isolé dans les deux tiers des cas de la salive et de la gorge, deux fois du sang.

Dans une seconde période, il s'agissait surtout de pneumocoques (type I et IV) et de streptocoques hémolytiques, alors que le bacille de Pfeiffer n'existait plus que dans un tiers des cas de crachats examinés.

L'auteur ne croit cependant pas que le bacille de Pfeiffer soit l'agent de la grippe, mais pense que sa présence dans les crachats a une valeur diagnostique considérable.

La recherche du virus filtrant ne leur a fourni que des résultats négatifs.

J. PARAF.

Studies in influenza and pneumonia : I. Observation on the bacteriology and certain clinical features of influenza and influenzal pneumonia ; — II. The leucocytic reaction in influenza and influenzal pneumonia ; — III. A study of the effects following the injection of bacteria found in influenza in nomal throats in simple naso pharyngites and in lobar pneumonia ; — IV. Experiments on the etiology of gastro-intestinal influenza ; — V. Changes in the green producing streptococcus induced by successive anormal passage ; — VI. The immunologic properties of the green producing streptococci from influenza ; — VII. Therapeutics effects of a monovalent antistreptococcic serum in influenza. (E. C. ROSENOW. *The Journ. of inf diseases*, t. XXVI, juin 1920, p. 469, 492, 504, 557, 566, 597, 614.) — A la fondation des frères Mayo, à Rochester, l'auteur a étudié bactériologiquement un nombre très considérable de grippes durant l'hiver 1918-1919. Au début de l'épidémie, le bacille de Pfeiffer a été fréquemment isolé des crachats, mais dans la plus grande partie de l'épidémie, ce microbe ne joua plus qu'un rôle modeste ; il y avait surtout prédominance des germes du groupe streptocoque pneumocoque. Les microbes de ce groupe isolés présentèrent des propriétés variables, au point de vue cultural, morphologique, fermentatif, sans rapport d'ailleurs avec la virulence de ces germes.

Etudiant chez les grippés et chez des animaux inoculés avec des exsudats infectants, la réaction du sang, Rosenow a observé l'existence d'une leucopénie marquée dues aux propriétés spéciales du streptocoque et des autres bactéries associées. Il a pu vérifier que les filtrats des cultures de ces germes provoquent chez le cobaye une leucopénie intense. Seuls les streptocoques isolés dans la grippe jouissent d'ailleurs de cette propriété leucopénisante.

C'est surtout un streptocoque isolé fréquemment et que Rosenow dénomme « streptocoque à pigment vert » qui paraît doué de cette propriété de provoquer la leucopénie (ce n'est pas le strept. viridans). Ce microbe se localise de façon élective au niveau des alvéoles pulmonaires et dans les tissus interstitiels produisant des hémorragies et de l'œdème. Par injection intratrachéale de ce germe à l'animal, associé ou non à des streptocoques hémolytiques, staphylocoques, bacilles de Pfeiffer, l'auteur a pu observer la cyanose extrême, la dyspnée intense rappelant les symptômes de la grippe de l'homme.

Des résultats identiques ont été obtenus chez le rat, le lapin et le singe.

La mortalité chez les animaux paraissait d'autant plus élevée que les microbes avaient été isolés de cas mortels.

En utilisant un streptocoque à pigment vert qu'il avait isolé de l'intestin et des ganglions mésentériques d'individus morts de grippe intestinale mortelle, Rosenow a pu reproduire une affection identique chez le cobaye par inoculation directe intraduodénale après laparotomie.

Les animaux ont présenté les symptômes et les lésions d'une gastro-entérite aiguë analogue à la grippe intestinale.

Etudiant au moyen de l'agglutination par un sérum de cheval expérimental, les différentes sortes de streptocoques à pigment vert isolés, Rosenow a vu que la plupart étaient fortement agglutinées.

De même, le sérum des malades convalescents est fortement agglutinant pour elles.

Le streptocoque hémolytique est égalément souvent agglutiné par ces sérums et l'auteur en déduit une parenté entre ces différentes variétés microbiennes.

Par contre, aucun des germes isolés en dehors de la grippe n'est agglutiné.

Etudiant enfin l'action thérapeutique d'un sérum de cheval préparé par injections du streptocoque à pigment vert, l'auteur, observe à la suite d'injections intraveineuses de 25 à 100 cmc. de ce sérum, un effet favorable non douteux.

Il est nécessaire d'injecter le sérum correspondant exactement au germe isolé du malade.

J. PARAF.

Il citrato di sodio nella cura delle pneumoniti. (VIVALDI M. *Gazetta del osp.*, 1920, n° 40, p. 268.) — **Sodium citrate in the treatment of pneumonia.** (WEANER. *New-York med.*

Journ., 1919, n° 110, p. 706.) — Espérant agir contre l'envahissement fibrineux constant dans la pneumonie, Weaner a employé le citrate de soude, chez 47 malades atteints de forme grave de pneumonie. Dans 45 de ces cas, la durée de la maladie fut écourtée et une défervescence rapide suivit l'injection citratée. L'effet thérapeutique est manifeste en quarante-huit heures, parfois il faut attendre quatre jours.

D'après l'auteur, le citrate de soude agit en rétablissant la circulation cardio-pulmonaire dans le poumon hépatisé et s'oppose à l'hypercoagulabilité du sang toujours augmentée dans la pneumonie. Le citrate de soude contribue à maintenir l'alcalinité du sang.

Des doses élevées sont nécessaires, il faut administrer toutes les heures, 1 gr. environ ou 2 gr. toutes les deux heures.

Chez deux malades observés par Vivaldi et traités par cette méthode, le résultat fut excellent. J. PARAF.

Injections intraveineuses d'eau oxygénée dans le traitement des pneumonies grippales. (Olivier et Murphy, *The Lancet*, 21 fév. 1920, n° 5034, p. 432.) — Dans 25 cas, semblant désespérés, de pneumonie grippale, les auteurs ont injecté dans les veines, en une quinzaine de minutes, jusqu'à trois onces d'un mélange de deux parties d'eau oxygénée dans huit parties de sérum physiologique. Sous l'influence de ce traitement, les phénomènes asphyxiques ont été, à plusieurs reprises, grandement améliorés, ainsi que les phénomènes d'ordre toxique. La mortalité, dans les cas ainsi traités, a été de 48 p. 100, chiffre exceptionnellement favorable étant donné que les cas analogues et non traités succombaient alors, dans la proportion de 80 p. 100.

Cette méthode de traitement a été, dans tous les cas, d'une innocuité parfaite, ne provoquant jamais d'embolies gazeuses. J. PARAF.

Rôle de l'influenza dans l'étiologie des néphrites. (Thomson et Macauley. *The Lancet*, 28 fév. 1920, n° 5035, p. 481.) — La néphrite est une complication de l'influenza plus fréquente qu'on ne le pense habituellement, sa fréquence variant d'ailleurs suivant l'épidémie, et suivant les régions où l'on observe. L'atteinte des reins peut se traduire soit par une albuminurie simple et temporaire de la période fébrile; soit par une néphrite aiguë survenant pendant l'évolution de la maladie, surtout lorsque celle-ci comporte des complications pulmonaires, les phénomènes urémiques dans ce cas étant fréquemment marqués par les manifestations respiratoires. D'autres fois la néphrite survient pendant la convalescence, semblable en cela à la néphrite scarlatineuse. D'autres fois enfin la greffe réveille une néphrite préexistante et latente jusque-là. J. PARAF.

ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE

Cultural studies on épidémic encéphalitis. (L. Loenœ et J. Strauss. *The journ. of infect diseases*, vol. XXVII, n° 3, sept. 1920, p. 250.) — Comme l'ont montré différents auteurs en particulier en France. Levaditi et Harvier le filtrat sur bougie Chamberland ou Berkfeld d'émulsion de cerveau, de mucus nasopharyngien de malades atteints d'encéphalite produit chez le lapin ou le singe une affection analogue à la maladie humaine avec lésions identiques à l'autopsie.

Loenœ et Strauss ont repris ces expériences et ont obtenu des résultats identiques; ils ont observé en outre que le sang et le liquide céphalo-rachidien peuvent être virulents pour le lapin.

Les auteurs ont réuni des passages successifs de lapin à lapin; la maladie conservait toujours ses caractères cliniques et anatomiques. Le virus peut être conservé plusieurs mois dans de l'eau additionnée de glycerol à 50 p. 100.

Loenœ et Strauss ont en outre essayé d'obtenir des cultures de ce virus. En utilisant le milieu préconisé par Noguchi pour la culture du tréponème (bouillon ascite glucosé additionné d'un fragment de rein frais, le tout recouvert d'huile de pétrole, les auteurs ont pu cultiver dans le filtat de cerveau, de mucus naso-pharyngé, de liquide céphalo-rachidien, de sang des encéphalitiques un petit organisme. A l'ultra-microscope il apparaît sous la forme de corps globuleux animé de mouvements browniens souvent groupés en diplocoques ou en courtes chainettes.

Les formes jeunes prennent le Gram, les vieilles se décolorent, le Giemsa les colore bien.

Le même germe a été retrouvé chez les animaux inoculés expérimentalement et au niveau des lésions.

Par inoculation de cultures de ce germe on a pu reproduire une maladie absolument analogue à l'encéphalite expérimentale du lapin; les lésions anatomiques étaient les mêmes.

Le microbe voisin de celui de la proliomyélite (corps globuloïdes de Flexner) se différencie par sa virulence plus forte pour le lapin que pour le singe, alors que c'est le contraire pour le virus poliomyélitique.

Des recherches analogues faites avec des émulsions de cerveau, de sang d'individus normaux ou non atteints d'encéphalite ont donné des résultats constamment négatifs. J. PARAF.

AMIBIASE

L'amibiase chronique en France (Etude clinique). E. Charpin. *Th. de Paris*, 1919, Amédée Legrand. — Le travail de M. Charpin repose sur 200 observations prises dans le service et sous la direction de M. Ravaut. L'auteur insiste d'abord sur la fréquence actuelle de l'amibiase contractée en France; une statistique personnelle portant sur 14 mois lui a montré que 20 p. 100 des soldats atteints de troubles gastro-intestinaux variés étaient porteurs d'amibes ou de kystes amibiens; chez les coloniaux ce pourcentage atteint 25 p. 100.

L'amibiase chronique que l'auteur se propose de décrire seule peut revêtir plusieurs aspects. La *forme habituelle* consiste en des épisodes dysentériques caractéristiques entrecoupant des symptômes habituels de colite avec douleurs abdominales, selles bouse de vache, amaigrissement. Dans les *formes atypiques* se rangent les cas où l'on n'observe à aucun moment ni ténesme, ni épreintes, ni selles glairo-sanguinolentes : elles comprennent 40 p. 100 des cas. Elles se divisent en *forme diarrhéique* caractérisée par des selles glaireuses muco-membraneuses, crémeuses, mousseuses ou d'aspect diarrhéique banal; *forme gastrique*, la plus fréquente, caractérisée par de la pesanteur après les repas, des vomissements, des selles irrégulières; *forme appendiculaire*, avec prédominance des symptômes douloureux dans la fosse iliaque droite; *forme rectale* avec ténesme intense, irradiations périnéales pouvant faire penser à une affection vésicale; *forme pseudo tuberculeuse* avec fièvre à grandes oscillations, douleurs abdominales, amaigrissement rapide faisant penser à la péritonite tuberculeuse.

La localisation hépatique est la complication la plus fréquente de l'amibiase. Cette localisation est particulièrement fréquente parmi les dysentériques venant du Maroc. Sur 21 malades présentant cette complication, l'auteur n'en a vu que 11 présentant des antécédents dysentériques nets. Elle se montre surtout chez les malades non traités ou insuffisamment traités. Chez les sujets ayant eu des accidents dysentériques antérieurs nets, les troubles hépatiques se sont montrés de quelques jours à 7 mois après le début de ces accidents. Chez 5 malades seulement sur 21, l'examen des selles a montré des amibes ou des kystes; deux autopsies ont montré l'absence des lésions dysentériques intestinales évoluant en même temps que les accidents hépatiques. La localisation hépatique de l'amibiase peut se traduire par de grands ou de petits abcès. Il faut traiter médicalement, c'est-à-dire par ponction simple associée au traitement émétino-arsenical les abcès peu volumineux, avec bon état général, dont le pus est rouge chocolat, se coagule rapidement, et est constitué par des globules blancs bien conservés, des globules rouges, des amibes, sans bactéries et sans cristaux d'acides gras (Ravaut). Il faut inciser et drainer les gros abcès, chez les cachectiques, avec pus café au lait, ne coagulant pas, formés de débris en dégénérescence granulo-graisseuse, sans amibes, ni globules rouges, mais avec des cristaux d'acide gras. L'hépatite simple, non suppurée semble être une forme spéciale, sans tendance à la suppuration : elle paraît souvent primitive, ce qui fait la difficulté de son diagnostic, que l'épreuve du traitement par l'émetine permet de porter à coup sûr. Le tout est d'y penser.

Les autres complications importantes de l'amibiase sont l'hémorragie intestinale rebelle, ne cédant qu'au traitement



THAOLAXINE

LAXATIF-RÉGIME

agar-agar et extraits de rhamnées

PAILLETTES, CACHETS, GRANULÉ, COMPRIMÉS.

Laboratoires DURET & RABY, 5, Avenue des Tilleuls. PARIS (18e)

antiamibien; et l'insuffisance surrénale signalée pour la première fois par Ravaut. Des infections secondaires de l'intestin contribuent à entretenir l'amibiase. La plus importante est l'infection à lamblia intestinalis qui est d'une ténacité désespérante et est d'une signification pronostique fâcheuse. L'amibiase s'associe très fréquemment au paludisme et, chez les paludéens l'existence d'accidents intestinaux doit toujours être suspecte.

Le travail de M. Charpin se termine par un exposé d'éléments de coprologie clinique où l'auteur indique d'une façon très claire et très pratique la technique de l'examen des selles pour le diagnostic de l'amibiase intestinales.

A. LEMIERRE.

ÉRYSIPÈLE

Thyroïdite aiguë compliquant un érysipèle. (L. M. WEEKS. *The British med. Journ.*, 25 sept., 1920, n° 3117, p. 470.) — Un malade, porteur d'une tumeur thyroïdienne bénigne, fait, à la suite d'un érysipèle récidivant de la face, une thyroïdite suppurée que l'on incise et qui se fistulise. Des signes évidents de myxœdème apparaissent peu après, et guérissent spontanément en même temps que la thyroïdite.

J. PARAF.

VARIOLE

Trois cas anormaux de petite vérole. (WALTER ALLINGHAM. *The Lancet*, 29 mai 1920, n° 5048, p. 1162.) — Trois jours après la céphalalgie du début est apparue, sur le front et sur la poitrine, une éruption papuleuse devenant rapidement vésiculeuse et s'étendant graduellement à tout le tronc et aux extrémités. L'éruption siégeait aussi bien dans les zones de flexion que dans les zones d'extension, avec quelques éléments axillaires, mais respectait complètement la paume des main, la plante des pieds et le voile du palais. Les vésicules étaient discrètes, molles et peu saillantes, dépourvues souvent d'ombilication et s'affaissant après piqûre.

Huit jours plus tard, seconde poussée éruptive, sans accompagnement de phénomènes généraux, une céphalée très légère exceptée. Cette seconde éruption, d'aspect pétéchial, s'étend aux parties normalement frappées par la variole : face, poignet, zones d'extension de la jambe et de l'avant-bras, paume des mains et plante des pieds. La première éruption était à ce moment en majeure partie en voie de dessication. Les deux éruptions coexistaient, mais étaient très aisées à distinguer l'une de l'autre.

Le diagnostic porté au début fut celui de varicelle; on diagnostiqua variole à la seconde poussée éruptive.

J. PARAF.

BLENNORRAGIE

La déviation du complément dans la blennorragie. (W. MAGNER. *The Lancet*, 17 juillet 1920, p. 123, n° 5.055.) — 1° La réaction de déviation du complément s'est montrée d'une réelle valeur dans le diagnostic des infections à gonocoques et dans l'appréciation de leur période contagieuse;

2° La réaction sera améliorée vraisemblablement dans la suite par la connaissance de diverses races de gonocoques intéressantes à connaître au point de vue antigène;

3° La réaction demeure négative pendant les dix ou douze premiers jours de la blennorragie. Passé ce délai, la grande majorité des cas donnent une réaction positive. Des résultats positifs ont été obtenus dans certains cas à partir du quatrième jour;

4° Dans certains cas de blennorragie atténuée et limitée à l'urètre antérieur, la réaction est demeurée négative pendant tout le temps de l'infection;

5° La réaction a d'autant plus de chances d'être positive que l'infection est plus étendue en surface. Les cas compliqués entre autres sont toujours positifs;

6° Les anticorps survivent à l'infection gonococcique pendant trois mois environ au cours desquels la réaction continue à être positive;

7° L'emploi d'un autovaccin gonococcique ne prolonge pas sensiblement la persistance des anticorps dans l'organisme, et la réaction redevient négative dans un délai sensiblement le même après la dernière injection;

8° Le critérium de la guérison et de la non-contagiosité est réalisé par le retour de la réaction à la négative trois mois après la disparition de tout signe clinique et la cessation du traitement.

J. PARAF.

LIVRES NOUVEAUX

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée (1), par E. SERGENT, L. RIBADEAU-DUMAS et L. BABONNEIX. Tome XIV : *Les Infections parasitaires.*

Ce volume renferme quatre chapitres, consacrés respectivement aux helminthiases, aux myiases, aux protozooses et aux mycoses, et précédés d'un très bon chapitre de M. Neveu-Lemaire sur le parasitisme animal et végétal en général. Les plus importantes au moins des infections sont successivement examinées au point de vue de l'extension géographique et de l'épidémicité, des agents animés en cause, et de l'étiologie, des formes cliniques, du diagnostic et du pronostic, de l'anatomie pathologique, du traitement et de la prophylaxie. L'ensemble constitue une excellente mise au point parce que chaque auteur s'est consacré à la maladie qui lui est le plus familière. En outre, l'ouvrage est enrichi de nombreuses et bonnes figures, indispensables en parasitologie. Un index alphabétique complète enfin ce volume, tout à fait digne de ceux qui l'ont précédé dans cette remarquable collection.

J. LAUMONIER.

Etude critique de l'étiologie des bronchites chroniques avec sclérose pulmonaire (2), par le Dr Jacques DALSACE.

Aidé de 18 observations détaillées l'auteur reprend l'étude du syndrome. Bronchite chronique avec emphysème et sclérose du sommet, et cherche à éclaircir son étiologie. Pour lui, les microbes banaux ne peuvent être que très exceptionnellement considérés comme les auteurs seuls responsables de la chronicité de l'infection, c'est au terrain qu'il faut attribuer le rôle prépondérant, ou plutôt à une infection spécifique chronique. Or celle-ci est représentée surtout par la tuberculose et la syphilis.

La tuberculose est en effet très fréquemment en cause comme le prouvent les examens histologiques et la présence du bacille dans les crachats; mais lorsque l'expectoration n'est pas bacillifère, est-on en droit de rendre la tuberculose responsable des lésions du fait seul que les signes de sclérose siègent au sommet? L'auteur, tout en reconnaissant la grande fréquence de la bacillose dans les lésions du sommet, montre que la preuve de cette nature n'est appuyée sur aucun fait précis dans nombre des cas. Et si l'association syphilis et tuberculose doit être envisagée chez certains, la syphilis seule semble jouer dans la pathologie pulmonaire un rôle beaucoup plus important, après la tuberculose, que celui qu'on lui attribue communément. L'extrême fréquence de la syphilis chez ces bronchitiques chroniques avec sclérose et expectoration non bacillifère vient à l'appui de cette donnée. D'autre part il serait permis de penser que quelques lésions macroscopiques et même histologiques ont été quelquefois dites à tort tuberculeuses, lorsqu'on songe à la difficulté qui existe parfois à différencier, même en coupe histologique, les lésions bacillaires et les lésions syphilitiques. De toutes façons, pour préciser l'étiologie de cette affection, il conviendrait de faire l'inoculation au cobaye avec les produits de l'expectoration et avec des fragments de parenchyme pulmonaire.

P. PRUVOST.

Manuel d'urétroscopie (3), par Robert HENRY et André DEMONCHY.

L'importance que prend l'endoscopie en pathologie, et en pathologie urinaire en particulier, écrit M. le prof. Marion dans sa préface, légitime le perfectionnement et la vulgarisation de l'urétroscopie.

C'est un très bel essai de vulgarisation que viennent de

(1) In-8 carré avec 143 figures et 2 planches en couleur. — Paris, Maloine.

(2) *Th. de Paris* 1920. — Paris, Alcan.

(3) In-8 cartonné avec 56 figures dans le texte et 30 figures hors texte en couleur. — Prix : 25 fr. — Paris, Masson et Cie.

réaliser MM. Henry et Demonchy. Grâce aux belles reproductions en couleurs le lecteur, qu'il soit un débutant ou un praticien, pourra facilement apprendre ou revoir l'aspect des lésions qu'il est appelé à reconnaître. L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

SÉMÉIOLOGIE DE L'HÉMIPLÉGIE [1]

2° Le *mouvement combiné de flexion de la cuisse et du tronc* se constate dans l'hémiplégie organique. Le malade est placé sur un plan résistant, dans le décubitus dorsal, les bras croisés sur la poitrine. S'il essaie de se mettre sur son séant, du côté paralysé, la cuisse présente un mouvement de flexion sur le bassin et le talon se détache du sol. Ce phénomène est dû à la parésie des extenseurs de la cuisse sur le bassin. Quand le sujet est trop faible pour faire un effort suffisant, il faut dire au malade de s'asseoir préalablement sur son séant, puis de se renverser brusquement en arrière. On voit alors souvent se produire la flexion de la cuisse qui ne se produisait pas dans le decubitus complet.

3° Le *signe de la pronation* se constate quand l'hémiplégie est encore flasque. Si l'on met la main du sujet en supination du côté sain, elle garde naturellement cette attitude sans peine — tandis que, du côté malade, el'e se porte. aussitôt qu'on l'abandonne, en pronation. C'est un signe d'hémiplégie organique.

4° Le *signe du peaucier* consiste en une contraction énergique du peaucier du cou et dans la région claviculaire, lorsque le malade ouvre la bouche, du côté sain. Du côté malade, le peaucier est parésié et la contraction du muscle est moins apparente.

5° *L'inversion du réflexe du radius* consiste en ce que la percussion de l'extrémité inférieure du radius provoque la flexion des doigts et ne provoque pas, comme à l'état normal, la flexion de l'avant-bras sur le bras.

La recherche de tous ces symptômes doit permettre de poser le diagnostic d'hémiplégie organique. Cependant, dans certains cas, on n'oubliera pas que des phénomènes hystériques peuvent se surajouter aux signes de l'hémiplégie organique — et que la présence de ces premiers symptômes hystériques ne doit pas faire écarter, de ce fait, le diagnostic d'hémiplégie organique.

II. — **Diagnostic du siège (localisation des lésions).** — Le diagnostic de lésion organique étant posé, il reste à préciser le siège des lésions; les symptômes varient en effet suivant que la lésion siège au niveau du cortex, de la capsule interne, de la région thalamique, du pédoncule, du bulbe ou de la moelle.

1. Région du cortex. — Il s'agira d'une hémiplégie associée à une hémi-anesthésie partielle et fugace. Si la lésion siège à gauche, il y a de l'aphasie motrice, des troubles intellectuels avec souvent épilepsie jacksonienne. L'existence de l'aphasie ne permettrait pas, d'après P. Marie, une localisation absolue de la lésion — mais plutôt d'une double lésion du corps opto-strié et de la zone de Wernicke.

2. Au niveau de la capsule interne. — Le début est brusque et l'hémiplégie est totale et complète avec hémichorée et hémathétose fréquemment. L'hémi-anesthésie peut exister et, dans ce cas, elle est complète et durable.

3. Syndrome thalamique, — Déjérine a décrit un syndrome thalamique lié à une lésion de la couche optique et de la partie postérieure de la capsule interne. Dans ce cas il y a une hémiplégie légère, fugace et des troubles sensitifs au contraire persistants. Parfois douleurs vives. Donc les troubles sensitifs sont au maximum.

4. Lésions pédonculaires. — Le diagnostic en est aisé, quand il y a en même temps des lésions des nerfs craniens :

Le *syndrome de Weber* est caractérisé par une hémiplégie complète croisée et une paralysie du moteur oculaire commun de l'autre côté.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 97, p. 1559; n° 99, p. 1591, et n° 101, p. 1623.

Le *syndrome de Benedikt*, l'hémi-tremblement remplace l'hémiplégie. Il y a aussi paralysie du moteur oculaire commun de l'autre côté.

5. Lésion bulbo-protubérantielle. — Le *syndrome de Millard-Gubler* ou hémiplégie alterne inférieure, est caractérisé par une hémiplégie croisée des membres et une paralysie directe du nerf facial. Fréquemment le moteur oculaire externe et l'hypoglosse sont aussi intéressés.

Nous signalerons aussi le *type de Foville* qui est caractérisé par la perte des mouvements de latéralité des yeux — avec hémiplégie. Il s'agit d'une lésion du faisceau pyramidal et du noyau supranucléaire des muscles droits externes et internes.

Enfin ces hémiplégies alternes peuvent être sensitives; elles peuvent être aussi *doubles alternes* (associations des 2 syndromes de Weber et de Millard-Gubler).

6. L'hémiplégie bulbaire est une paralysie labio-glosso-laryngée avec prédominance des troubles respiratoires et circulatoires.

7. L'hémiplégie médullaire constitue le syndrome de Brown-Séquard. Il y a hémiplégie directe des membres, hémianesthésie croisée. Il y a intégrité des nerfs craniens Il s'agit d'une hémidestruction de la moelle.

8. L'hémiplégie bilatérale réalise le syndrome labio-glosso-laryngé (forme pseudo-bulbaire) : troubles de la parole, démarche à petits pas; rire et pleurer spasmodiques.

III. — **Diagnostic de la cause de l'hémiplégie.** — La notion du siège de la lésion, qui a provoqué l'hémiplégie, doit servir de guide pour arriver à en préciser la cause. En tenant compte de ces faits on peut penser :

1. En cas *d'origine médullaire*, à un mal de Pott ou à une tumeur, cancer vertébral.

2. Si la lésion est *bulbo-protubérantielle*, il peut s'agir de syphilis ou de ramollissement (petites lacunes).

3. Si la lésion est *corticale*, éliminer la sclérose cérébrale infantile, et les lésions méningées (hémorragie, tumeur, pachy-méningite). La ponction lombaire donne dans ce cas quelques renseignements. Mais en principe, chez l'adulte, et en tenant compte de la fréquence de ces affections, on doit toujours discuter le diagnostic de syphilis cérébrale, hémorragie ou ramollissement.

Une *tumeur cérébrale* ou un *abcès* peuvent s'accompagner d'une hémiplégie, mais la céphalée, les vertiges, les troubles intellectuels précèdent l'hémiplégie. L'examen du fond de l'œil montre l'œdème de la papille, tantôt la tumeur est superficielle, corticale, et donne des accidents d'épilepsie partielle. Tantôt la tumeur est profonde, et alors survient une hémiplégie progressive ou brusque. (*A suivre.*)

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Jeudi 9 décembre. — Jury : MM. Chauffard, président; Achard, Carnot et Jeanselme. — M. Saint-Aubert. La pleurésie droite des cardio-rénaux. — M. Lebel (Roger). L'adénite primitive du zona. — M. Mourouvin (Joseph). Contribution à l'étude du purpura méningococcique chez l'adulte. — M. Narboni (Georges). Contribution à l'étude de l'aérophagie bloquée. — M. Bagou (Emile). Contribution à l'étude des ulcérations chancrelleuses du doigt et de la main.

Jury : MM. Lejars, président; Bezançon, Duval et Brindeau. — M. Popesco (Basile). Le lien d'insertion du placenta statistique provenant d'opérations césariennes. — M. Danziger (Maurice). Des erreurs que peut entraîner l'interprétation des radiographies au sujet des calculs du rein. — M. Dumouchel (Raymond). Le traitement des ictères par le goutte à goutte intrarectal sucré et urotropiné. — M. Féron (Jean). Contribution à l'étude des invaginations intestinales de la seconde enfance.

Le Directeur-gérant Dr François Le Sourd.

PARIS, — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE,

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 6 décembre. — MM. Pollet et Le Rasle, 8; Viollet, 14; Cocault-Duverger, 10; Périsson, 11; Weissmann, 12; Callégari, 7; Dauptain, 10; Loyauté, 8.

Séance du 8 décembre. — MM. Pierrot, 7; Vassal, 6; Cornudet, 11; Bonnot, 9; Reverdy, 7; Welti, 11; Rigolage, 5; Mérot, 13; Wickham (Yves), 7; Lefèvre (Bernard), 12.

Anatomie. — Séance du 6 décembre. — MM. Bouchard, 8; Veil (Prosper), 12; Kalt, 9; Valence, 7; Renardier, 11; Lanos, 14; Fèvre, 11; Dufestel, 9; Raiga, 10; Béclère, 11; Leflaive, 10.

Séance du 7 décembre. — MM. Dossot et Marassi, 8; Hudelo et Giet, 5; Huas, 6; Vesselle, 11; Guillet, 2; Lévy (Max), 10; Mlle Pommay, 13; M. Iselin, 4.

INTERNAT DE SAINT-LAZARE. — A la suite du concours qui vient d'avoir lieu, ont été nommés internes de la maison d'arrêt et de correction de Saint-Lazare :

MM. Marassi, 46; Philippeau, 43; Marceron, 42; Faton, 41 1/2; Chalet, 41; Wallon, 40 1/2; Mlle Waybaum, 40; M. Verger, 39.

Internes provisoires : MM. Chabanier et de Peretti della Rocca, 38 1/2; Granet, 38; Pareux, 37 1/2; Ebrard, 37; Delotte, 35; Benda, 34 1/2; Collot, 27.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le prof. Widal est dispensé du service des examens pendant l'année scolaire 1920-1921.

— M. le prof. Vaquez est dispensé du même service pendant le premier semestre.

— M. Brissemoret, ancien chef du laboratoire de pharmacologie, est nommé chef de laboratoire honoraire.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — ALGER. — M. Wunschendorff, chef des travaux de chimie, est chargé d'un cours de toxicologie.

— M. le Dr Ferrari est chargé des fonctions d'agrégé.

— M. Leblanc, professeur adjoint, est chargé d'un cours d'anatomie et des fonctions de chef des travaux d'anatomie.

— M. Malosse, chargé des fonctions d'agrégé, est chargé de l'enseignement de la chimie minérale et des éléments de minéralogie.

— BORDEAUX. — Sont chargés de cours complémentaires : MM. Mauriac, agrégé, pathologie interne; Guyot, agrégé, pathologie externe; Petges, vénéréologie.

— M. Lacoste est chargé des fonctions d'agrégé (histologie).

— LYON. — La chaire d'oto-rhino-laryngologie est transformée en chaire de clinique d'oto-rhino-laryngologie.

M. Lannois, professeur d'oto-rhino-laryngologie, est nommé professeur de clinique d'oto-rhino-laryngologie.

— Le concours de l'adjuvat s'est terminé par la nomination de MM. Mugnier et Richet.

— TOULOUSE. — M. Lafforgue, chargé de cours, est nommé professeur adjoint.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — BESANÇON. — M. Prieur, professeur d'histologie, est nommé directeur de l'Ecole pour trois ans à partir du 1er novembre 1920.

— MARSEILLE. — M. Corsy est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

M. Chauvin est institué pour une période de neuf ans professeur suppléant de chirurgie.

M. Vayssière est institué pour uue période de neuf ans professeur suppléant d'obstétrique.

M. Gleize-Rambal est nommé prosecteur d'anatomie et de médecine opératoire.

M. Aubert est nommé chef des travaux anatomiques et physiologiques.

M. Fabrègue est nommé chef des travaux de pharmacie et de chimie biologique.

MINISTÈRE DE LA GUERRE. — Le *Journal officiel* du 3 décembre publie un avis relatif à l'ouverture des concours pour l'attribution des titres de médecin des hôpitaux militaires, chirurgien des hôpitaux militaires, pharmacien chimiste des hôpitaux militaires. Ces concours s'ouvriront au Val-de-Grâce le 3 novembre 1921, à 8 heures.

Les épreuves complémentaires pour l'obtention du titre de spécialiste auront lieu à une date qui sera ultérieurement fixée.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Il est institué une Commis-

sion chargée d'étudier les meilleures conditions de transport, de répartition, de vente et de contrôle du lait particulièrement dans les grandes villes. En font notamment partie M. le prof. Pinard, président, MM. les Drs Bordas, Marfan, les prof. Moussu et Porcher, Mme la doctoresse Mulon.

LA SOCIÉTÉ DES NATIONS ET LA LUTTE CONTRE LE TYPHUS. — La Société des nations vient de voter la résolution suivante proposée par M. Nansen.

« Le président est invité à nommer une commission composée de délégués à l'assemblée, au nombre de cinq, afin d'étudier la question des sommes nécessaires pour poursuivre la campagne contre le typhus et prendre toutes les mesures possibles pour les trouver avant la clôture de l'assemblée. »

Le Gouvernement français a fait connaître qu'il était disposé à contribuer aux dépenses de la campagne antityphique pour une somme de 50.000 livres.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — PRIX A DÉCERNER EN 1921. — En décembre 1921, dans sa dernière séance, la Société de Médecine de Paris décernera le *prix Duparcque* (3.000 fr.) à l'auteur du meilleur mémoire en français sur le sujet suivant :

« Des moyens d'apprécier l'activité fonctionnelle du foie. Leur application à la médecine, à la chirurgie et à l'obstétrique. »

Les mémoires inédits et anonymes porteront une épigraphe reproduite sur une enveloppe cachetée, renfermant le nom et l'adresse de l'auteur; ils devront être déposés avant le 15 octobre 1921, dernier délai, au siège de la Société, 51, rue de Clichy, ou chez le Secrétaire général Dr P. Blondin, 3, rue Cernuschi (XVIIe).

Le *prix Alfred Guillon* (300 fr.) sera décerné au meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les maladies des voies urinaires (sujet au choix des auteurs).

Seuls les membres titulaires et honoraires de la Société ne sont pas admis à concourir.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE. — La séance solennelle annuelle aura lieu le mardi 14 décembre 1920 à 4 h. 1/2 précises à l'hôtel des Sociétés savantes, 8, rue Danton, sous la présidence de MM. les ministres de l'Instruction publique, de l'Agriculture et de l'Hygiène, et de M. le prof. H. Roger, doyen de la Faculté de médecine de Paris.

OFFICE DÉPARTEMENTAL D'HYGIÈNE SOCIALE DE L'HÉRAULT. — Un concours pour la nomination de deux médecins attachés aux dispensaires de l'office (section tuberculose) aura lieu à Montpellier le 10 janvier 1921.

Ce concours comprendra :

Epreuves d'admissibilité : 1° épreuves sur titres; 2° épreuve clinique.

Epreuves d'admission : épreuve sociale, épreuve pratique de radioscopie clinique, épreuve de bactériologie clinique, législation sanitaire.

Le traitement alloué à ces médecins sera de 14.000 fr. en 3e classe, 16.000 fr. en 2e classe, 18.000 fr. en 1re classe. Une hors classe et une classe exceptionnelle seront créées ultérieurement.

Les demandes doivent être adressées à M. le préfet de l'Hérault avant le 1er janvier 1921.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser à M. le secrétaire général de l'Office départemental d'hygiène sociale, rue Auguste-Broussonnet, à Montpellier.

L'ORCHESTRE MÉDICAL, dont on n'a pas oublié les magnifiques concerts d'avant-guerre, est en voie de réorganisation.

Son Comité fait appel à tous les confrères instrumentistes, ainsi qu'aux membres de la famille médicale (femmes, fils et filles de médecins) et aux étudiants en médecine.

Les adhésions doivent être adressées avant le 5 janvier à M. le Dr Richelot, président, 3, rue Rabelais (VIIIe) ou à M. le Dr Destouches, secrétaire général, 4, rue Thénard (Ve).

Une assemblée générale, où seront fixées les diverses questions de fonctionnement de l'orchestre (cotisations, répétitions, concerts, etc.), réunira les adhérents dans le courant de janvier.

CORRESPONDANCE

A PROPOS DES CERTIFICATS DE LAIT

Mon cher Directeur,

A l'appui de la note que vous avez publiée dans la *Gazette* (1) sur la question des certificats de lait, permettez-moi de vous raconter quelques faits dont je viens d'être témoin pour ne pas dire victime. A mesure qu'on avance dans la carrière, il est des choses qui, dans la jeunesse, vous auraient troublé et qu'on prend philosophiquement se hâtant, comme Figaro, de rire de tout de peur d'être obligé d'en pleurer.

Il y a quelques jours, une de mes vieilles clientes me demande un certificat de lait. J'ignorais encore le nouveau règlement préfectoral.

Au commissariat de police où se trouve déposée ma signature, on l'envoie à la mairie de son arrondissement. Là, une jeune femme lui dit que son certificat ne vaut rien, que mon nom n'est pas sur la liste des médecins ayant, seuls, le droit de délivrer ces certificats, et qu'elle doit aller trouver le Dr X..., lui remettre 10 fr., moyennant quoi elle aura son certificat. Ma cliente répond qu'elle ne veut pas avoir affaire à d'autres médecins que le sien et qu'elle aime mieux se passer de lait.

Le lendemain, je suis appelé, dans un quartier excentrique, pour y voir une ancienne malade que je traite depuis de longues années et qui m'est toujours restée fidèle. (Il y en a encore comme cela.) Elle connaissait le nouveau règlement, elle va directement à sa mairie. On lui donne l'adresse du médecin qui, seul, peut lui livrer ce certificat. Ce médecin, paraît-il, la reçoit d'une façon charmante, l'interroge, et tout en lui disant qu'il n'a pas le droit de lui donner une consultation, lui fait entendre qu'il connaît très particulièrement la maladie dont elle est atteinte, lui donne quelques conseils et finalement lui fait une ordonnance. Aussitôt rentrée chez elle, elle me téléphone de venir la voir, car, elle ne voudrait rien faire sans mon assentiment.

Très franchement, très naïvement, elle m'avoue que ce jeune confrère lui a beaucoup plu et qu'à l'avenir, si elle ne voulait pas me déranger, elle aurait très volontiers recours à lui.

Une troisième cliente m'a demandé comment il se faisait que, dans ma situation, étant donnée ma notoriété (elle exagère) je fusse obligé d'avoir recours à un médecin plus jeune et moins connu (toujours l'exagération) pour lui faire avoir du lait.

On m'a raconté qu'un médecin des hôpitaux, ayant besoin de lait pour un de ses enfants, avait été lui-même chez le médecin, seul qualifié pour lui délivrer ce certificat et qu'il était tombé chez un de ses anciens externes qui s'est trouvé très confus de cette situation. Il y a de quoi.

Ne vous semble-t-il pas, après cela, que ce nouveau règlement est humiliant pour les praticiens de Paris dont on paraît mettre en suspicion la conscience professionnelle, qu'il lèse leurs intérêts et qu'il accorde un véritable privilège à une catégorie de médecins, évidemment très honorables, mais n'étant pas mieux qualifiés que leurs confrères des hôpitaux, pour ne citer que ceux-là, pour formuler des certificats de lait.

Je ne sais dans quel cerveau a pu germer cette idée, au fond bien ridicule, d'interdire à l'immense majorité des médecins de formuler un certificat de lait. Mais pour peu qu'on y réfléchisse, cela peut nous mener loin; qui sait si demain on ne nous interdira pas de prescrire de la morphine, de la cocaïne ou du chloroforme? Nous sommes loin des avantages que nous donnait le titre de docteur au bon temps de Molière où l'on nous concédait « Virtutem medicandi » ou même « occidendi impune per totam terram ».

UN VIEUX PRATICIEN.

(1) *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 99, p. 1578.

REVUE GÉNÉRALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

ET

AFFECTIONS CUTANÉES

Par le Dr Georges THIBIERGE,

Médecin de l'hôpital Saint-Louis, Membre de l'Académie de médecine, Médecin expert près le Tribunal de la Seine.

La loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail ne s'applique qu'aux lésions provoquées directement par un fait fortuit et accidentel, étranger aux conditions normales et habituelles du travail professionnel, fait fortuit dont la réalité peut être attestée par témoins. Elle laisse hors de son action les affections résultant de l'exercice normal de la profession.

Une loi récente, due à l'initiative et aux efforts persistants de M. J.-L. Breton, actuellement ministre de l'Hygiène et de la Prévoyance sociales, loi promulguée le 25 octobre 1919, a étendu à certaines maladies d'origine professionnelle, et sous des conditions spéciales, le bénéfice de la loi sur les accidents du travail. Cette loi ne s'applique actuellement qu'aux maladies résultant de l'emploi du plomb et du mercure ; mais elle pourra être étendue ultérieurement à d'autres maladies professionnelles et, parmi celles auxquelles on prévoit son extension possible figurent les affections cutanées provoquées notamment par la manipulation de produits chimiques irritants, affections cutanées qui, dans certaines législations étrangères, ouvrent déjà droit à une indemnité.

Ce n'est pas le lieu de discuter la légitimité de cette extension et de faire valoir les raisons médicales, juridiques et sociales qui peuvent s'y opposer.

Il me suffit ici de constater que, actuellement, les ouvriers atteints de dermatoses d'origine professionnelle ne peuvent pas se réclamer de la loi du 9 avril 1898, et ne bénéficient pas de la loi du 25 octobre 1919.

Il s'en faut cependant que des ouvriers ne cherchent à se prévaloir de la première de ces lois lorsqu'ils sont atteints d'une dermatose professionnelle. Et, dès l'abord, il importe d'exposer quand et pourquoi une dermatose doit être réputée d'origine professionnelle, ou comme le résultat d'un accident du travail.

Quelques exemples permettront de fixer les idées.

On a vu, pendant la guerre, apparaître chez les ouvriers tourneurs d'obus, une dermatose singulière, caractérisée par le développement, sur les parties en contact avec l'huile de graissage, de pustules acnéiformes plus ou moins larges. Cette affection, débutait insidieusement par des points noirs, correspondant aux orifices des glandes de la peau, constituant une sorte d'encrage de ces orifices et rappelant les comédons acnéiques. On ne tarda pas à constater que ces points noirs traduisaient l'oblitération des orifices glandulaires par un mélange de graisse et de particules métalliques, et que l'affection avait pour cause l'usage, comme lubrifiants dans le tournage des obus, d'huile de graissage de qualité inférieure, huiles qui, servant indéfiniment sans être décantées et épurées, se chargeaient de particules d'acier. Cette dermatose (1), qui reçut le nom de « bouton d'huile » se produisit avec une extrême fréquence. Une note du ministère de l'Armement et une discussion à la Société de médecine légale établirent, en se basant sur l'évolution des lésions, qu'il s'agissait d'une dermatose à évolution lente et progressive, et non à début brusque et subit, d'une dermatose professionnelle et non, comme le prétendaient certains ouvriers, d'un accident du travail.

Certes, l'huile employée était de mauvaise qualité et était utilisée dans des conditions anormales, mais il n'y avait pas d'accident à proprement parler. D'ailleurs avec des soins de propreté, on pouvait prévenir le développement de cette dermatose et, lorsque les ouvriers furent astreints à ces soins, l'affection disparut progressivement.

Autre exemple. Les ouvriers nickeleurs, pour décaper les objets métalliques à nickeler, les plongent généralement à l'aide de pinces munies de mors en bois, dans des bains acides : ces bains émettent des vapeurs irritantes, qui provoquent des dermites à type d'eczéma ; l'immersion des objets dans le bain est souvent l'occasion de projection de gouttelettes liquides qui déterminent des brûlures peu étendues et la formation de minimes phlyctènes se confondant dans la dermite due aux émanations acides. Il s'agit, dans ces cas, de lésions dues à l'exercice normal de la profession. Divers jugements ont établi qu'il ne pouvait être question d'accidents du travail.

Mais, qu'un ouvrier nickeleur, par suite d'une maladresse ou d'un faux mouvement, laisse tomber brusquement dans le bain la pièce à décaper, et soit largement éclaboussé, ou qu'il plonge la main dans le bain pour en retirer sa pince, qu'il y tombe ou y soit projeté par un camarade, il s'agit d'un accident : la dermite ou la brûlure qui en résultera lui donnera droit aux indemnités prévues par la loi du 9 avril 1898.

Il y a donc des circonstances de fait, variables à l'infini, dont l'appréciation appartient au juge, mais sur lesquelles le médecin peut être appelé à formuler un avis.

Ce sont souvent des nuances, des arguties qui séparent un accident du travail d'une dermite d'origine professionnelle, nuances très juridiques au fond, mais parfois difficiles à comprendre pour les esprits simplistes que sont habituellement les ouvriers ignorants des subtilités du droit.

En fait, lorsque l'accident constitutif est établi, ou est vraisemblable, lorsque la dermite revêt nettement les caractères d'une poussée aiguë, alors même qu'il y a un doute sur ses relations précises avec l'accident, les tribunaux font profiter l'ouvrier du doute et leur pratique doit guider l'expert, lorsqu'il est amené à formuler des conclusions dans des litiges de ce genre.

Distraction faite des dermatoses d'origine professionnelle, un certain nombre d'affections cutanées rentrent dans le cadre des accidents du travail, à titre de suites immédiates ou de complications plus ou moins tardives de ces accidents.

Elles soulèvent des questions embarrassantes, que les traités de médecine légale ont presque toutes laissées de côté, et dont la solution exige du méde-

(1) G. Thibierge. Le « bouton d'huile » des tourneurs d'obus au point de vue clinique et médico-légal, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 12 mars 1918, p. 208.

cin à la fois une connaissance précise de la dermatologie, notamment de l'étiologie et de l'évolution des dermatoses en même temps que des conditions d'application de la loi de 1898 et de la jurisprudence qu'elle a suscitée.

Ces questions, quelque peu disparates, ont trait :

A l'étiologie des dermatoses relevant d'accidents du travail;

A leur évolution, à l'appréciation de l'évolution normale de ces dermatoses ou de leur évolution anormale dérivant de soins insuffisants ou défectueux;

Aux infirmités permanentes qu'elles peuvent engendrer;

A la simulation de ces dermatoses.

Sans revenir sur la distinction à établir entre les dermatoses d'origine professionnelle et celles résultant d'accidents du travail, il faut noter, au point de vue de l'étiologie et des conditions constitutives de l'accident du travail que d'une part ces conditions sont assez strictes et que d'autre part les faits qui y donnent lieu sont souvent inattendus et des plus variables.

Des brûlures peuvent être produites par la rupture d'un récipient (tourie, bouteille, appareil de distillation ou de condensation, etc.) renfermant des substances caustiques; des dermites aiguës peuvent dans ces conditions être causées par le contact de substances irritantes renfermées dans ces récipients : cela s'observe dans toutes les industries chimiques; cela s'est vu fréquemment pendant la guerre dans les usines d'explosifs.

Des brûlures et des éruptions peuvent être provoquées, non seulement par la rupture d'un récipient, contenant des substances irritantes, fait grossièrement apparent, mais encore par le dépôt accidentel sur les outils dont se sert l'ouvrier, par le mélange accidentel aux substances qu'il manipule de corps caustiques ou irritants; qu'une certaine quantité d'acide tombe sur le manche d'un outil et occasionne une brûlure à l'ouvrier qui s'en sert : accident du travail; qu'une poudre irritante se trouve mélangée du fait d'une explosion ou d'une erreur aux poudres ou aux poussières qu'il est appelé à manipuler : accident du travail. A la suite d'un des raids d'avions allemands sur Paris en 1918, une bombe avait explosé dans l'atelier d'un plombier : un de ses ouvriers, après avoir nettoyé l'atelier et enlevé des décombres fut pris de l'éruption à type dyshidrosique qui a été observée à la suite de la manipulation des explosifs à base de trinitrotoluène; avec mes collègues J. Socquet et Kling, nous avons conclu dans notre rapport d'expertise qu'il s'agissait d'un accident du travail.

Les dermatoses ne sont pas seulement des suites immédiates d'accidents du travail; elles en peuvent être les conséquences plus ou moins éloignées et tardives.

A la suite d'une plaie banale, soignée d'une façon très approximative et le plus souvent très insuffisante, apparaît une *dermite eczématiforme* plus ou moins étendue : si on cherche la cause de cette dermite, on apprend qu'il a été appliqué de la teinture d'arnica, qu'il a été fait des badigeonnages répétés de teinture d'iode, des pansements avec de l'eau oxygénée concentrée, avec de l'acide picrique, qu'il a été appliqué des pommades au salol, à l'iodoforme, de la pommade de Reclus, toute une série de topiques dont les effets irritants sont bien connus et dont l'usage devrait être abandonné. Cette dermite, donc, s'éternise, s'étend souvent assez loin. C'est encore la suite d'un accident du travail; celui-ci a été mal soigné, c'est entendu, mais tant qu'il n'y a pas faute manifeste et grave du médecin ou du blessé (1), ce dernier a droit à son demi-salaire, l'accident n'étant pas « consolidé », suivant l'expression adoptée au Palais.

D'autres fois, des *pyodermites* du type de l'ecthyma ou du furoncle, précédées ou non de dermite eczématiforme, sont nées au voisinage de la plaie initiale; elles se multiplient par auto-inoculation, se disséminent sur toutes les parties du corps et leurs poussées successives durent indéfiniment. Ce sont encore des suites d'accident du travail.

L'interprétation peut être singulièrement difficile lorsque des pyodermites ont précédé l'accident et ont continué de se produire après, se développant au pourtour de la plaie pour se généraliser de nouveau : c'est par une étude très attentive de l'évolution des lésions qu'on peut arriver à reconnaître si, oui ou non, les lésions doivent être rattachées à l'accident.

Des traumatismes, même légers, voire insignifiants, sur les jambes, peuvent, surtout lorsqu'ils sont soignés d'une façon défectueuse, devenir l'origine d'*ulcères variqueux* : l'insuffisance des soins est patente, mais difficile à établir.

Des *mycoses* peuvent être inoculées à la suite ou à l'occasion d'accidents du travail, blastomycose, trichophytie à forme folliculaire et surtout sporotrichose : cette dernière, par sa longue durée, par la longueur de son traitement, par les incapacités permanentes de travail que certaines de ses localisations (os, articulations) peuvent entraîner, présente un certain intérêt.

Le *charbon*, chez les mégissiers et les ouvriers en corne, a été longtemps regardé par les tribunaux comme une maladie d'origine professionnelle et non comme un accident du travail (2); une jurisprudence plus récente range, dans certaines conditions, la pustule maligne parmi les accidents du travail.

Deux infections, plus fréquentes que les précédentes, donnent lieu à des interprétations parfois délicates et sont particulièrement intéressantes au point de vue des accidents du travail, la tuberculose et la syphilis.

La *tuberculose* peut, à la suite de traumatismes, se développer dans des conditions variées. Elle peut être inoculée au moment même de l'accident, le corps vulnérant étant chargé de virus tuberculeux : il en est ainsi chez les infirmiers coupés par des débris de crachoir, chez les garçons d'amphithéâtre blessés dans une autopsie; elle peut être inoculée accidentellement pendant ou à l'occasion des pansements d'une plaie quelconque, le virus provenant de sources variées, humaines ou animales; et cette source peut être le sujet lui-même (auto-inoculation par les crachats).

Elle revêt le plus habituellement le type de la

(1) Un arrêt récent (21 avril 1920) de la Cour de cassation déclare que « le traitement médical formant avec le traumatisme un tout indivisible, l'incapacité de travail qui en résulte est une conséquence directe et immédiate de l'accident, et, comme telle, confère à la victime le droit aux indemnités prévues par l'article 3 de la loi du 9 avril 1898 » et qu' « une simple négligence ou imprudence de la victime est impuissante à priver celle-ci du bénéfice de la loi du 9 avril 1898 ». (Voir *Gaz. des hôpit.*, 25 nov. 1920, p. 1588.)

(2) Cour de cassation, chambre des requêtes, 3 nov. 1903 (*Le Droit*, 9 janv. 1904, Sirey, 1905, I, p. 271. — Cour d'appel de Paris, 11 août 1905 (*Gaz. du Palais*, suppl., nov. 1905, p. 523).

tuberculose verruqueuse, rarement celui de gommes; elle peut se localiser au niveau et au voisinage immédiat du point d'inoculation, ou atteindre les ganglions, voire se généraliser aux poumons et aux viscères, comme dans le cas célèbre de Laennec.

Chez un sujet indemne de tuberculose avant l'accident qui a été suivi d'inoculation locale et de généralisation tuberculeuse, cette dernière doit être imputée à l'accident.

Lorsque, au contraire, il s'agit d'une auto-inoculation cutanée chez un sujet atteint de tuberculose pulmonaire, les lésions locales sont seules les conséquences de l'accident; l'ouvrier touchera donc son demi-salaire jusqu'à la consolidation de celles-ci et rien de plus. Il est parfois extrêmement difficile de reconnaître si les lésions viscérales étaient ou non antérieures à l'accident.

Dans un cas que je viens d'observer, un ouvrier tuberculeux pulmonaire se blesse au niveau de la bordure d'une tuberculose verruqueuse à forme serpigineuse et torpide du dos de la main : il en résulte une suppuration à forme gommeuse qu'il faut cautériser largement; la cautérisation, pour être efficace, doit porter sur le placard verruqueux tout entier. L'accident ayant provoqué une aggravation, si limitée qu'elle soit, de la lésion antérieure et nécessité une intervention qui sans lui aurait pu être différée, l'ouvrier avait droit au demi-salaire jusqu'à la cicatrisation définitive de sa lésion verruqueuse.

Les rapports de la *syphilis* avec les accidents du travail soulèvent une série de questions intéressantes.

Tout d'abord, certains ouvriers peuvent, dans l'exercice et du fait de l'exercice de leur profession, contracter la syphilis. Il en est ainsi chez les verriers : la canne à souffler le verre passe directement de la bouche de l'un à l'autre des deux ouvriers d'une même équipe : que l'un d'eux soit porteur de plaques muqueuses de la bouche et l'autre est à peu près fatalement contaminé. La syphilis ainsi contractée est-elle un accident du travail? Les médecins ont soutenu, avec un certain nombre de juristes, qu'il était impossible de déterminer à quelle date et dans quelles circonstances s'était produite l'excoriation nécessaire à l'inoculation de la syphilis, de préciser les circonstances constitutives d'un accident; ils ont soutenu que la syphilis, avec ses suites éloignées, ses répercussions sur l'entourage du sujet et sa descendance, ne pouvait être équitablement indemnisée par le jeu de la loi de 1898 (1), qui indemnise pour le dommage causé à la seule victime de l'accident, enfin que la transmission de la syphilis dans les verreries serait supprimée si les patrons en écartaient les ouvriers atteints de syphilis et qu'en négligeant cette précaution ils encouraient une responsabilité différente de celle envisagée par la loi de 1898. Toute une série de jugements et d'arrêts consacrent une jurisprudence contraire et ont jugé que la syphilis des verriers est un accident du travail, donnant droit au demi-salaire pendant la période d'activité initiale de la syphilis et laissant, après « consolidation de la blessure » une incapacité permanente (c'est la solution juridique qui permet d'attribuer à l'ouvrier une indemnité forfaitaire pour les soins qu'il devra suivre et les accidents ultérieurs dont il pourra être atteint) dont les tribunaux fixent généralement le taux à 20 ou 25 p. 100.

(1) L. Perrin. Responsabilité civile d'un patron verrier dans un cas de syphilis contractée par un de ses ouvriers souffleurs, *Ann. de dermat.*, 1903, p. 263. — G. Thibierge. Sur la responsabilité civile en matière de contamination syphilitique, *Bull. de la Soc. de méd. légale*, juillet 1906, p. 203.

Dans quelques professions (cordonniers, tapissiers, etc.), les ouvriers ont l'habitude de mettre des clous dans leur bouche où ils les puisent au fur et à mesure de leur travail; parfois ils se passent ces clous de l'un à l'autre et, si l'un d'eux est porteur de plaques muqueuses buccales, ses camarades peuvent être contaminés, ainsi que P. Spillmann (1) et moi-même (2) en avons vu des exemples.

Des infirmiers peuvent, au contact d'un instrument ou d'un pansement infecté, prendre la syphilis : il s'agit indubitablement, lorsque le fait est prouvé, d'un accident du travail (3).

J'ai vu chez un employé du service des coupons d'une grande compagnie un chancre de la barbiche consécutif, suivant toute vraisemblance, à la manipulation de coupons, préalablement imbibés de la salive avec laquelle un encaisseur syphilitique s'était mouillé les doigts pour les compter : cet employé avait la manie de se tordre la barbiche avec les doigts.

Chez un ouvrier mordu dans une rixe survenue à l'occasion du travail par un camarade porteur de plaques muqueuses buccales, la syphilis serait encore un accident du travail.

De même, qu'à la suite d'un accident, la plaie soit contaminée fortuitement, pendant les pansements, la syphilis serait la conséquence de l'accident : il en est parfois ainsi à la suite de blessures des paupières ou de corps étrangers, de la conjonctive, que les ouvriers ont la déplorable habitude de chercher à extraire avec un tortillon de papier imprégné de salive, voire même avec la langue (J. Socquet).

Des traumatismes peuvent servir de point d'appel à des localisations de la syphilis tertiaire sur le tégument (4) : ces faits sont beaucoup plus rares qu'on ne le dit généralement; lorsqu'ils se produisent à la suite d'accidents du travail, l'ouvrier a droit au demi-salaire jusqu'à la guérison complète des lésions syphilitiques (gommes ou syphilides ulcéreuses ou non) ainsi provoquées par le traumatisme.

Diverses affections cutanées constatées à la suite d'accidents du travail peuvent, dans certains cas, être regardées comme des conséquences de ces accidents.

On a décrit des formes de *purpura* consécutives aux traumatismes (5) : un purpura à type de maladie de Werlhof, développé dans les 24 heures, même dans les trois ou quatre jours suivant un accident du travail, surtout lorsque l'accident a intéressé le système nerveux, doit être considéré comme en rapport avec lui. En outre, il existe des purpuras infec-

(1) P. Spillmann. Contribution à l'étude du chancre buccal. *Revue méd. de l'Est*, 15 nov. 1898.

(2) G. Thibierge. La syphilis peut être un accident du travail chez les ouvriers tapissiers et cordonniers, *Bull. de la Soc. de méd. légale*, janv. 1920, p. 14.

(3) Il peut en être de même du chancre simple. Je viens de voir (*Bull. de la Soc. de méd. légale*, juin 1920, p. 108) un infirmier qui, à la suite d'une blessure qu'il s'était faite en nettoyant un bistouri ayant servi à l'incision d'un bubon, a été atteint de chancre simple du doigt.

(4) Je ne parle ici que des lésions cutanées : les gommes osseuses peuvent se développer à la suite de fractures, en entraver la consolidation; il peut se poser à leur propos la question souvent délicate de savoir si la lésion syphilitique est antérieure ou postérieure à l'accident, si même la chute invoquée n'est pas la conséquence d'une fracture spontanée au lieu d'être un accident.

(5) G. Thibierge. Traumatisme et purpura, *Bull. de la Soc. de méd. légale*, mai 1913, p. 103.

tieux, consécutifs à des plaies septiques, principalement à des traumatismes des voies urinaires et des purpuras par stase, survenant lorsqu'un blessé retenu longtemps au lit par un traumatisme, principalement une fracture des membres inférieurs, vient à se lever. Dans ces divers cas, le purpura doit être considéré comme la conséquence de l'accident.

Le *psoriasis* (1) a été signalé comme la conséquence d'accidents du travail et attribué soit à l'accident lui-même soit à l'émotion qu'il a provoquée. En l'état actuel de nos connaissances, les causes du psoriasis sont des plus incertaines : aucune des théories proposées pour expliquer le développement de cette affection n'est reconnue exacte; la preuve n'est pas faite qu'un traumatisme peut provoquer l'éclosion du psoriasis. Ainsi qu'il est de règle pour la solution des problèmes médico-légaux, il faut faire abstraction des théories, examiner les faits avec impartialité, appliquer à leur interprétation le simple bon sens et souvent s'en tenir à la logique parfois trop sommaire que résume la formule : *post hoc, ergo propter hoc*.

Chez un psoriasique d'ancienne date, atteint à la suite d'un accident sans importance d'une poussée analogue à celles qu'il a déjà présentées, il n'y a pas lieu d'admettre l'influence de l'accident.

Au contraire, à la suite d'un accident grave, ayant provoqué une émotion vive, l'apparition rapide, chez un sujet jusque là indemne de psoriasis, d'une éruption psoriasique plus ou moins intense doit faire conclure qu'il s'agit d'un psoriasis traumatique; la blessure ne sera « consolidée » qu'après la disparition de l'éruption.

J'estime que, une fois l'éruption guérie, l'ouvrier n'a pas droit à une indemnité pour les poussées psoriasiques dont il pourrait être ultérieurement atteint : en effet, quelle que soit la pathogénie encore inconnue du psoriasis, il faut admettre une prédisposition personnelle du sujet à cette affection, prédisposition indépendante de l'accident; celui-ci n'a fait que donner prétexte à l'entrée en activité de la maladie, il n'intervient plus dans son évolution ultérieure. La difficulté, chez un ouvrier atteint de psoriasis après un accident du travail, est souvent de connaître d'une façon précise ses antécédents cutanés.

C'est encore, faute d'une théorie étiologique satisfaisante et nettement établie, sur le bon sens et la logique sommaire qu'il faut se baser pour admettre l'origine accidentelle de la *sclérodermie* généralisée (1) survenant brusquement en quelques heures à la suite d'un accident du travail ou des plaques de sclérodermie localisée apparaissant à échéance plus ou moins éloignée au siège même du traumatisme.

Il est, au cours des instances d'accidents du travail, des époques où il est nécessaire d'apprécier la durée probable ou l'*évolution* des dermatoses provoqués par un accident.

Au début, le médecin devra apprécier la date probable de la reprise du travail.

Plus tard, l'expert aura à reconnaître si l'évolution en a été normale, ou si, au contraire, elle est anormale et si l'anomalie tient à un traitement irrégulier ou à l'état général du malade.

(1) TESKE. Die traumatische Psoriasis mit Rücksicht auf die Unfallheilkunde, *Monats. f. Unfallheilk.*, août 1905, p. 234. — ARANHEIM. Ein Fall von traumatische Psoriasis, *Idem*, fév. 1906, p. 36.

A ces deux ordres de questions, il est souvent impossible de donner une réponse précise; l'observation attentive et répétée du malade, et la connaissance exacte de l'évolution des dermatoses résultant d'une longue pratique peuvent seules, dans certains cas, permettre une appréciation plus ou moins formelle. Je ne saurais prétendre ici entrer dans le détail de ces appréciations qui sont essentiellement question d'espèce et ne se prêtent pas à un exposé d'ensemble.

Après la réparation, la « consolidation » de certaines affections cutanées, se pose la question de l'invalidité définitive. J'en ai parlé à propos de la syphilis. Il est un autre état morbide à propos duquel l'expert est appelé à la trancher : c'est l'ulcère de jambe, si fréquent à la suite de traumatismes sur un membre variqueux. Les récidives fréquentes après cicatrisation constituent une infirmité discontinue, empêchant par période tout travail pendant un temps variable. Pour obéir aux prescriptions de la loi de 1898, il est nécessaire d'apprécier cette invalidité discontinue comme si elle était permanente; la règle semble s'être établie parmi les experts au tribunal de la Seine (2) d'évaluer à 10 o/o le taux d'incapacité persistant après la « consolidation » d'un ulcère de jambe, et, de fait, si on interroge les sujets atteints depuis longtemps d'ulcères variqueux peu étendus, on trouve que chaque année ils ont été, eé moyenne, immobilisés pendant 25 à 30 jours, ce qui fait à peine 10 p. 100 de l'année.

Cette indemnité couvre, il faut le remarquer, toutes les reprises spontanées d'activité de l'ulcère de jambe; mais elle ne couvre qu'elles et, si un nouvel accident du travail dûment constaté se produit au même point et détermine une rupture de la cicatrice, l'ouvrier a droit au demi-salaire pendant la durée du traitement de ce nouvel accident.

La mise en vigueur de la loi sur les accidents du travail a donné lieu, comme on pouvait s'y attendre, à des abus multiples, parmi lesquels toute la série de troubles et de lésions qui ont été englobés sous le terme générique et défectueux de *simulation*.

R. Sand (de Bruxelles) a donné des faits compris sous ce nom une classification qui mérite d'être conservée (3). Il les divise en :

1° Provocation de lésions;

2° Simulation proprement dite d'une maladie inexistante ;

3° Exagération de symptômes réels;

4° Imputation à une cause donnée de manifestations qui lui sont étrangères, l'affection étant antérieure à l'accident (dissimulation) ou contemporaine de l'accident (substitution).

En tant que portant sur les téguments, les faits de « simulation » en matière d'accidents du travail rentrent dans trois seulement de ces catégories : la provocation, l'exagération, l'imputation; en effet, on ne simule pas une lésion à caractères objectifs

(1) G. THIBIERGE. Un cas de sclérodermie généralisée à début suraigu, à la suite d'un accident, *Bull. de la Soc. de méd. légale*, juillet 1915, p. 186. — DU MÊME. Traumatisme et sclérodermie, *Ann. de derm.*, déc. 1915, p. 645.

(2) G. THIBIERGE. L'ulcère de jambe suite d'accident du travail. *Bull. de la Soc. de méd. légale*, oct. 1920. — A. BROCA. *Idem*. — IMBERT (*Accidents du travail. Guide pour l'évaluation des incapacités*, Paris, 1913, p. 841) évalue cette incapacité entre 15 et 25 p. 100, ce qui est excessif.

(3) R. SAND. *La simulation et l'interprétation dans les maladies du travail*, Bruxelles, 1907.

comme une dermatose : on la provoque ou on n'en parle pas.

La *provocation* de lésions cutanées pour faire croire à un accident du travail est relativement rare, parce qu'elle expose à des poursuites pour escroquerie (1) et est plus facile à démontrer que les autres supercheries.

On voit néanmoins des ouvriers déterminer, au moyen d'agents physiques divers, des lésions cutanées qui simulent une plaie, un traumatisme, bien plus qu'une affection cutanée : à l'aide de papier de verre, de brosses, de grès, de brique pilée, etc., ou en s'exposant au frottement d'une machine, ou encore en se laissant tomber, des ouvriers déterminent des excoriations et trouvent facilement deux camarades pour attester que ces lésions sont la conséquence d'un accident.

Dans les industries où ils sont exposés au contact d'agents thermiques ou chimiques, des ouvriers n'hésitent pas à se faire volontairement avec ces agents des brûlures qu'ils attribuent à un accident au cours du travail.

Bien plus souvent, la provocation intervient pour déterminer des lésions qui compliquent les suites d'un accident et prolongent l'incapacité de travail (2).

Ces faits se relient insensiblement à ceux de lésions entretenues ou exagérées par des applications externes.

L'*exagération* des lésions est, de toutes les supercheries consécutives aux accidents du travail, la plus fréquente.

Le type le plus habituel, bien connu des compagnies d'assurances, est celui du charretier ou du manœuvre, qui, le jour même où il a été embauché, se heurte la jambe, se fait une plaie insignifiante, qui devrait guérir en quelques jours : il va se faire panser puis disparaît de l'usine, et n'y revient qu'au bout de quelques jours réclamer son demi-salaire : pendant ce temps, il a eu soin de marcher, de laisser son pansement en place ou au contraire de le défaire plusieurs fois par jour. Il peut alors montrer une plaie profonde, irrégulière, suppurante, entourée d'une zone rouge plus ou moins étendue avec des pustules disséminées. Parfois des traînées de grattage, des excoriations dénoncent des frictions faites avec une brosse dure ou des fragments de verre.

Le sujet, étant malpropre, a beau jeu à invoquer la contamination de la plaie par ses vêtements, par de la boue ou du fumier. Il est impossible de savoir exactement, surtout de prouver jusqu'à quel point cette contamination est consciente et volontaire.

D'autres ne se contentent pas de mal soigner leurs plaies; ils les irritent par des applications intempestives, surtout pansements antiseptiques irritants, teinture d'iode en badigeonnages répétés ou versée sur des tampons d'ouate laissés à demeure, solutions fortes d'acide phénique ou de sublimé, salol, iodoforme, pommade de Reclus, etc., ou par des toxiques divers, tels que l'écorce de garou, des acides faibles, etc.

De ces applications variées, souvent combinées ou alternées, résultent des lésions irritatives revêtant les formes diverses de l'eczéma, plus rarement des bulles. Savamment répétées, renouvelées au moment où la poussée va s'éteindre, et surtout les jours qui précèdent la visite du médecin de la Compagnie d'assurances ou l'examen de l'expert, elles prolongent pendant des semaines, voire des mois, la durée du traitement. Cette durée anormale est souvent le seul indice qui puisse faire soupçonner la supercherie : de ce fait qu'ils emploient des substances utilisées pour le pansement des plaies, substances dont souvent ils ont été à même de constater les effets sur leur peau à l'occasion de ce pansement, les exagérateurs ont beau jeu à prétendre que l'irritation persistante est la conséquence d'applications médicamenteuses; dans la longue série de pansements que, au cours du traitement de leur accident, des médecins divers leur ont prescrits, il s'en trouve toujours au moins un dont ils peuvent invoquer l'action irritante et qui leur sert de palladium contre tout reproche et toute poursuite.

Il est rare que les accidentés du travail provoquent des lésions cutanées plus profondes : j'ai pourtant vu dans quelques cas des lésions bulleuses analogues à celles qui ont été décrites sous le nom de pemphigus hystérique et qui sont toujours artificiellement provoquées par des vésicants tels que l'ammoniaque ou la cantharide, ou des escarres produites par l'application de caustiques chimiques.

Le diagnostic des lésions provoquées ou exagérées à la suite d'accidents du travail est, dans un grand nombre de cas, impossible à porter d'une façon formelle. Les antécédents, la marche des lésions le font soupçonner; la preuve directe fait défaut. Dans quelques cas exceptionnels, on peut cependant constater des indices révélateurs : la présence à la surface des lésions de restes d'une substance pulvérulente dont le blessé ne peut justifier l'emploi et que l'analyse chimique ou l'examen microscopique fait reconnaître pourdes agents caustiques ou vésicants; d'autres fois la configuration géométrique des lésions, révélant soit l'application d'un emplâtre dont le blessé nie s'être servi et dont la forme ronde ou ovalaire ou quadrangulaire à angles arrondis est pour ainsi dire inscrite sur le tégument, soit celle d'un liquide irritant que le malade nie avoir manié, mais dont les traînées irrégulières, orientées suivant les déclivités du membre, trahissent le contact.

L'*imputation* à un accident réel ou supposé d'une affection cutanée est assez rare. J'ai vu cependant plusieurs ouvriers prétendre qu'un zona était le résultat d'un accident du travail et leur affirmation nécessiter une expertise : il suffit de rapprocher la date de l'accident de celle où ont été constatées les lésions cutanées pour démontrer que celles-ci existaient certainement lors de l'accident : l'accident le plus souvent allégué, en pareil cas, est un « effort », et l'ouvrier peut, toujours, même s'il est de mauvaise foi en l'alléguant, donner à penser que ce qu'il a pris pour un effort était la perception, à l'occasion d'un mouvement, de la douleur symptomatique du zona.

L'érysipèle est encore assez fréquemment attribué à un accident réel ou supposé.

J'ai vu un ouvrier chercher à faire passer pour la suite d'un accident, un eczéma infecté, pour lequel il fut facile de démontrer qu'il était traité à une policlinique antérieurement à l'accident.

De même que nombre d'ouvriers atteints d'orchite blennorragique en attribuent le développement à un traumatisme ou à un effort pendant le

(1) Voir la jurisprudence des lésions cutanées, provoquées et entretenues à la suite d'accidents du travail, in *Recueil spécial des accidents du travail,* 1903-1904, p. 374, 1906-1907, p. 4 et 366, 1907 et 1908, p. 411, 1916-1917, p. 2 et 62.

(2) LE PONCIN. Contribution à l'étude de la simulation dans les accidents du travail, *Th. de Paris,* 1905-1906. — RIVALTA. *Patomimia e dermatosi simulate,* Forli, 1912. — CHAVIGNY. *Diagnostic des maladies simulées,* 2e édit., Paris, 1918.

travail, de même il n'est pas rare de voir des ouvriers, porteurs de chancre syphilitique, rapporter leur maladie à un accident du travail : l'intervalle entre la date de l'accident et celle de la constatation du chancre permet de déjouer leurs prétentions. J'ai vu récemment une infirmière qui attribuait à l'effort nécessaire pour soulever un malade couché sur un brancard, l'adénite symptomatique d'un chancre syphilitique de la vulve.

La simulation d'affections cutanées à la suite d'accidents du travail se produit, tantôt de façon sporadique, chez des ouvriers isolés, le plus souvent des manœuvres et des ouvriers sans spécialité, qui s'assurent ainsi facilement une rémunération avantageuse sans travailler, tantôt en séries plus ou moins nettes.

Il est des quartiers et des usines où elle sévit spécialement, au moins par périodes, sous l'influence de quelque mauvais exemple, à l'incitation de quelque drôle.

Elle se produit parfois, avec le concours ou même à l'incitation de certains de ces médecins, souvent tenanciers des « cliniques pour accidents du travail », qu'on désigne généralement sous le nom de « médecins marrons ». Tel celui dans la clientèle duquel se produisaient, il y a quelques années, des cas répétés d'œdème par striction; en se présentant tous quatre à une même audience de la 4e Chambre du tribunal de la Seine, quatre ouvriers, soignés par lui pour des œdèmes consécutifs à des accidents légers du membre supérieur, dénoncèrent inconsciemment l'auteur responsable de cette fraude.

Tel encore celui dont me parlait récemment un de mes amis, médecin d'une Compagnie d'assurances et dans la clientèle duquel fourmillaient des ulcérations singulières : une enquête permit d'établir qu'il pansait les plaies avec une solution acétique concentrée; un avertissement catégorique lui fut donné et mit fin à cette industrie. Les faits de ce genre ne sont pas exceptionnels : c'est un sujet douloureux sur lequel je n'insisterai pas davantage.

La difficulté du diagnostic de la simulation des affections cutanées à la suite des accidents du travail encourage singulièrement les fraudes : elle rend les poursuites rares, les condamnations plus rares encore, alors que les aggravations d'accidents sont fréquentes, beaucoup plus fréquentes encore que ne le soupçonnent les médecins des Compagnies d'assurances.

La répression pénale, c'est-à-dire la condamnation pour escroquerie à des dommages-intérêts et à l'emprisonnement, est donc insuffisante pour les prévenir.

Pour lutter efficacement contre elles, il faudrait pouvoir soumettre les blessés au contrôle réel des Compagnies d'assurances, les hospitaliser d'office dès que cela semble nécessaire. La loi française ne le permet pas. Il serait pourtant d'un intérêt général de ne pas laisser inactive et sans profit pour le pays une partie de la main-d'œuvre si nécessaire à la reprise de la vie industrielle et plus encore peut être de ne pas laisser se propager, dans les classes ouvrières, un facteur de démoralisation, qui dénature une loi d'une haute portée sociale.

La législation allemande a apporté à l'abus que je signale et à bien d'autres, un remède efficace : l'ouvrier peut, lorsque les suites d'un accident se prolongent d'une façon anormale, être mis en demeure d'entrer à l'hôpital pour y subir un traitement approprié et, s'il s'y refuse, s'expose à voir diminuer sa rente d'invalidité.

Cette législation, nos compatriotes d'Alsace et de Lorraine en ont fait l'expérience jusqu'en 1918 : ouvriers aussi bien qu'industriels et que médecins en ont reconnu la supériorité et l'influence moralisatrice ; tous sont unanimes à demander qu'elle reste en vigueur dans les provinces reconquises et à souhaiter qu'une législation analogue soit édictée pour toute la France.

Après m'y être initié en Alsace, je suis convaincu qu'elle mettrait fin aux abus que je viens de signaler, comme à bien d'autres, qu'on voit s'abriter derrière la loi du 9 avril 1898.

CHRONIQUE

LES ANCIENS HOPITAUX ET LE NOUVEL HOPITAL DE LYON

Lyon a subi le sort de toutes les grandes villes françaises, il est surpeuplé et comme le surcroît d'habitants est en raison directe du chiffre de la population d'avant-guerre et du degré d'activité industrielle de la région, les services hospitaliers de la grande cité sont actuellement trop peu nombreux et trop exigus, manifestement au-dessous de ses besoins.

D'autre part, non seulement ces hôpitaux ne sont plus assez vastes, mais ils sont notoirement en retard sur nos connaissances hygiéniques et médicales actuelles et sur les exigences de la science moderne. Un court séjour sur les bords du Rhône m'a permis récemment de constater cette regrettable infériorité. J'ai pu visiter l'un des services les plus importants — et sans doute les mieux installés — du plus grand des hôpitaux de Lyon, l'Hôtel-Dieu. Les Lyonnais sont justement fiers de ce beau monument, de ses lignes élégantes et majestueuses, de la forme gracieuse de ses dômes, du cachet de grandeur qu'il donne aux quais du fleuve. Mais si l'édifice qui mêle dans son architecture tant de pensées et tant de styles, qui renferme en lui tant d'histoire locale, est, à n'en pas douter, une œuvre imposante dont personne ne peut souhaiter la disparition, quelle désillusion lorsque l'on pénètre à l'intérieur! Tout y est noir, triste, d'aspect sale et lamentable et un hôpital de ce genre au XXe siècle surprend et choque comme un anachronisme. Les murs, qui semblent couverts d'une lèpre incurable, les cours étroites et sombres, tout sue la vétusté, la tristesse et l'ennui ; les grands escaliers de pierre sont froids et incommodes, leurs paliers ont disparu, détruits par les aménagements auxquels on fut, d'année en année, contraint; les salles immenses, mais pleines de détours incommodes, de recoins invraisemblables, sont mal éclairées, mal ventilées, inchauffables en raison de leur hauteur excessive et la salle du dôme est, à tous ces points de vue, quelque chose de vraiment inattendu ; les parquets menacent ruine et d'immenses cloisons vitrées que leurs dimensions rendent impossibles à tenir propres divisent un peu au hasard ces pièces démesurées ; les salles d'opération ont pu être des modèles vers 1830, elles sont aujourd'hui des causes d'étonnement attristé et les laboratoires sont à peu près inexistants. Inutile de chercher ici, malgré la sollicitude et l'ingéniosité des chefs de service, la moindre trace du confort que nous considérons

aujourd'hui comme indispensable aux malades et à ceux qui les soignent, ni de l'hygiène qui doit régner en maîtresse dans un établissement hospitalier. L'ensemble forme une chose antique, respectable, mais vraiment par trop éloignée de nos conceptions présentes. Si « les uns après les autres, les âges peuvent se lire sur ces vieux murs » (1), à la vérité il en manque un, l'âge actuel, dont il n'y a pas trace et l'archéologie n'a rien qui puisse remplacer, pour des hommes qui souffrent, les améliorations que le progrès a apporté à leur sort. Les hôpitaux de Lyon sont indignes de la grande cité si vivante, si agissante et, malgré qu'elle ait religieusement conservé le culte de son passé, si moderne (2). Et si je me permets d'écrire « les hôpitaux » après n'avoir visité que l'Hôtel-Dieu (et encore très incomplètement), c'est que des juges particulièrement renseignés et compétents m'ont déclaré que j'avais vu ce qu'il y a de mieux et que la Charité et l'Antiquaille m'auraient dévoilé un état de choses plus lamentable encore.

Aussi voilà-t-il longtemps que les meilleurs citoyens de Lyon demandent que l'on mette à la disposition des déshérités, frappés par la maladie, des établissements vraiment modernes, dont les services reflètent nos idées actuelles, où l'on puisse les soigner dignement avec les plus grandes chances de succès et dont toute hygiène ne soit pas exclue. Au premier rang de ceux qui menèrent ce bon combat, il faut placer deux hommes qui prirent particulièrement à cœur cette rénovation. L'un est mort prématurément, c'est Jules Courmont; l'autre est heureusement toujours à la tête de la municipalité lyonnaise, Edouard Herriot. Vigoureusement appuyés par les médecins et chirurgiens des hôpitaux ainsi que par tout ce que la grande ville renferme d'esprits scientifiques et conscients des obligations que crée la solidarité humaine, ils ont longuement travaillé et, aidés par un architecte de grand talent, M. Tony Garnier, ils ont dressé les plans d'un grand hôpital qui satisfera, je crois, les plus difficiles. C'est l'hôpital de Grange-Blanche, dont l'infrastructure est terminée et dont les pavillons commencent à s'élever. J'ai pu parcourir le chantier de construction et me convaincre que l'œuvre est vraiment des plus remarquables.

L'hôpital nouveau est, bien entendu, construit par pavillons séparés; c'est, aujourd'hui, une nécessité reconnue de tous. Ils sont ici au nombre de 17 (y compris les services administratifs et les services de garde) que la disposition du terrain a permis de répartir sur trois niveaux différents. Dans la partie la plus basse, de plain-pied avec les larges avenues qui, dans cette banlieue immédiate de Lyon, entourent tout l'ensemble, sont situés le pavillon administratif, le pavillon de garde, la consultation, le pavillon de secours et la maternité; puis une pente douce conduit au second niveau, où prennent place la plupart des pavillons, lesquels comprennent six services de médecine, six services de chirurgie, un service de gynécologie, un service d'ophtalmologie; autre pente douce, troisième niveau où l'on trouve trois pavillons de contagieux (5 services) et un pavillon de maladies des voies urinaires et de dermatologie. Ces deux derniers groupes ont chacun leur entrée spéciale, très éloignée de l'entrée principale de l'établissement.

L'une des originalités de cet hôpital est certainement la disposition de ses sous-sols, compris d'abord de façon à ce que de longues allées couvertes fassent communiquer entre elles toutes les constructions, des escaliers, des ascenseurs et des monte-charges étant là pour compenser les dénivellations que nous avons signalées. Une double circulation sera donc possible, l'une à couvert, l'autre en plein air, par les grandes allées plantées d'arbres qui séparent les pavillons. Les sous-sols de ceux-ci méritent encore une mention spéciale : ils sont entourés de cours anglaises, c'est-à-dire de larges fossés dont les bords sont en pente douce de sorte que le jour pénètre aisément dans ces pièces en contre-bas, qui ont été utilisées pour des usages variés, et abritent le plus souvent des laboratoires.

Il est impossible, on le comprendra, de décrire un plan : il faut le voir et le lire; aussi ne m'appesantirai-je pas sur les détails, malgré qu'ils soient souvent pleins d'intérêt. Je ne fais donc que signaler combien chacun des pavillons est intelligemment aménagé de manière à se suffire à lui-même, au point que son personnel est logé dans le bâtiment même; je note aussi la séparation absolue, dans les pavillons de chirurgie, des aseptiques et des septiques, chacun de ces deux groupes occupant un étage et possédant ses locaux accessoires, c'est-à-dire salle d'opération, salle d'anesthésie, salle d'attente, d'examen, etc., au complet; je n'oublie pas que des escaliers spéciaux sont réservés au personnel soignant, tandis que les gens de service et les visiteurs possèdent un autre escalier à leur usage exclusif. Enfin, il est bon de dire quelle importance de premier ordre a été accordée, dans cet hôpital, à l'enseignement. L'établissement comporte, en effet, huit cliniques, dont deux médicales et deux chirurgicales. Les pavillons qui les renferment comprennent chacun tous les services nécessaires à l'instruction des élèves, et notamment un amphithéâtre de cours parfaitement compris, des laboratoires, une salle de conférences, etc. Une clinique (terme un peu bizarre) d'anatomie et de dissection est adjointe au service des morts. J'ajouterai qu'on a eu l'heureuse idée de réserver dans chaque service, en dehors des salles communes, de nombreuses chambres d'isolement.

Je le répète, ce ne sont là que des notes prises au hasard, au milieu d'un chantier de construction ou en feuilletant un plan pas toujours aisé à interpréter. Mais ces quelques renseignements jetés sans ordre permettent de comprendre l'impression que j'ai ressentie d'un établissement grandiose, en somme, conçu d'après les idées les plus modernes et qui rendra certainement à la population lyonnaise d'immenses services. Je me permettrai néanmoins une critique d'ensemble. Le terrain sur lequel s'élèveront ces bâtiments mesure plus de 15 hectares et le total des lits prévus est de 1.200. Evidemment cela promet un hôpital aéré, où ne manqueront pas les espaces libres et où existera même, à côté des jardins, des gazons et des plates-bandes, un petit bois que l'on ménage soigneusement au cours des travaux, mais peut-être y a-t-il là un peu de gaspillage de l'espace. Moins de cent lits à l'hectare, c'est bien peu et l'on eût sans doute pu hospitaliser en ces pavillons de deux étages un plus grand nombre de malades. Dans le même ordre

(1) L. Rimaud. L'Hôtel-Dieu de Lyon, *Æsculape*, 1914.

(2) Il faut d'ailleurs reconnaître que Paris possède également quelques établissements hospitaliers qui ne lui font guère honneur. Laënnec, Saint-Louis, Ricord, par exemple. Les deux premiers ont, eux aussi, une valeur archéologique, ce qui est, ici aussi, insuffisant au point de vue de l'hygiène.

d'idées soixante lits par service, ce n'est pas beaucoup.

Car enfin, avec un nouvel hôpital ainsi compris, on ne pourra pas encore songer à désaffecter l'Hôtel-Dieu... et c'est bien dommage.

HENRI BOUQUET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 3 DÉCEMBRE 1920)

Réflexe oculo-cardiaque et radicotomie gassérienne. — MM. SICARD et PARAF présentent un cas de névralgie faciale essentielle et guéri par section de la branche du trijumeau. Or, le réflexe oculo-cardiaque très nettement positif avant l'opération pour les deux globes oculaires a fait complètement défaut après la radicotomie du côté trigémellaire sectionné. Ce cas et un autre semblable observé par les auteurs, sont la première démonstration expérimentale, chez l'homme, de la réalité de la voie centripète trigémellaire dans la mise en jeu du réflexe oculo-cardiaque.

Syndrome d'ictère hémolytique acquis au cours d'une lombricose. — M. BOURGES rapporte l'observation d'un jeune soldat sans antécédent et qui présenta, sans autre cause, qu'une lombricose nette, un syndrome d'ictère hémolytique au complet. Ce syndrome hémolytique disparut au bout de deux mois et après expulsion provoquée par la santonine de 29 lombrics. L'auteur explique par une intoxication d'origine vermineuse tous les phénomènes observés.

Le hoquet épidémique. — MM. SICARD et PARAF présentent un malade atteint de hoquet épidémique. Il sévit, en effet, en ce moment à Paris, une épidémie de hoquet, sans aucune gravité, d'une durée de deux à trois jours avec un minimum de symptômes généraux et avec une préférence marquée pour le sexe masculin. Ce hoquet épidémique avait déjà été signalé par Dufour. Les auteurs ont pu rassembler, en moins de quinze jours, 22 cas de hoquet épidémique. Le traitement consiste en tractions rythmées de langue, en compression oculaire, en distension mécanique de l'œsophage à la déglutition, en sachet de glace sur le phrénique cervical.

Les injections novarsenicales sous-cutanées quotidiennes. — M. J. MÉNET rapporte les résultats d'une pratique déjà longue du novarsenobenzol en injections sous-cutanées quotidiennes par séries de dix à quinze jours avec des intervalles de quinze jours à deux mois, selon la gravité des cas. L'auteur a expérimenté la dissolution dans l'eau bidistillée, l'huile d'olive, le sérum glucosé physiologique, un sérum glucosé phéniqué. Avec cette dernière préparation, les résultats ont été parfaits et les malades ne connaissent plus les petites réactions locales, parfois désagréables, dues aux autres dissolvants. Faciles à employer, indolores, n'exposant à aucun des dangers sérieux, parfois mortels, des injections intraveineuses, les injections sous-cutanées ont donné à l'auteur des résultats très supérieurs à ceux qu'il obtenait avec les injections intraveineuses, aussi bien dans les accidents primaires et secondaires de la syphilis que dans ses accidents viscéraux les plus tardifs.

Virulence des centres nerveux dans l'encéphalite, six mois après le début de la maladie. Virus encéphalitiques atténués. — MM. P. HARVIER et C. LEVADITI. Les centres nerveux des sujets atteints d'encéphalite peuvent être encore virulents six mois après le début de la maladie. Chez une malade dont l'affection avait débuté en janvier 1920 et qui succomba, fin juin, à une forme cachectisante du type pseudo-parkinsonien, les auteurs ont constaté au niveau des pédoncules et du locus niger, les lésions habituelles de la maladie. Les centres nerveux de cette malade se sont montrés virulents pour le lapin, mais leur virulence est atténuée. Les animaux sont morts après une incubation de plus de trois semaines (alors que les délais d'incubation par inoculation intracérébrale de virus fixe ne dépassent pas cinq à six jours). Les lésions de la maladie expérimentale sont discrètes bien que caractéristiques. La transformation d'un virus atténué en virus actif par passages répétés est impossible.

Cancer du poumon à évolution silencieuse, brutalement terminée par compression de la veine cave supérieure. — M. M. RENAUD rapporte l'observation d'un jeune homme de vingt ans qui, en pleine santé apparente, fut pris de dyspnée avec extrême angoisse, cyanose de la face, œdème en pèlerine, turgescence des veines de la face et du cou et mourut par syncope après une phase de lutte de quelques jours sans aucun autre signe de compression médiastinale. Une énorme tumeur (épithéliome atypique primitif) du poumon droit s'était, non pas propagée, mais insinuée dans le médiastin antérieur refoulant le cœur dans la partie profonde de l'hémithorax gauche. La veine cave à sa partie inférieure et l'oreillette droite étaient absolument aplaties.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 1er DÉCEMBRE 1920)

A propos des ostéomes du muscle iliaque. — M. LAPOINTE, dans une étude sur ces lésions, distingue les ostéomes d'origine inconnue et les ostéomes post-traumatiques. Le traitement chirurgical des premiers donne de bons résultats opératoires ; celui des ostéomes post-traumatiques, au contraire, ne donne que 30 p. 100 de résultats satisfaisants.

A propos du drainage dans les péritonites appendiculaires. — M. TUFFIER lit une lettre de M. Wallace qui déclare qu'il ne draine jamais quand il peut enlever l'appendice ; il draine la paroi seule dans quelques cas.

Cinq cas d'épilepsie jacksonienne opérés. — M. LECÈNE fait un rapport sur ces observations de M. Prat.

Deux cas de tétanos atypique. — M. LECÈNE fait un rapport sur deux observations de M. Prat. Un cas atypique suivi de guérison et un tétanos mortel après broiment du pied.

Phrénonévrose simulant une occlusion intestinale. — M. PRAT (rapport de M. Lecène) rapporte l'observation d'une nerveuse présentant un syndrome simulant l'occlusion avec ballonnement énorme qui céda rapidement après anesthésie générale et petite incision de la paroi abdominale.

Traitement des fractures de jambe. — M. BAUDET fait un rapport sur une observation de M. Masmonteil qui, après réduction par traction, incise le foyer et encloue les fragments avec deux chevilles d'os mort qu'il implante en croix ; il les sectionne ensuite au ras de l'os et fait très précocement marcher son malade.

Sténose médiogastrique ; résection ; suture bout à bout. — M. Pierre DUVAL rapporte cette observation de M. Moure ; opération suivie de guérison ; l'estomac, à l'écran, fonctionne parfaitement bien.

Ulcus pylorique perforé traité par pylorectomie. — M. P. DUVAL fait un rapport sur une observation de M. Grimaut, perforation datant de quelques heures. Pylorectomie, guérison.

MM. MICHON, LAPOINTE, MATHIEU ont fait également des pylorectomies d'emblée dans des cas analogues.

Traitement du cancer du rectum chez la femme (*fin de la discussion*). — M. LARDENNOIS apporte l'observation d'une malade opérée depuis 7 ans. Amputation abdomino-périnéale avec conservation du sphincter.

M. SCHWARTZ termine la discussion et étudie les cas dans lesquels il vaut mieux conserver la voie basse ; il préfère, quand il enlève le sphincter, faire un anus ventral. La gravité de l'abdomino-périnéale diminue de plus en plus. Elle tend à devenir l'opération de choix.

A propos de la topographie des lymphatiques du cordon. — M. P. DESCOMPS étudie un groupe de lymphatiques funiculaires peu connu jusqu'à ce jour.

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 9 décembre. — MM. Lepelletier, 5; Dupont, 6; Valière-Vialeix, 13; Dujarier, 10; Favory, 9; Coffin, 6; Mouls et Lonjumeau, 10; Guérin, 9; Ortodoxu, 8.

Séance du 10 décembre. — MM. Marteret, 10; Fatou, Florand et Mlle Ostwalt (Hélène), 12; MM. Blanchet, 10; Bouthillier et Lefèvre (Paul), 11; Le Clerc, 10; Béthoux, 14; Renard, 12.

Anatomie. — Séance du 9 décembre. — MM. Decoularé-Delafontaine, 7; Lebée, 11; Célice, 5; Seligmann (E.), 8; Loth, 9; Cardot, 5.

— Un certain nombre de places d'assistants suppléants de consultations de médecine ou de chirurgie générales dans les hôpitaux dépendant de l'Assistance publique à Paris seront vacantes au 1er janvier 1921. Les docteurs en médecine comptant 4 années d'internat dans les hôpitaux de Paris qui désirent être désignés pour exercer ces fonctions sont priés d'adresser leur candidature d'urgence au bureau du personnel médical de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, à Paris.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LILLE. — Après concours, M. le Dr Leclercq a été nommé chef de clinique chirurgicale infantile.

— M. le Dr Merlin, chef de clinique médicale infantile.

— M. le Dr Pierre Combemale, chef de clinique psychiatrique.

— MONTPELLIER. — Le prof. Derrien, professeur de chimie biologique a été élu doyen en remplacement du prof. Mairet, nommé doyen honoraire.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — AMIENS. — Après concours, M. le Dr Chazarain est nommé professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

— CAEN. — M. Desbouys est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

— CLERMONT-FERRAND. — Des concours s'ouvriront le 4 juillet 1921 devant la Faculté de Toulouse pour une place de suppléant des chaires de physique et de chimie, une place de suppléant des chaires de pharmacie et de matière médicale, et une place de suppléant de la chaire d'histoire naturelle. Les registres d'inscriptions seront clos un mois avant les concours

— DIJON. — Après concours, M. le Dr Guérain a été nommé chef de clinique médicale.

— M. le Dr Jean Brenot a été nommé chef de clinique obstétricale.

— LIMOGES. — M. Delotte est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

— POITIERS. — M. Velnet est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

CENTENAIRE DE L'ACADÉMIE. — Le programme des séances dans lesquelles sera commémoré le centenaire de l'Académie de médecine est ainsi fixé :

Lundi 20 décembre, à 15 h. 1/2. — (Sur invitations spéciales.) Séance solennelle, sous la présidence de M. A. Millerand, président de la République : réception et adresses des savants étrangers. Discours de M. Laveran, président de l'Académie. Discours du président de la République.

Mardi 21 décembre, à 10 heures. — M. Vaillard : *Rôle de l'Académie dans l'évolution de l'hygiène publique*, 1820-1920; M. Camus : *La vaccination antivariolique à l'Académie.* — 15 heures, M. Chauffard : *Un siècle de médecine à l'Académie.*

Mercredi 22 décembre, à 10 heures. — M. Pinard : *Un siècle de puériculture à l'Académie*; M. Meillère : *Un siècle d'hydrologie à l'Académie.* — 15 heures. M. Delorme : *La chirurgie à l'Académie, 1820-1920, esquisse historique.* — 16 heures. M. Hanriot : *Les bienfaiteurs de l'Académie.* — 19 h. 30 : banquet. — 22 heures : réception.

L'Académie de médecine n'a pas tenu séance, mardi 7 décembre ; le 14 décembre, la séance publique annuelle a consisté exclusivement dans la lecture du palmarès des prix par le secrétaire annuel.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Le prix scientifique de la fondation Lasserre est attribué, pour 1920, à M. Charles Nicolle, directeur de l'Institut Pasteur, à Tunis.

CONSERVATOIRE DES ARTS ET MÉTIERS. — M. Langlois, professeur agrégé de la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine, a été nommé professeur de la chaire d'organisation technique du travail humain au Conservatoire des arts et métiers.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MARINE. — *Au grade d'officier.* — M. Forgeot, médecin en chef de 2e classe de réserve.

AÉRONAUTIQUE. — *Au grade de chevalier.* — M. le Dr Marsaux, chef du service médical de la navigation aérienne.

RAVITAILLEMENT. — *Au grade d'officier.* — M. Gley, professeur au Collège de France.

GUERRE. — (Active.) *Au grade d'officier.* — MM. les médecins-majors Epaulard, Fischer, Grenier, Guichemerre, Jirou, Metzquer, Odinot, Roussel, Spindler, Sambuc.

(Réserve.) *Au grade de chevalier.* — MM. les m.-m Buisson, Caboche, Casanouve-Soule, Chaboux, Chabeaux, Cherel, Chevreau, Chirpaz-Cerbat, Chollet, Cleret, Collin, Cornet, Cornu (M.), Cornu (G.), Coudray, Couratte-Arnaude, Coutaz, Croizet, Cuille, Curel, Dalmon, Darmezin, Daval, Deguillaume, Dejust, Delagénière, Delapachier, Delas, Delaunay, Del Pellegrino, Depierre, Desgeorges, Dive, Dodeuil, Douzain, Dubreuil, Dumesnil, Emanaud, Erroux, Esclavissat, Fabre, Ferry, Ficheux, Filhoulaud, Flour, Fras, Frenay, Froustey, Gambier, Ganault, Gandon, Gardies, Gasquet, Gaulier, Gely, Georget, Gimbert, Goigny, Gontier, Gouhot, Groll, Guenot, Guerder, Guiard, Guillon, Guillerme, Hartmann, Hautefort, Hazard, Herbier, Herdly, Hintzy, J. Noël, Hoffmann, Hourtoulle, Houy, Hybord, Jacobs, Jacquelin, Jacquot, Jailete, Jandot dit Danjou, Jeandidier, Jossu, Juilhe, Laborie, Ladure, Lafont-Lacrampe, Lagarde, Laget, Langeron, Laquière, Larrieu, Lautard, Le Cacheux, Le Divelec, Lefavre, Lefèvre, Lehmann, Lemeland, Lemerle, Le Poncin, Leray, Lescure, Levaseur, Lévy, Loques, Loyer, Malherbe, Mantoux, Marnay, Martin, Massardier, Maurer, Mauriac, Mayeux, Melcion, Mesnager, Mesplede, Meynier, Mirabail, Mondain, Narboni, Nicolai, E. Noël, Noury, Oudiette, Padoux, Paintaud, Parcelier, Pernet, Person, Pestel, Petit, Philippe, Piedallu, Salinier, Salomon, Sarazanas, Sassy, Saussie, Schwartz, Sellst, Stutel, Surun, Teulière, Toulant, Toupet, Tournadour d'Albay, Vaillant, Vaugeou, Verrier, Villaine, Viroulaud, Vittenet, Voinot, Vuillième, Walser, Basset, Brun, Charbonnel, Chassaing Mandegou de Borredon, Dournay, Driout, Gardon, Herbinet, Lavoix, Marini, Rouhier, Zaepffel, Burucoa, Caillet, Casal, Carlet, Chaffaut, Chevannes, Chirol, Choay, Chomette, Choquet, Clair, Colmez, Colson, Consiroles, Dassy, David-Chausse, Dèche, Deleuil, Demerliac, Doyen, Druesne, Dubranle, Ducuing, Dujarier, Dufour, Duterque, Duvochel, Escalier, Esnoult, Etchevers, Favrel, Fenouil, Fillon, Fouin, Fourcade, Fournier, François, Gand, Garlopeau, Gaspais, Gautier, Genillier, Gensollen, Gervais, Giffo, Gobrecht, Godard, Godart, Grimal, Guilhou, Guillaumont, Hadjoglon, Hamon, Imbert, Jaouen, Jaubert, Jousselin, Jouve, Kahn, Kurzenne, Lacombe, Lacour, Lacq, Laflotte, Lagardère, Langagne, Lebel, Le Deschault de Monredon, Le Gal, Leroy, Lestrade, Livrelli, Loir, Longevialle, Longepierre, Lubetzki, Machefer, Mairet, Maneyrol, Marquet, Massière, Mathieu (H.), Mathieu (L.), Maufrais, Michel-Bechet, Mistarlet, Molin de Teyssieu, Montoux, Nomballais, Oulie, Pailhes, Paysant, Perier, Perrot, Phipps, Pichancourt, Piédelièvre, Pourtau, Pradal, Pradignac, Prat, Psaume, Piussan, Rachst, Ravina, Retrouvey, Reveillaud, Richard, Robin, Rosenberg, Rougelot, Rougier, Rousse, Szelechowski, Tassin, Templier, Thomassin, Vallerix, Verain, Verne, Vesselle, Veyfour, Voirin, Bourdier, Mahar, Ramonet, Manthos.

MÉDAILLE MILITAIRE. — MM. les médecins auxiliaires Boide, Bonnemaison, Duclerget, Ebert, Fernet, Habourdin, Miro, Mourgues, Penet, Ros, Thiébaut, Trainar, Vogt, Wunschendorff.

LA ESCOLA CATALANA A PARIS. — Un groupe de médecins de la Escola Catalana, sous la conduite du Dr Turo (de Barcelone) a visité Paris, la semaine dernière. Nos confrères espagnols ont visité les hôpitaux et assisté à un certain nombre de cliniques.

IIe CONGRÈS DE L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE. — Après le Ier Congrès qui s'est tenu à Anvers l'an dernier, il a été décidé qu'un IIe Congrès serait organisé à Paris, en août 1921.

La Société française d'histoire de la médecine, que préside M. le prof. Jeanselme, vient d'arrêter les grandes lignes de son organisation.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — La prochaine réunion de la Société qui sera une séance de l'Ecole d'instruction annexe du Service de santé, aura lieu le lundi 20 décembre 1920, au cercle militaire, à 20 h. 30.

La conférence sera faite sur le sujet suivant : « Formations chirurgicales des armées. Ambulances d'armée H. O. E. Formations D. E. », par le prof. agrégé Lenormant, chirurgien des hôpitaux.

Comme d'habitude, cette conférence sera précédée d'un dîner amical à 19 heures précises (tenue civile, prix : 15 fr.)

Prière de renvoyer son adhésion au secrétaire général, avant le 15 décembre.

LA SOCIÉTÉ CLINIQUE DE MÉDECINE MENTALE se réunira à l'Asile clinique, 1, rue Cabanis, amphithéâtre du service de l'admission, le lundi 20 décembre 1920, à 3 heures très précises.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le Dr Solles, médecin honoraire des hôpitaux de Bordeaux.

COURS LIBRE DE CLINIQUE MÉDICALE (Service du Dr CAUSSADE, à l'Hôtel-Dieu). — M. le Dr Merklen, médecin des hôpitaux, fera dans le service à l'amphithéâtre Dupuytren, tous les mercredis, à 10 heures 1/2, pendant le mois de décembre, une série de leçons sur les affections du foie et des reins.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Jeudi 16 décembre. — Jury : MM. Chauffard, président; J.-L. Faure, Jeanselme et Gougerot. — M. POMARET (Louis). Considérations biochimiques sur les arsenothérapies. — M. DEHAU (André). Salpingite tuberculose aiguë. — M. COLIEZ (Robert). Le pneumopéritoine artificiel en radiodiagnostic.

Jury : MM. Achard, président; Gilbert, Bezançon et Carnot. — Mlle PARÈS (Thérèse). Contribution à l'étude de l'action thérapeutique du mésothorium. — M. MARTIN (André). Essai sur la fréquence de la carie dentaire chez les tuberculeux. — M. FOURNIÈRE (Léon). Contribution à l'étude des pyélonéphrites de la fièvre typhoïde. — M. HERVOUËT (René). Contribution à l'étude des états lymphadéniques. — M. JACQUEMIN-GUILLAUME (G.). La tension veineuse. — M. LACAZE (Louis). Le hoquet épidémique.

Vendredi 17 décembre. — Jury : MM. Cunéo, président; Labbé (M.), Gosset et Garnier. — Mlle GOLNER-DESPLAS (Georgette). 1.200 cas d'anesthésie rachidienne. — M. LUCAS (Paul). Contribution à l'étude des leucémies myéloïdes. — M. ROLLAND (Pierre). Contribution à la pratique de la chirurgie osseuse. — M. TRUCHOT (Pierre). Les hautes doses dans la radiothérapie des néoplasmes.

LA CRISE HÉMOCLASIQUE (NITRITOÏDE) DE L'ARSENOBENZOL

Par MM. LEREDDE et DROUET.

Les crises *nitritoïdes*, qui suivent les injections d'arseno ou de novarsenobenzol sont des incidents assez fréquents, connus depuis l'usage du 606 et dont le mécanisme est resté assez longtemps obscur, malgré les travaux auxquels elles ont donné lieu. Leur étude a pris un intérêt nouveau, depuis les recherches que Widal et ses élèves ont consacrées aux crises *hémoclasiques*, observées d'abord chez un malade atteint d'hémoglobinurie paroxystique et traité par l'autosérothérapie (1). De toute évidence, la crise nitritoïde n'est qu'un cas particulier de la crise hémoclasique (2).

Il s'agit, dans tous les cas, de phénomènes d'ordre physicochimique, liés à la formation de précipités dans le milieu sanguin.

Mais si le mécanisme des accidents paraît à peu près établi, les conditions favorisantes restent obscures : il n'est pas douteux que des altérations de l'organisme prédisposent aux accidents, puisque parmi de nombreux individus, traités de la même manière, dans des conditions identiques, certains seulement présentent des crises, alors que d'autres en restent exempts.

A l'époque où les crises nitritoïdes ont été décrites, quelques auteurs les ont rattachées aux phénomènes anaphylactiques. En 1911, une objection pouvait être faite. Ces crises, au moins celles de l'arsenobenzol, peuvent survenir après une première injection ; d'autre part, on n'admettait pas, à cette époque, que les phénomènes d'anaphylaxie puissent être déterminés par des injections de substances cristalloïdes.

Nous reviendrons sur ces questions au cours de ce travail.

I

La crise nitritoïde (le nom a été donné par Milian, qui l'a comparée aux accidents provoqués par les nitrites), débute, en général, dès la fin de l'injection, mais il existe des crises *retardées*, survenant dix, vingt minutes, ou même une demi-heure après celle-ci. Elle se révèle normalement par une rougeur de la face, parfois intense, souvent accompagnée d'une sensation de malaise, qui peut aller jusqu'à l'angoisse. Le malade a besoin d'air, il éprouve parfois une sensation de picotement laryngé. Cet état, souvent passager, se prolonge quelquefois pendant longtemps, en s'atténuant peu à peu. Nous l'avons vu durer jusqu'à deux heures.

Chez les malades soumis à l'arsenobenzol, on observe souvent un état lipothymique et même une véritable syncope à la suite de la phase congestive. On a signalé, dans quelques cas, un œdème simultané de la face et même de la langue (3). L'état lipothymique est plus rare, chez les malades traités par le novarsenobenzol, et les œdèmes, qui peuvent s'observer, sont exceptionnels.

(1) *Semaine méd.*, 24 déc. 1913.

(2) WIDAL, ABRAMI et BRISSAUD. Etude sur certains phénomènes de choc observés en clinique. Signification de l'hémoclasie, *Presse méd.*, 3 avril 1920.

(3) LEREDDE. Sur quelques accidents produits par les injections intraveineuses hypraliatrices d'arsenobenzol, *Soc. de dermat.*, 1er juin 1911.

Fait intéressant : la crise nitritoïde peut s'associer à des phénomènes d'*urticaire*, se produisant au moment de l'injection, sur différents points du corps. Et, dans quelques cas, la rougeur faciale n'existe pas, on observe seulement une éruption urticarienne disséminée, qui reconnaît nécessairement la même origine et le même mécanisme. Il en est de même, on le sait, chez les malades traités par des injections intraveineuses de sérums antitoxiques (crises congestives immédiates, urticaires consécutives, etc.).

Aux phénomènes cutanés s'associent, très souvent, des troubles gastriques et intestinaux, nausées prolongées, violentes, vomissements, en général bilieux, parfois très violents, avec expulsion de filets de sang, diarrhée, rarement prolongée, pouvant aller, dans des cas exceptionnels, jusqu'à l'incontinence fécale. Le malade se plaint quelquefois de douleurs abdominales violentes, et même d'une rachialgie modérée, ou extrêmement pénible et qui arrache des cris.

Certains malades, qui n'ont pas de rougeur de la face, accusent des douleurs rachidiennes et abdominales identiques, avec troubles gastriques et intestinaux. Il faut donc admettre, en principe, qu'une crise nitritoïde peut exister en l'absence de phénomènes cutanés ; ceux-ci la rendent apparente, mais ne sont pas indispensables.

Dans la très grande majorité des cas, la crise nitritoïde est courte, à peu près indolore, et le malade peut reprendre ses occupations au bout de quelques heures. Lorsqu'elle est intense et prolongée, elle est suivie de courbature : dans les cas graves, celle-ci peut durer pendant plusieurs jours.

Le malade présente fréquemment une élévation thermique, quelques heures après l'injection, élévation thermique qui n'a rien à voir avec les accidents fébriles habituels de l'arsenobenzol, lesquels obéissent à des lois précises.

Pendant la crise, le pouls augmente de fréquence, tandis que la pression artérielle baisse. On sait que des modifications de celle-ci existent de même, dans les crises hémoclasiques. Avec le Dr Chabassut, nous avons examiné trois malades à ce point de vue ; trois fois nous avons constaté une chute brusque de la pression, évaluée à deux ou trois divisions du sphygmotensiomètre de Vaquez-Laubry ; chez deux malades témoins, aucun phénomène de ce genre ne fut observé. Dans trois cas, l'hypotension fut extrêmement brève (10 à 30 secondes) et suivie de suite, d'un retour à la normale (1).

Chez une de nos malades, la chute brusque et passagère de la tension au cours de l'injection, ne fut suivie de phénomènes révélant la crise nitritoïde qu'au bout de dix minutes. Il est probable que l'hypotension est un des faits essentiels, nécessaires de la crise, les signes cliniques de celle-ci étant inconstants et accessoires.

L'étude de la *pression artérielle*, comme celle des signes externes et des troubles subjectifs établit l'identité de la crise nitritoïde et de la crise hémoclasique. Nous n'avons pas eu, jusqu'ici, l'occasion

(1) TOURAINE, qui ne semble pas avoir suivi d'aussi près les malades au cours même de l'injection, signale une diminution de pression lente, se prolongeant pendant six à dix minutes, puis un retour à une pression un peu au-dessus de la normale. C'est au moment de cette réascension qu'apparaîtrait la crise. On sait cependant que celle-ci est, en général, immédiate. D'autre part, l'auteur n'indique pas, d'une manière précise, les différences qu'il y a entre les malades atteints de crises et ceux qui n'en ont pas. (TOURAINE. La crise hypotensive dans le traitement arsenical de la syphilis, *La Médecine*, nov. 1919.)

de rechercher les autres phénomènes caractéristiques établis par Widal : *troubles de la coagulation, leucopénie, inversion de la formule leucocytaire, raréfaction des plaquettes, variations brusques de l'index réfractométrique du sérum.* Nous avons été frappés, chez un certain nombre de malades, de l'aspect rutilant du sang veineux.

Les arsenobenzènes figurent ainsi parmi les substances qui déterminent des crises hémoclasiques, à côté des sérums hétérogènes, de la peptone, des protéines microbiennes. Nous savons d'ailleurs, maintenant, que ces crises peuvent être dues à des substances cristalloïdes : Widal signale le chlorure de sodium, le bicarbonate de soude à l'état isotonique, et pose, comme condition, que l'injection de substances cristalloïdes soit faite brusquement ou à doses massives, en pleine circulation, par voie intraveineuse. Nous savons, d'autre part, que la sensibilisation du sujet, par une première injection, considérée, par Richet, comme nécessaire pour déclancher les phénomènes hémoclasiques (anaphylactiques), n'a rien d'indispensable et que les crises peuvent apparaître, dès la première injection intraveineuse d'une substance cristalloïde.

II

Il est admis, d'une manière classique, que la crise nitritoïde n'a pas de gravité. Elle inquiète le malade et le médecin non prévenu, mais neuf fois sur dix, le malade peut retourner à ses occupations, et dans les autres cas, les reprendre le lendemain, le surlendemain au plus tard.

Or, il n'est pas exact de dire que la crise nitritoïde est absolument sans danger, et il est nécessaire de prévenir le praticien, d'accidents que peut amener l'injection intraveineuse d'un composé arsenobenzolique, *de même que l'injection intraveineuse d'autres substances.*

Il semble en premier lieu que, dans quelques cas très rares, les modifications sanguines puissent s'aggraver, et qu'il y ait des transitions entre des faits où il y a de petites hémorragies gingivales, nasales, associées ou consécutives à la crise et les accidents graves et même mortels, signalés par l'un de nous. Les hémorragies, consécutives à l'injection, peuvent prendre quelque importance, nous avons vu un malade expulser des crachats sanglants. Et parmi les trois malades observés par l'un de nous, dont deux succombèrent à des hémorragies incoercibles tardives, deux présentèrent des phénomènes nitritoïdes à la suite des injections (1).

D'autre part, les phénomènes lipothymiques sont à redouter chez les malades dont le cœur est en mauvais état.

Nous connaissons l'observation d'un malade atteint d'une angine de poitrine grave, améliorée d'une manière considérable, et pendant plusieurs années par le novarsenobenzol, qui avait supporté sans difficulté des injections à la dose de 1g35 (!) et qui présenta une poussée d'urticaire après une injection à 0g30. Huit jours après, ce malade succombait brusquement après une injection à dose égale.

Dans un autre fait, une malade qui avait reçu des injections aux doses de 0,90 (l'une d'elles avait été suivie d'une rachialgie violente) reçut de nouveau, après plusieurs mois de repos, des injections de novarsenobenzol aux doses très faibles de 0,15, 0,15, 0,20 à huit jours d'intervalle. La première est suivie de prurit et d'un léger œdème des pieds qui dure trois jours (alb. urinaire = 0), mais la seconde fut parfaitement supportée. Après la troisième, congestion faciale très légère, puis crise lipothymique avec rachialgie et douleurs abdominales violentes. Au bout d'un quart d'heure la malade semble revenir à un état normal, cause librement, mais les accidents lipothymiques se renouvellent et elle succombe une heure et demie après l'injection. Cette malade était âgée de soixante ans.

Il existe, d'autre part, une observation de Courtois-Suffit et Giroux (1) concernant une femme de trente ans, syphilitique secondaire, traitée par le novarsenobenzol à doses progressives, sans incidents (0,15, 0,30, 0,45, 0,60, 0,75, 0,75, 0,75). La huitième injection, à 0,90, détermine la mort. Sept à huit minutes après l'injection, la malade se sent mal, elle perd connaissance. Les pupilles se dilatent, accès convulsifs de la face et des membres durant une minute et se répétant à trois ou quatre minutes d'intervalle. Vomissements bilieux avec efforts violents, pouls petit, respiration stertoreuse. Le pouls se relève puis redevient petit et filiforme. La malade meurt au bout de deux heures, malgré tous les soins (injections d'adrénaline, d'éther, d'huile camphrée, tractions rythmées de la langue). Il faut remarquer que, dans ce cas, l'examen du cœur ne montra rien à l'autopsie.

Pour juger de la valeur exacte de ces faits, il faut se rappeler que le nombre des injections intraveineuses d'arsenobenzol, de novarsenobenzol, de galyl, bref de tous les sels arsenobenzoliques, dépasse chaque année en France 5 ou 6 millions, et, en outre, que des accidents mortels ont été signalés après l'injection intraveineuse d'autres substances. Sans avoir fait des recherches bibliographiques très étendues, nous pouvons citer le cas de Boughton concernant un asthmatique qui reçoit une injection d'une goutte (!) de sérum de cheval. Mort en quarante-cinq minutes au cours d'une crise nitritoïde typique (2).

Ribierre a rapporté à la Société médicale des hôpitaux, le 19 mars 1920, une observation de crise hémoclasique mortelle à la suite d'une injection de sérum de cheval [antiméningococcique] (3).

Et il faut, sans doute, rapporter aussi à des crises hémoclasiques des cas de mort consécutifs à des injections intraveineuses de collargol ou de collobiase, ainsi que le cas, consécutif à une injection intraveineuse d'huile camphrée, brièvement rapporté par Leuret à la Société des chirurgiens de Paris, le 6 juin 1919.

III

Nous sommes très mal renseignés sur les causes qui favorisent l'apparition des crises nitritoïdes. Leur étude a cependant un intérêt capital, car il importe et il importera de plus en plus de les prévoir et de les prévenir. Rappelons d'abord un fait essentiel. *L'arsenobenzol, en solution acide ou hypoalcaline, détermine normalement des crises.* Quand on fait une injection alcalinisée d'une manière exacte

(1) Leredde. Sur quelques accidents bénins, graves et mortels dus à l'arsenobenzol, *Journ. des praticiens*, 18 janv. 1919.

(1) Courtois-Suffit et Giroux, *Gaz. des hôpit.*, 23 janv. 1919.
(2) *Journ. of the amer. Assoc.*, 27 déc. 1919.
(3) Compte rendu dans la *Presse médicale* du 31 mars 1920. La communication n'a pas été insérée dans le Bulletin de la Société.

la crise ne se produit plus (1). Lorsque le novarsenobenzol fut découvert, on aurait pu croire que les crises se produiraient dans tous les cas ou ne se produiraient dans aucun. Il n'en fut rien : la très grande majorité des malades n'ont pas de crise, d'autres en ont après toutes les injections, très rares sont ceux qui n'en ont qu'une seule ou en ont de temps à autre, ce qui permettrait d'accuser les variations chimiques du produit. Ajoutons, pour ne pas y revenir, que la question de doses, qu'il s'agisse de crises légères ou graves, paraît d'une importance presque nulle (il en est de même, nous l'avons vu, pour les accidents mortels).

Bref, les crises consécutives aux injections de novarsenobenzol sont liées à un état organique, individuel, des malades, antérieur aux injections. A la réflexion, il semble qu'il puisse en être de même de certains sujets soumis à l'arsenobenzol, et nous avons vu un exemple frappant de crise chez un malade à la suite d'une injection à 0,45 alcalinisée de la manière la plus exacte (2). Mais, au moment où l'arsenobenzol était seul employé, ces cas, rares, passaient inaperçus et toutes les observations de crise nitritoïde étaient attribuées à une alcalinisation insuffisante qui en était, en effet, la cause normale.

L'influence de la rapidité de l'injection, de la concentration de la solution, n'est pas absolument nulle; on la constate dans quelques cas.

Règle générale, elle paraît aussi faible que celle de la dose elle-même. Notons seulement, pour ne pas y revenir, qu'il faut pousser les injections lentement et ne jamais employer moins de 10 cmc. pour dissoudre 1 g. de novarsenobenzol.

Le seul phénomène qui puisse permettre de prévoir une crise nitritoïde chez un malade traité par le novarsenobenzol est, *jusqu'à nouvel ordre*, l'existence de crises antérieures. Parmi ceux qui ont une première crise, certains en auront après toutes les injections suivantes, d'autres en auront de temps à autre. Parfois la prédisposition, l' « idiosyncrasie » disparaît, progressivement ou brusquement, au cours de la cure. Quelles sont donc les causes de cette « idiosyncrasie »?

Milian et la plupart des auteurs après lui les ont recherchées dans une insuffisance surrénale. Il nous a toujours semblé que cette opinion ne s'appuyait que sur des arguments discutables, et il ne suffit pas qu'une théorie rencontre de nombreux partisans pour être justifiée; « l'esprit médical » a « horreur du vide » et a l'habitude d'accorder une valeur à des hypothèses avant qu'elles ne s'appuient sur des preuves solides. Les recherches que nous avons faites sur l'origine des crises nitritoïdes nous ont révélé un fait précis et dont l'importance nous paraît essentielle. Sur 36 malades ayant présenté des crises, *13 ont présenté de l'ictère*, ce qui constitue une proportion considérable.

Le plus grand nombre de ces malades ont d'abord eu de l'ictère et ont présenté dans la suite des crises nitritoïdes.

Un cas intéressant est celui d'un malade qui avait reçu 25 injections sans incident. Survient un ictère. Le traitement est repris après disparition de celui-ci. Des crises nitritoïdes d'une intensité croissante surviennent dès les premières injections.

Chez deux malades les crises ne sont apparues qu'à la cinquième injection qui suivit l'apparition de l'ictère. Chez d'autres, elles sont apparues plus tard encore.

Chez une malade qui avait présenté de l'ictère à la suite d'un traitement par le novarsenobenzol, quarante-huit injections purent être pratiquées sans incident. Mais à la quarante-neuvième survint une crise nitritoïde nette avec congestion marquée de la face, et les mêmes phénomènes congestifs se répétèrent aux injections suivantes.

Quatre malades ont eu d'abord des crises nitritoïdes, et ont présenté dans la suite de l'ictère.

L'un de ces malades qui avait reçu quinze injections sans incident présenta des crises assez marquées à partir de la seizième injection. Ictère à la suite de la vingt-troisième. Deux mois après, le traitement est repris. La première injection se passe sans incident. Mais la seconde et les suivantes déterminent l'apparition de nouvelles crises.

Un autre malade qui à partir de la neuvième injection présentait à chaque injection des crises de congestion intense mais de courte durée fait un ictère après la vingtième injection. Lors de la reprise du traitement, six semaines après, les crises se reproduisent.

Chez un malade qui en octobre 1919 avait présenté de l'ictère après avoir eu des crises nitritoïdes, les injections reprises près d'un an après, en septembre 1920, ne déterminèrent d'abord pas d'incident. Mais à la cinquième injection (60 cg.) se produisit une crise nitritoïde légère.

Il nous faut encore signaler le cas d'une malade qui dès la seconde injection de novarsénobenzol présente une urticaire presque immédiate, urticaire qui se renouvelle aux injections suivantes; la sixième injection est même accompagnée d'une légère rachialgie dans la soirée. Après la septième injection apparaît du subictère. Un mois après, on reprend le traitement par l'arsénobenzol, et non le novarsénobenzol. Aucun incident.

Enfin, en dehors de ces malades, nous avons constaté un *sérum ictérique* chez une femme, tabétique, qui présentait après les injections, même à doses faibles, des crises violentes en l'absence de tout signe clinique révélant un trouble hépatique.

Une femme de 48 ans qui présenta une crise violente après vingt-sept injections de novarsénobenzol (à doses n'ayant pas dépassé $0^{g}40$) est atteinte de *coliques hépatiques* depuis l'âge de 20 ans.

Chez une autre malade atteinte de syphilis ancienne avec troubles gastro-intestinaux, le foie est gros, il y a eu des poussées d'urticaire fréquentes avant le traitement.

Bref, les crises hémoclasiques de l'arsénobenzol sont certainement en rapport avec des troubles

---

(1) LEREDDE. Loc. cit.

(2) Il s'agit d'un malade qui, après une série d'injections de 914 bien supportées, présentait après chaque injection de violentes crises nitritoïdes allant jusqu'au vomissement, à la diarrhée et à l'incontinence des matières. On cesse le 914 et on injecte du 606. Les phénomènes nitritoïdes disparaissent complètement et cela après quatre injections à 10, 20, 30 et 40. Le malade est enchanté. Mais à la cinquième injection, alors que 10 cmc. de liquide sont déjà injectés, il devient rouge, le pouls augmente de fréquence et la pression artérielle baisse. Pas d'autres phénomènes morbides : en particulier ni vomissement, ni diarrhée. La crise dure une minute environ pendant laquelle on suspend l'injection. Quand elle prend fin, on injecte sans incident les 30 derniers centimètres cubes de la solution.

A la sixième injection faite à la dose de 45, les mêmes phénomènes d'hémoclasie se sont reproduits. Aussi les semaines suivantes fait-on précéder l'injection de 606 par une injection intrafessière d'adrénaline dont l'action est d'ailleurs efficace.

Fait intéressant à noter : lorsque les crises se sont reproduites on a observé de l'induration des veines du bras, cette induration s'étant produite une fois sous les yeux de l'un de nous au cours même de l'injection.

hépatiques, qui peuvent se révéler d'ailleurs, avant qu'elles apparaissent, ou après. Le fait, intéressant au point de vue de la pathogénie des crises, l'est également au point de vue de la pathogénie des ictères de l'arsénobenzol dont on a tant parlé depuis un an, et qui ne s'expliquent logiquement par une réaction de Herxheimer et par des lésions syphilitiques de la glande que dans les cas où ils apparaissent au début du traitement (1).

Autre fait important : quatre de nos malades ont présenté de l'albuminurie qui est, relativement, un symptôme rare, chez les syphilitiques que nous soignons. Chez l'une d'elles, atteinte de syphilis ancienne, avec œdèmes, état dyspneïque, dont les urines étaient albumineuses avant tout traitement, l'albumine diminua sous l'influence des injections de novarsénobenzol. Mais une crise nitritoïde sérieuse survint après la neuvième injection, à 0g30, qui se reproduisit plus violente après la dixième, à dose égale. Simultanément l'albumine urinaire augmenta d'une manière considérable. Le traitement fut suspendu.

Dans les trois autres cas, les crises nitritoïdes n'eurent aucune influence marquée sur le taux de l'albumine urinaire.

L'âge de nos malades ne nous a pas paru, jusqu'ici, avoir d'importance : sur nos observations.

2	malades étaient âgés	de 10 à 20 ans.
12	—	de 20 à 30 —
11	—	de 30 à 40 —
9	—	de 40 à 50 —
4	—	de 50 à 60 —
1	—	de plus de 60 ans.

(Un grand nombre de nos malades sont des syphilitiques anciens, et déjà âgés).

Le stade de la syphilis paraît de même sans intérêt spécial.

9	malades étaient à la période	primaire.
7	—	secondaire.
17	—	tertiaire.
6	hérédosyphilitiques.	

Plus importante, par contre, est la durée du traitement. Les crises sont surtout fréquentes chez des malades qui ont subi des cures prolongées. Parmi nos 39 malades, 7 ont été atteints avant la 7e injection, 14 de la 10e à la 20e, 12 de la 20e à la 30e, 5 de la 30e à la 40e, 1 à la 45e injection. Nous n'avons jamais observé de crise avant la 4e injection. Mais on sait qu'elle peut s'observer après la première, et ce fait n'est pas pour donner raison aux auteurs qui ne voient dans la crise nitritoïde qu'un phénomène d'ordre anaphylactique.

IV

Prophylaxie et traitement. — Il n'y a pas lieu de renoncer à poursuivre l'usage du novarsenobenzol chez un syphilitique qui présente une crise hémoclasique après une injection si ce malade ne présente pas de troubles cardiaques. Mais, dans les cas même où cette crise est légère, l'injection suivante ne sera pas faite à dose plus élevée; on élèvera ensuite les doses plus lentement que d'habitude et si les phénomènes ne s'aggravent pas. L'injection préventive d'adrénaline est employée d'une manière classique : on peut injecter de 1 mmg. à 1 mmg. et demi dans la fesse; on pratique l'injection de novarsenobenzol cinq minutes après environ, en fait dès que le malade présente le tremblement et la pâleur caractéristiques (lorsque ces symptômes n'apparaissent pas, l'adrénaline est de mauvaise qualité).

(1) Leredde. *Domaine traitement, prophylaxie de la syphilis*, 2e édit., chap. IV.

Les succès de l'adrénaline sont malheureusement inconstants. Chez un de nos malades, la vingt-quatrième injection ayant été suivie de crise avec état lipothymique, des injections d'adrénaline furent faites régulièrement avant les suivantes. Après la trente-quatrième injection de novarsenobenzol, prurit qui reparaît plus marqué après la trente-cinquième. Après la trente-sixième les phénomènes nitritoïdes reparaissent. Dans ce cas, l'action de l'adrénaline a été manifeste mais est restée temporaire.

Dans un autre cas cette action fut absolument nulle (malade albuminurique qui avait présenté au début du traitement des réactions cutanées violentes). Plus tard survinrent des crises nitritoïdes qui ne furent modifiées à aucun degré par les injections d'adrénaline. Insuccès de même chez une autre malade non albuminurique.

Nous avons peu d'expérience de l'injection « vaccinante » : peut-être avons-nous été découragés trop vite par les échecs constants que nous avons observés jusqu'ici. La technique n'est pas réglée. La question est d'ailleurs tellement importante, au point de vue doctrinal et au point de vue pratique, qu'elle appelle des recherches minutieuses et approfondies.

Chez les malades atteints de troubles cardiaques, nous croyons prudent de renoncer au traitement et c'est ce que nous avons fait dans deux cas récents. Dans l'un il s'agissait d'un jeune homme de vingt-sept ans, syphilitique en 1913, qui présenta des crises nitritoïdes après la dixième injection, ces crises se reproduisirent après les suivantes et furent réprimées par l'adrénaline. Ce malade revint en 1920 en bonne santé mais présentant une réaction de Hecht positive. Une première injection de novarsenobenzol à 0,15 le 31 janvier 1920 ne fut pas suivie d'incidents, mais la deuxième, huit jours après à 0,20, provoqua une crise violente. Une minute après l'injection la face est rouge, le malade vomit, se plaint de malaise; le pouls est rapide avec *quelques faux pas, les pupilles sont dilatées.*

Ce malade dont le pouls est normal le matin est un tachyarythmique (la rapidité du pouls s'élève dans la journée, sous le moindre prétexte, à 100 ou 110). Cette tachycardie aurait précédé la syphilis. Le père est également tachycardique. Une sœur a eu une affection cardiaque avec fièvre typhoïde. Le malade a été soumis au traitement mercuriel.

Nous avons agi de même chez un homme de soixante ans atteint d'une double lésion aortique bien compensée d'ailleurs qui présenta, après une vingtaine d'injections, une crise révélée au bout d'une demi-heure par une rachialgie et des douleurs intestinales violentes; quelques intermittences furent observées au cours de cette crise.

La technique que nous employons chez les malades atteints de crises hémoclasiques après injections de novarsenobenzol et qui ne présentent pas d'affection cardiaque, est la suivante :

Lorsque la crise est d'intensité moyenne ou forte, nous remplaçons ce sel par l'arsenobenzol en solution alcaline exactement titrée (le 606 peut sans inconvénient être injecté en solution concentrée à la seringue : on peut dissoudre 0g10 dans 10 cmc. d'eau).

Les accidents disparaissent, en général, dans ces

conditions. Quelquefois on observe quelques symptômes, vertiges, état légèrement nauséeux qui révèlent un état anormal. Parfois, après un certain nombre d'injections silencieuses, les crises se reproduisent.

Si les crises se répètent après les injections d'arsenobenzol, il faut se résigner à remplacer les injections intraveineuses par des injections sous-cutanées ou intramusculaires (novarsenobenzol, sulfarsenol).

Le très gros inconvénient de celles-ci, en dehors de la douleur qui a son importance et peut survenir quel que soit le sel injecté, c'est la difficulté qu'elles apportent à un traitement soutenu, prolongé, comme il faut le faire lorsqu'on veut stériliser la syphilis. Nous comprenons que les médecins qui croient encore pouvoir agir suffisamment en appliquant l'arsenobenzol ou ses dérivés à doses quelconques et pendant un temps quelconque, soient peu émus des difficultés de ce genre ; elles ont, au contraire, pour nous comme pour tous les médecins qui condamnent les méthodes opportunistes sous quelque forme que ce soit, une importance capitale.

Reste le traitement mercuriel, qui agit réellement et en série sur l'infection syphilique, qui peut permettre d'amener la stérilisation, à la condition expresse que les doses injectées quotidiennement atteignent 2 cg. et demi ou 3 cg. de mercure, soit 5 ou 6 cg. de benzoate ou de biiodure par jour. Difficultés : la nécessité de l'injection quotidienne, la douleur due aux injections intrafessières (les injections intraveineuses, à ces doses, amenant la sclérose des parois), l'état d'induration des fesses qui peut devenir excessif, les réactions gingivales qu'on peut prévenir, il est vrai, par des soins minutieux de la bouche, les réactions intestinales, enfin l'état de fatigue, de dépression que détermine à peu près fatalement le traitement mercuriel intensif, s'il est un peu prolongé.

Bref, les crises nitritoïdes, quoiqu'elles ne soient dangereuses que d'une manière tout à fait exceptionnelle, constituent un sérieux obstacle dans le traitement de la syphilis (pour les médecins qui prennent ce traitement au sérieux). Et il serait véritablement utile de pouvoir les prévenir d'une manière certaine. Il est à peu près certain que certaines préparations exposent plus que d'autres à ces accidents ; le mode de préparation du novarsenobenzol a sans doute une importance dans l'intensité de ceux-ci. La cause essentielle, néanmoins, se trouve dans l'état antérieur de l'organisme, et ce fait ne nous permet pas de croire, malgré les progrès de fabrication chimique, qu'on arrivera facilement à mettre *tous les malades* à l'abri.

En terminant remarquons que l'identité de la crise hémoclasique et de la crise nitritoïde fournit un argument nouveau à l'appui des théories que l'un de nous a toujours soutenues sur l'origine et le mécanisme de l'*apoplexie séreuse*. Celle-ci est due à la réaction de Herxheimer, elle apparaît seulement au cours des premières injections ; elle n'a rien à voir avec la crise nitritoïde, et la question nous paraît jugée d'une manière définitive.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'Art pratique de formuler à l'usage des étudiants et des praticiens, par le Dr LEMANSKI ; 5e édition conforme au Codex de 1908 et au supplément de 1920. In-8. — Prix : 15 fr. — Paris, Masson et Cie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE ANNUELLE DU 14 DÉCEMBRE 1920)

PRIX DÉCERNÉS EN 1920 (1)

PRIX ALVARENGA DE PIAUHY [Brésil] (1.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le vétérinaire-major de 2e classe, Henri Velu, chef du laboratoire de recherches du service de l'élevage à Casablanca (Maroc). Une mention honorable est accordée à M. le Dr Boulogne (de Saint-Servan).

PRIX ARGUT (800 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr G.-L. Regard (de Paris).

PRIX FRANÇOIS-JOSEPH AUDIFFRED (un titre de 24.000 fr. de rente). — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde à titre d'encouragement : 2.000 fr. à M. le Dr Vaudremer (de Paris) et 2.000 fr. à M. le Dr Rappin, directeur de l'Institut Pasteur (de Nantes).

PRIX BARBIER (2.500 fr.). — L'Académie divise le prix de la façon suivante en accordant : 2.000 fr. à M. le Dr Ronghèse (de Nice) et 500 fr. à M. le Dr Maurice Perrin, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy.

PRIX BERRAUTE (un titre de 3.092 fr. de rente). — L'Académie accorde à titre de prix les arrérages de cette fondation à MM. les Drs Alezais, directeur de l'École de médecine de Marseille, et Peyron, directeur des recherches sur le cancer à l'Ecole des Hautes Etudes, Paris.

PRIX CHARLES BOULLARD (1.800 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. les Drs A. Porrot, chef du centre neuro-psychiatrique militaire, et Hesnard, professeur à l'Ecole de médecine navale et coloniale de Bordeaux.

PRIX MATHIEU BOURCERET (1.200 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Louis Gallavardin (de Paris). Des mentions honorables sont accordées à : 1° MM. les Drs Lefeuvre, professeur de physiologie, et Marquis, professeur de pathologie externe à l'école de médecine de Rennes ; 2° M. le Dr Pierre Mathieu (de Nancy).

PRIX HENRI BUIGNET (1.600 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Lambling, professeur à la Faculté de médecine de Lille, qui n'a pas, d'après les conditions du prix, fait acte de candidature.

PRIX CAMPBELL-DUPIERRIS (2.500 fr.). — Le prix n'est pas décerné, mais un encouragement de 1.000 fr. est décerné à MM. les Drs André Chalier, chef de clinique chirurgicale, et Ch. Dunet, chef de laboratoire de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon.

PRIX CAPURON (1.600 fr.) — Le prix n'est pas décerné. Une mention honorable est accordée à M. le Dr Jules Bauzon (de Chalon-sur-Saône).

PRIX CLARENS (500 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Paul Blum (de Paris). Une mention honorable est accordée à M. le Dr Lassablière, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris.

PRIX DESPORTES (1.400 fr.). — L'Académie partage le prix en trois parts égales, soit : 466 fr. 66 à M. le Dr Henry Maréchal (de Paris) ; 466 fr. 66 à M. Henri Velu, vétérinaire-major de 2e classe, chef du laboratoire de recherches du service de l'élevage du Maroc, à Casablanca ; et 466 fr. 68 à MM. les Drs G. Paisseau, H. Lemaire et Jean Hutinel (de Paris).

PRIX GEORGES DIEULAFOY (2.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. les Drs Marcel Garnier et Reilly (de Paris). Une mention honorable est accordée à M. le Dr Paul Jacquet (de Paris).

FONDATION FERDINAND DREYFOUS (1.400 fr.). — Les arrérages de cette fondation sont décernés à M. le Dr Henri Godlewski (de Paris).

CONCOURS VULFRANC-GERDY. — L'Académie a accordé, en 1920, à M. Maurel, stagiaire : une somme de 500 fr. pour son rapport sur une mission à Châtel-Guyon pour étudier cette station au point de vue hydrologique.

PRIX ERNEST GODARD (1.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Edouard Antoine (de Paris).

(1) Nous sommes heureux de relever parmi les lauréats les noms de nos collaborateurs et amis, André Chalier (de Lyon), E. Antoine, J. Lhermitte et H. Maréchal (de Paris). Nous leur adressons nos très affectueuses félicitations. (*N. D. L. R.*)

PRIX THÉODORE GUINCHARD (5.600 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. les Drs Aviragnet et Lutembacher (de Paris).

PRIX PIERRE GUZMAN (un titre de rente de 1.328 fr.). — L'Académie accorde à titre de prix les arrérages de cette fondation à M. le Dr Maurice Parturier (de Paris).

PRIX THÉODORE HERPIN [de Genève] (3.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr J. Lhermitte (de Paris). Une mention honorable est accordée a M. le Dr A.-C. Guillaume (de Paris).

PRIX LÉON LABBÉ (3.000 fr.). — Le prix n'est pas décerné.

PRIX LABORIE (5.000 fr.). — Le prix n'est pas décerné.

PRIX DU BARON LARREY (500 fr.). — L'Académie partage le prix entre : Mme H. Rodillon, de Sèvres, et M. le Dr Henri Billet, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

FONDATION LAVAL (1.000 fr.). — L'Académie décerne la somme de 1.000 fr. à titre d'encouragement à M. Jacques-Georges Destouches, étudiant à la Faculté de médecine de Paris.

PRIX LEFÈVRE (2.500 fr.). — L'Académie ne décerne pas le prix mais elle accorde une mention honorable à M. le Dr Maurice Potet, médecin-major de la Place de Mulhouse.

PRIX HENRI LORQUET (300 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Georges Heuyer (de Paris). Des mentions honorables sont accordées à : 1° M. le Dr Georges Petit, médecin-adjoint de l'Asile d'aliénés de Bourges; 2° MM. les Drs A. Porot, chef du Centre neuro-psychiatrique militaire, et Hesnard, professeur à l'Ecole de médecine navale et coloniale de Bordeaux.

PRIX MAGITOT (1.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Flavien Bonnet-Roy (de Paris).

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère [Drôme] (2.600 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Philippe Bellocq, chargé de cours à la Faculté de médecine de Strasbourg.

PRIX ADOLPHE MONBINNE (1.500 fr.). — L'Académie partage le prix de la façon suivante : 500 fr. à M. le Dr Paisseau (de Paris); 500 fr. à M. le Dr Violle (de Paris); 500 fr. à M. le Dr E. Chatton, maître de conférences à l'Université de Strasbourg. Des mentions honorables sont accordées à M. le vétérinaire-major de 2e classe Henri Velu (de Casablanca) et M. Maurice GUY, chirurgien-vétérinaire à Nice.

PRIX OULMONT (1.000 fr.). — Le prix est décerné à M. René-Georges Bloch, interne à l'hôpital Lariboisière.

PRIX PANNETIER (4.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. les Drs A. Marie (de Villejuif) et C. Levaditi (de Paris).

PRIX PERRON (3.800 fr.). — L'Académie partage le prix de la façon suivante : 1.800 fr. à M. le Dr Bensaude (de Paris) ; 800 fr. à M. le Dr Tissié (de Pau) ; 600 fr. à M. le Dr M. Villaret (de Paris); 600 fr. à M. le Dr Marchak (de Paris).

PRIX PORTAL (1.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. les Drs Albert Leblanc et Léon Binet (de Paris).

PRIX POURAT (1.200 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Léon Binet (de Paris).

PRIX REBOULEAU (2.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Jean Quénu (de Paris).

PRIX SABATIER (600 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Georges Ferry, assistant de clinique chirurgicale à l'Université (hôpital civil) de Strasbourg.

Une mention honorable est accordée à M. le Dr H. Setbon (de Tunis).

PRIX SAINTOUR (4.400 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Joyeux, chef de travaux à la Faculté de médecine de Paris.

PRIX STANSKI (1.500 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Henri Godlewski (de Paris).

PRIX TARNIER (3.000 fr.). — Le prix n'est pas décerné. Une mention très honorable est accordée à M. le Dr Paul Bouquet, médecin à la Maternité de Brest.

PRIX VERNOIS (800 fr.). — L'Académie partage le prix de la façon suivante : 400 fr. à M. le Dr Pierre-Jean Ménard (de Paris) ; 200 fr. à M. le Dr A. Vaudremer (de Paris) ; 200 fr. à M. le Dr A. Orticoni (de Paris). Une mention honorable est accordée à M. le Dr Peigney (de Paris).

PRIX ZAMBAGO (600 fr.). — Le prix n'est pas décerné.

SERVICE DES ÉPIDÉMIES. — L'Académie a proposé et M. le ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales a bien voulu accorder les récompenses ci-après aux personnes qui se sont particulièrement signalées par leurs travaux spéciaux sur les épidémies observées en France et dans les pays de protectorat pendant les années 1919-1920 :

1° *Médaille de vermeil :* M. le Dr Camescasse (de Saint-Arnould).

2° *Médailles d'argent :* MM. les Drs Ballenghien (de Roubaix) ; Cartron (Albert), médecin-major de 1re classe et Bacqué (Maurice), médecin aide-major de 1re classe des troupes coloniales ; Esquier, médecin de 1re classe de la marine ; Moitron (de Quimper).

3° *Rappels de médailles d'argent :* M. les Drs Ginestous (Etienne) [de Bordeaux]; Honorat, médecin-major des troupes coloniales, à Longxuyen ; Leroy (Edgar) [de Saint-Rémy de Provence].

4° *Médailles de bronze :* MM. les Drs Monteux (Gabriel) [de Marseille]; Moynier de Villepoix (d'Amiens) ; Sebileau (de Blaye).

SERVICE DE LA VACCINE. — L'Académie accorde pour le service de la vaccine en 1919 :

1° *Médaille de vermeil :* M. Cazée, directeur de l'Hygiène, du Travail et de la Prévoyance sociales, à la préfecture de la Seine.

2° *Médailles d'argent :* MM. les Drs Thierry, inspecteur général des services techniques d'hygiène, à la préfecture de la Seine ; Cange et Darin (de Paris).

MM. Druelle (Maurice), employé à l'Institut Pasteur de Lille ; Grandjean, secrétaire de l'Inspection médicale scolaire, à la préfecture de la Seine ; Ulrich, chef du bureau administratif des services d'hygiène, à la préfecture de la Seine.

3° *Médailles de bronze :* MM. les Drs Beauvy, Bing, Bourdin, Demay (L.), Dupuy (Jacques), Friedel, Giraud (M.), Goizet, Mallet (François), Mathieu (Achille), Morin et Pascaud (V.) [de Paris], Periot (Georges) [de Marseille], Rabant (Fernand-Paul), Rouyer (H.), Theulet-Luzié, Thil et Vincent (P.) [de Paris].

MM. Bonnotte, secrétaire du bureau de bienfaisance du XIIe arrondissement, à Paris ; Charpiat, directeur d'école, à Nogent-sur-Marne ; Guillet (Théophile), employé au bureau d'hygiène, à Marseille ; Lesobre, directeur d'école, à Issy-les-Moulineaux ; Marié-Davy, secrétaire des services d'hygiène à la préfecture de la Seine ; Michon, directeur d'école à Neuilly-sur-Seine ; Plazanet (Julien) [de Paris].

Mmes Aubert, directrice d'école, à Vincennes; Chantrenne, directrice du G. S. Edgard-Quinet, à Aubervilliers; Genton, sage-femme en chef de l'hôpital Beaujon, à Paris.

Mlles Leduc, directrice d'école à Saint-Maur et Levesque, directrice d'école, à Puteaux.

4° *Rappels de médailles de bronze :* M. Cagneau, employé du bureau d'hygiène, à Marseille.

Mme Guillet, née Finet, employée du bureau d'hygiène, à Marseille.

SERVICE DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE. — M. le ministre de l'Intérieur met annuellement à la disposition de l'Académie de médecine une somme de 2.000 francs, destinée à récompenser les meilleurs travaux qui lui sont adressés sur l'hygiène des enfants du premier âge et à subvenir aux frais de publication du rapport annuel. — L'Académie n'accorde aucune récompense pour l'année 1920 en raison du petit nombre de travaux qui lui ont été adressés.

PRIX PROPOSÉS

Conditions communes à tous les concours. Prix proposés pour les années 1921 et 1922, voir *Gazette des hôpitaux*, n° 5, 15 janv. 1920, p. 73 à 76. — Ajouter aux prix annuels (p. 73), le prix JACQUES GUÉRÉTIN (*anonymat facultatif*, partage autorisé, 1.500 fr.). Les mémoires présentés pour ce prix ne devront s'appuyer que sur des observations cliniques, sans aucune espèce de vivisection ou aucune expérience sur les animaux.

PRIX PROPOSÉS POUR 1923

(Les concours seront clos fin février 1923.)

PRIX DE L'ACADÉMIE. — Anonymat obligatoire. Partage interdit. — 1.000 fr. — Question : *Etat actuel de nos connaissances sur les localisations cérébrales d'après les enseignements de la guerre.*

PRIX ALVARENGA DE PIAUHY (Brésil). — Anon. oblig. Part. int. — 1.000 fr.

PRIX APOSTOLI. — Anon. facult. Part. int. — 800 fr.

PRIX DU MARQUIS D'ARGENTEUIL. — Anon. facult. Part. int. — 6.800 fr.

PRIX ARGUT. — Anon. facult. Part. int. — 800 fr.

PRIX BARBIER. — Anon. facult. Part. int. — 2.500 fr.

PRIX MATHIEU BOURCERET. — Anon. facult. Part. int. — 1.200 fr.

PRIX HENRI BUIGNET. — Anon. facult. — Part. int. — 1.600 fr.

PRIX CAPURON. — Anon. oblig. Part. aut. — 1.600 fr. — Question : *La glande interstitielle de l'ovaire chez la femme enceinte.*

PRIX CHEVILLON. — Anon. facult. Part. int. — 2.200 fr.

PRIX CIVRIEUX. — Anon. oblig. Part. int. — 900 fr. — Question : *Traitement de l'épilepsie par la médication borée.*

PRIX CLARENS. — Anon. facult. Part. int. — 500 fr.

PRIX DAUDET. — Anon. oblig. Part. int. — 1.700 fr. — Question : *La contagion du cancer.*

PRIX DESPORTES. — Anon. facult. Part. aut. — 1.400 fr.

PRIX FERDINAND DREYFOUS. — Anon. int. Part. int. — 2.800 fr.

FONDATION FERDINAND DREYFOUS. — Part. int. — 1.400 fr.

CONCOURS VULFRANC-GERDY. — L'Académie met au concours une place de stagiaire aux Eaux minérales. Les candidats devront se faire inscrire au siège de l'Académie de médecine ; la liste d'inscription sera close le 31 octobre 1923. Le candidat nommé entrera en fonctions le 1er mai 1924. Une somme de 1.500 fr. sera attribuée à ce stagiaire.

PRIX ERNEST GODARD. — Anon. facult. Part. int. — 1.000 fr. — Au meilleur travail sur la pathologie externe.

PRIX JACQUES GUÉRÉTIN. — Anon. facult. — Part. aut. — 1.500 fr.

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève). — Anon. facult. Part. int. — 3.000 fr.

PRIX HENRI HUCHARD, de l'Académie de médecine (prix du dévouement médical en souvenir de sa fille Marcelle Huchard). — Anon. int. Part. aut. — 6.300 fr.

PRIX LÉON LABBÉ. — Anon. facult. Part. aut. — 3.000 fr.

PRIX LABORIE. — Anon. facult. Part. int. — 5.000 fr.

PRIX DU BARON LARREY. — Anon. facult. Part. aut. — 500 fr.

FONDATION LAVAL. — Part. int. — 1.000 fr.

PRIX LEFÈVRE. — Anon. oblig. Part. int. — 2.500 fr. — Question : *De la mélancolie.*

PRIX JULES LEFORT. — Anon. facult. Part. int. — 300 fr.

PRIX LEVEAU. — Anon. facult. Part. aut. — 1.500 fr.

PRIX HENRI LORQUET. — Anon. facult. Part. int. — 300 fr.

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — Anon. facult. Part. int. — 2.600 fr. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux.

PRIX ADOLPHE MONBINNE. — Anon. facult. Part. aut. — 1.500 fr.

PRIX NATIVELLE. — Anon. facult. Part. int. — 600 fr.

PRIX OULMONT. — Part. int. — 1.000 fr. — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (mé daille d'or) au concours annuel du prix de l'internat (médecine).

PRIX PANNETIER. — Anon. facult. Part. int. — 4.000 fr.

PRIX PORTAL. — Anon, oblig. Part. int. — 1.000 fr. — Question : *Anatomie pathologique de l'encéphalite léthargique.*

PRIX POURAT. — Anon. oblig. Part. int. — 1.200 fr. — Question : *Des rapports entre la constitution du liquide céphalo-rachidien et celle du plasma sanguin.*

PRIX REBOULEAU. — Anon. facult. Part. int. — 2.000 fr. — Ce prix est destiné à récompenser des travaux et des découvertes concernant la guérison de la hernie.

PRIX JEAN REYNAL. — Anon. facult. Part. int. — 1.200 fr.

PRIX PHILIPPE RICORD. — Trav. imp. Part. int. — 600 fr.

PRIX HENRI ROGER. — Trav. imp. Part. int. — 2.500 fr.

PRIX ROUSSILHE. — Anon. int. Part. int. — 10.000 fr.

PRIX MARC SÉE. — Trav. imp. Part int. — 1.200 fr.

PRIX TARNIER. — Anon. facult. Part. int. — 4.500 fr. — Ce prix sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, en français, relatif à la gynécologie.

PRIX TREMBLAY. — Anon. facult. Part. int. — 7.200 fr.

PRIX VERNOIS. — Anon. facult. — Part. aut. — 800 fr.

JURISPRUDENCE

RESPONSABILITÉ DU PHARMACIEN ERREUR PROFESSIONNELLE

Le tribunal civil de la Seine a rendu, le 18 mai 1920, un jugement qui envisage la responsabilité d'un pharmacien qui a commis une erreur professionnelle, dans des conditions particulièrement étendues. Dans le cas qu'il avait à juger, un pharmacien avait commis une erreur d'étiquette, en plaçant sur une potion l'étiquette destinée à la mixture externe et réciproquement ; la malade, en l'espèce une enfant, absorbe la mixture toxique composée d'extrait d'eucalyptus et de teinture de benjoin, au lieu de la potion calmante prescrite par le médecin pour la pneumonie dont elle était atteinte. L'enfant décéda quelques heures après l'absorption de cette mixture.

Un médecin-expert fut commis. Il constata que le décès devait être attribué à une broncho-pneumonie double extrêmement avancée et que l'on était en droit de considérer que, lorsque l'enfant a avalé les deux cuillerées de la mixture, elle était déjà en agonie et irrémédiablement perdue ; il ajouta que ce n'était pas l'ingestion de cette mixture, extrêmement peu toxique, qui avait pu déterminer la mort. L'analyse des viscères n'avait révélé l'existence d'aucune substance de nature à avoir pu causer le décès.

Malgré ces constatations, le tribunal déclare :

« Mais attendu qu'il est constant et non dénié d'ailleurs que l'aide-pharmacien (le pharmacien était poursuivi comme civilement responsable de son aide qui avait fait les préparations) a commis une imprudence des plus graves, en collant sur le flacon contenant une mixture toxique, une étiquette destinée à une potion calmante ;

« Attendu que, ce faisant, il a commis une faute certaine, aggravée par le défaut de surveillance suffisante de son patron, auquel il appartenait comme étant seul diplômé et responsable de la bonne exécution des ordonnances confiées à ses soins, de contrôler et de vérifier de la façon la plus minutieuse, la composition des remèdes et la régularité de leur étiquetage ;

« Attendu que, s'il n'est pas matériellement établi que l'absorption de la mixture ait directement causé la mort de l'enfant, il n'en reste pas moins constant que le décès est survenu peu de temps après son absorption ;

« Attendu que, si le décès doit être attribué à l'existence de la broncho-pneumonie double très avancée, il n'est pas établi que l'état de la malade n'ait pas été singulièrement aggravé par l'absorption d'une boisson toxique irritante remplaçant, par l'effet d'une erreur dangereuse, une potion calmante ;

« Attendu que chargés de soins extrêmement délicats et minutieux, d'où peuvent dépendre la santé et la vie des malades, il appartient aux pharmaciens et à leurs aides ou préposés d'apporter la conscience la plus scrupuleuse à l'exercice de leur mission, spécialement pour ce qui est de l'exécution des ordonnances ;

« Attendu qu'il importe peu que l'état du malade, victime d'une erreur médicale ou pharmaceutique, ait été tel que son salut ne pût plus dépendre de l'absorption de tel ou tel médicament pour que la responsabilité du pharmacien se trouve engagée, s'il a commis une faute professionnelle certaine ; que le seul fait d'une erreur coupable constatée engage cette responsabilité ;

« Attendu qu'il échet en conséquence de déclarer la dame X... bien fondée en sa demande et de condamner les défendeurs au paiement d'une somme de 5.000 fr. à titre de dommages-intérêts. »

Au point de vue juridique, cette décision est grave et soulève la critique. En effet, pour qu'une action en dommages-intérêts soit fondée, il faut la réunion de trois éléments : une faute, un préjudice causé et l'existence d'un rapport de cause à effet entre la faute et le préjudice causé. En l'espèce, la faute était incontestable, le préjudice, au moins moral, existait ; mais il n'y avait pas de rapport de cause à effet, puisque l'expert avait constaté que, lorsque la malade a avalé les deux cuillerées de la mixture toxique, elle était déjà en agonie et irrémédiablement perdue. Il appartenait à la demande-

Les Antigènes et les anticorps, caractères généraux, applications diagnostiques et thérapeutiques par M. NICOLLE, de l'Institut Pasteur de Paris. Un vol. de 115 pages. — Prix : 4 fr. 50 net. — Paris, Masson et Cie.

resse de faire la preuve de la relation de cause à effet; les attendus du jugement montrent suffisamment que cette preuve n'a pas été rapportée.

Le tribunal a considéré évidemment qu'en fait il ne pouvait pas laisser, sans sanction, une erreur professionnelle qui, en thèse générale, peut avoir de très graves conséquences. Sa décision s'est sans doute inspirée d'un arrêt de la Cour de cassation du 7 août 1895 (*D.* 96.1.81), d'après lequel il y aurait une relation nécessaire entre la contravention commise par un patron, qui retient un jeune ouvrier au travail au delà de l'heure légale et l'accident dont cet ouvrier a été victime pendant la prolongation de sa journée ; par suite, en supposant que cet ouvrier ait provoqué l'accident par son imprudence, le patron ne peut pas être exonéré de toute responsabilité, puisqu'il est lui-même en faute, et il doit être condamné à réparer, en partie, les conséquences de l'accident. Le commentateur de l'arrêt critique cette décision, parce qu'elle n'est pas conforme aux principes de droit.

Nous ne saurions approuver la décision du tribunal de la Seine qui, vraisemblablement, sera soumise à l'examen de la Cour d'appel.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

NOTES POUR L'INTERNAT

SÉMÉIOLOGIE DE L'HÉMIPLÉGIE [1]

LA SYPHILIS CÉRÉBRALE. — Elle peut provoquer une hémiplégie par divers processus : 1° Par production de gommes; 2° par artérite avec ramollissement secondaire.

L'hémiplégie syphilitique survient de la 3e à la 10e année; il s'agit de syphilis précoce chez des sujets généralement adultes.

Quel que soit le mécanisme de la production de l'hémiplégie, on peut observer : *a.* Une phase prodromique avec céphalée cérébrale nocturne, vertiges, convulsions partielles, aphasie transitoire, paralysie fugace, dérobement des jambes. *b* Puis l'hémiplégie se produit: soit par *gomme* : début graduel après accès convulsifs donnant une hémiplégie d'allure variable, mais rétrocédant par le traitement.

Soit par *artérite* : rétrécissement artériel et ramollissement ultérieur, ici les symptômes et le pronostic sont les mêmes que ceux de l'hémorragie ou du ramollissement cérébral banal.

Dans tous ces cas l'examen des pupilles pourra révéler un Argyll Robertson, et l'examen du sang une réaction de Wassermann positive.

L'HÉMORRAGIE CÉRÉBRALE. — Elle se produit rarement au cortex, mais surtout au voisinage de la capsule interne par rupture d'un anévrisme miliaire (processus de l'artérite et des lacunes de désintégration), chez des sujets âgés, hypertendus, artério-scléreux.

Le début est brusque par ictus et coma profond. L'hémiplégie, qui est observée à la suite, est totale, complète avec déviation conjuguée de la tête et des yeux — contracture précoce des membres, myosis, rythme de Cheyne-Stockes, hypothermie centrale dans les premières heures. L'examen de l'œil montre de l'œdème de la papille et des hémorragies rétiniennes. L'évolution se fait vers la sclérose et l'hémiplégie spasmodique.

LE RAMOLLISSEMENT CÉRÉBRAL. — Il se produit surtout au niveau du cortex et survient chez des vieillards, atteints d'athérome — ou bien chez des sujets jeunes, porteurs d'affections cardiaques ou à la suite d'infections récentes. Le début est variable, et donne une hémiplégie incomplète, progressive, pouvant réaliser deux types :

a. Par *embolie* : elle survient dans le 1er tiers de la vie, chez des cardiaques (rétrécissement mitral surtout). Les prodromes sont exceptionnels, le début brutal par ictus; il y a fréquemment de l'aphasie motrice; les troubles mentaux sont peu profonds. Il s'agit souvent d'une crise isolée au cours d'une cardiopathie; s'il se produit une récidive de l'autre côté, l'hémiplégie est double.

b. Par *thrombose* ; elle survient dans le derniers tiers de la vie chez un athéromateux atteint d'artérite syphilitique souvent; des prodromes (vertiges, engourdissements) précèdent la crise; il y a des troubles mentaux prononcés. Le début est lent, progressif, sans ictus, et il se produit une parésie passagère qui se complète dans la suite. Le malade est porteur de lésions artérielles diverses.

Mais dans un certain nombre de cas, l'hémiplégie peut survenir au cours d'une série d'affections connues et bien caractérisées et dans ce cas, le diagnostic causal est plus facile :

1. FRACTURES DU CRANE : il n'est pas toujours facile de préciser si le coma est consécutif à la fracture ou l'a déterminée.

Il faudrait y rattacher la paralysie obstétricale du *nouveau-né*.

2. AU COURS DE MALADIES INFECTIEUSES : il s'agirait d'hémiplégies transitoires, bien souvent hystériques : au cours d'une pneumonie (troubles circulatoires chez l'adulte, ramollissement chez le vieillard), au cours d'une pleurésie (hémiplégie fonctionnelle); d'une variole, d'un zona ophtalmique, fièvre typhoïde, paludisme, méningites. Au cours de la méningite tuberculose, l'hémiplégie peut se voir à la phase terminale de la maladie, ou bien au cours de l'affection par production d'un tubercule cérébral. Il en est de même des hémiplégies au cours des méningites aiguës; mais dans ce cas la lésion peut régresser en partie ou en totalité.

Enfin, au cours de la puerpéralité (hémorragie cérébrale au cours de crises d'éclampsie).

3. AU COURS D'UNE INTOXICATION : signaler les hémiplégies au cours du coma urémique, du diabète (hémiplégie fugace, mobile, incomplète), au cours des intoxications par le plomb, l'oxyde de carbone, etc., ou d'asystolie (stase cérébrale). Ce sont des hémiplégies incomplètes, fugaces, souvent de nature hystérique ou liées à des troubles circulatoires seuls sans lésion organique.

4. AU COURS D'UNE MALADIE NERVEUSE BIEN CARACTÉRISÉE : tabes; sclérose en plaques, paralysie générale, maladie de Parkinson.

Il s'agit d'hémiplégies récidivantes, transitoires, relevant souvent de lésions organiques.

Dans tous ces cas, le diagnostic d'hémiplégie étant facile ou difficile, il faudra s'appuyer sur les résultats que donne la PONCTION LOMBAIRE. Dans les fractures du crâne, on a du liquide sanglant.

Dans les méningites : des réactions cytologiques, et bactériologiques spéciales, dans le tabès, la P. G. P., la syphilis cérébrale : lymphocytose, albuminose, réaction de Wassermann.

Dans le ramollissement cérébral, le liquide est normal; dans l'hémorragie méningée, le liquide est jaunâtre, hématique; dans l'hémorragie cérébrale, le liquide est sanglant. On fera l'épreuve des 3 tubes (Tuffier) : le culot est égal dans les 3, et les ponctions pratiquées en séries permettent de voir l'évolution des lésions : apparition d'hémato-macrophages, puis disparition des hématies, enfin réaction leucocytaire.

En résumé, 1° chez l'enfant, on pensera à une hémorragie méningée, une tumeur cérébrale ; une méningite tuberculeuse ou syphilitique;

2° Chez le sujet jeune, le diagnostic hésite entre la syphilis, l'embolie d'origine cardiaque, l'hystérie;

3° Chez l'adulte, on pensera surtout à l'hémorragie cérébrale;

4° Enfin chez un sujet âgé, le ramollissement cérébral est provoqué soit par l'athérome artériel, par la désintégration lacunaire.

LE PRONOSTIC est en général grave. Au début, on doit redouter les escarres de decubitus acutus, l'hyperthermie, le coma qui se prolonge, les contractures précoces qui sont en faveur d'une inondation ventriculaire.

Puis si la vie reprend, l'hémiplégie se fixe en général. Le malade est devenu un infirme et le pronostic de l'hémiplégie se trouve subordonné à la nature des lésions; grâce au traitement, le pronostic est bénin dans les lésions syphilitiques. Dans le cas d'hémorragie cérébrale ou de cardiopathie, il faut craindre une récidive.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 97, p. 1559; n° 99, p. 1591; n° 101, p. 1623, et n° 103, p. 1655.

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

Hopitaux de Paris. — Concours de l'internat. — *Pathologie.* — Séance du 13 décembre. — MM. Codet, 8; Derville, Godard (Henri) et Larget, 10; Desnoyers, 13; Leroux et Basch, 12; Gardinier, 7; Ducuing, 12; Christophe, 7.

Séance du 15 décembre. — MM. Meyer-May, 10; Estrabaud, 9; Mlle Le Bouëdec, 5; MM. Boisnier, 9; Philippeau, 7; Denoyelle, 12; Bourdillon, 11; Lougnon, 5; Garnier, 8; Chabaud, 4; Huet (Léon), 10.

Les épreuves orales commenceront le 5 janvier, à 17 h. 1/2, 49, rue des Saints-Pères.

Hopitaux de province. — Bordeaux. — Après concours, M. le Dr Courbin a été nommé médecin résidant à l'hospice général.

— Le concours de l'internat en pharmacie s'est terminé par la nomination de MM. Mossion, Péry, Guichard et Vignal.

Facultés de médecine. — Alger. — M. Mélis est chargé d'un cours de pharmacie galénique.

— Lille. — M. Potel, agrégé, est chargé d'un cours de médecine opératoire.

— Lyon. — M. Gravier est chargé des fonctions de chef des travaux d'anatomie générale et histologie.

— Sont nommés chefs de travaux : MM. Mazel (médecine légale), Fouilloux (pharmacologie), Dufourt (médecine expérimentale).

— Sont nommés chefs de laboratoire : MM. Boulud et Bost (clinique médicale), Fondet et Dunet (clinique chirurgicale), Rossigneux (clinique ophtalmologique).

— Sont chargés des fonctions de chef des travaux : MM. les agrégés Barral (chimie minérale), Savy (anatomie pathologique), Garin (parasitologie), Bretin (matière médicale), Guillemard (chimie organique), Sarvonat (physiologie). Hovelacque (anatomie), Tavernier (médecine opératoire).

Faculté libre de Lille. — Le concours de l'adjuvat s'est terminé par la nomination de M. Toison.

Facultés de pharmacie. — Montpellier. — M. Juillet, agrégé, est nommé professeur de matière médicale en remplacement de M. Planchon, décédé.

— Strasbourg. — M. Seyot, chargé de cours, est nommé professeur d'histoire naturelle.

Écoles de médecine. — Marseille. — M. J. Martin est chargé d'un cours complémentaire de physique médicale.

— Nantes. — M. Guéguen est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

— M. Rébilié est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire de chimie.

Ministère des colonies. — Le *Journal officiel* du 14 décembre publie un arrêté ouvrant un concours pour l'emploi de médecin stagiaire de l'Assistance publique en Indochine.

Médailles de la reconnaissance française. — *Médaille d'argent.* — MM. les Drs Faneuil (de Saujon); Rollin (de Nogent-le-Rotrou); Mlle Weil (de Paris).

Médailles de bronze. — MM. les Drs Audouin (de Royan); Bourgeois (d'Eu), Cassin (d'Avignon), Crauck (de Paris), Ellias (de Mulhouse), Jacquey (de Vesoul), Jaeger (de Mulhouse), Lepage (d'Angers), Notin (de Chevillon), de Pezzer (de Paris), Trochon (de Pouancé).

Académie royale de médecine de Belgique. — M. Léon Fredericq a été nommé docteur « honoris causa » de l'Université de Saint-Andrews.

— MM. Gratia, président; Fredericq, Henrijean, Willems et Bordet sont délégués aux fêtes du centenaire de l'Académie de médecine de Paris.

— La question suivante est mise au concours : « On demande de nouvelles recherches sur l'influence qu'exercent les glandes endocrines sur les phénomènes d'immunité. » — Prix : 2.000 fr. — Clôture du concours : 15 juillet 1922.

CITATIONS A L'ORDRE DE L'ARMÉE. — Sont cités à l'ordre de l'armée : MM. les Drs :

Grandjean, m.-a.-m. de 2e cl., 2e région : médecin aide-major d'un moral très élevé, d'une remarquable bravoure et du plus grand dévouement. A prodigué ses soins à de nombreux blessés à demi-asphyxiés et a pu les rappeler à la vie. S'est courageusement exposé de nombreuses fois pour faire la relève des blessés sur les remparts, malgré les périls à courir sous l'extrême violence du bombardement et le feu violent des mitrailleuses. (*J. O.*, 8 juil. 1920.)

M. Favier, médecin-major de 1re classe, chef du Service de santé de la place de Longwy : médecin-major animé du plus haut sentiment du devoir. Arrivé à son poste très fatigué, a fait preuve de remarquables qualités d'énergie et de volonté et a pris immédiatement la direction du service de l'hôpital de siège à laquelle il s'est consacré tout entier, se dépensant sans compter et donnant à tout son personnel l'exemple du dévouement le plus absolu. A prodigué ses soins aux blessés, de jour et de nuit, au risque d'aggraver son état de santé très précaire, avec une inlassable activité, malgré les dangers à courir, sous des casemates s'effondrant à chaque instant sous le bombardement. (*J. O.*, 8 juillet 1920.)

M. Jeandidier (Henri), médecin aide-major de 1re classe du Service de santé de la 2e région (anciennement au 164e régiment d'infanterie) : médecin-major de haute valeur professionnelle, d'un courage remarquable et d'un dévouement au-dessus de tout éloge. A fait preuve d'un admirable esprit de sacrifice et s'est dépensé sans compter, de jour et de nuit, auprès des nombreux malades affluant de toutes parts à l'hôpital de siège, leur prodiguant ses soins sans relâche, sans repos, sans aucun souci des risques à courir, dans des conditions d'installation extrêmement périlleuses, pendant les 6 jours consécutifs du bombardement de la place de Longwy. (*J. O.*, 8 juillet 1920.)

M. Theillard (Jean), médecin sous-aide-major à la 14e section d'infirmiers militaires (anciennement au 4e bataillon du 252e régiment d'infanterie) : a toujours fait preuve de courage et de dévouement. Grièvement blessé, le 27 mai 1918, en aidant ses brancardiers à transporter des blessés sur une route battue par les mitrailleuses ennemies. (*J. O.*, 7 août 1920.)

M. Bouffier (Henri-François-Joseph), médecin aide-major de 1re classe au 2e bataillon du 4e régiment territorial d'infanterie : est resté auprès des blessés, dans un fort que la garnison venait d'évacuer sous la violence du bombardement et a assuré leur évacuation avec un complet mépris du danger. (*J. O.*, 2 sept. 1920.)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le Dr Verdier (d'Auch).

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — SPORTS D'HIVER A CHAMONIX ET AU MONT-REVARD (AIX-LES-BAINS). — *Billets spéciaux d'aller et retour.* — La Compagnie P.-L.-M. délivre, depuis le 10 décembre, à la gare de Paris et dans ses principales gares des billets spéciaux d'aller et retour pour Aix-les-Bains et Chamonix, valables quinze jours, et pouvant être prolongés par deux fois de huit jours avec faculté d'arrêt à Aix-les-Bains pour les voyageurs allant à Chamonix.

Depuis le 10 décembre 1920, relations entre Paris, Aix-les-Bains et Chamonix (voitures directes 1re et 2e, lits-salon jusqu'à Saint-Gervais).

Aller : départ de Paris, 21 h. 05 ; arrivée à Aix-les-Bains, 7 h. 35 ; arrivée à Chamonix, 14 h. 42.

Retour : départ de Chamonix, 15 h.; départ d'Aix-les-Bains, 22 h. 17 ; arrivée à Paris, 9 h. 40.

Du 20 décembre au 28 février, la Compagnie mettra en marche un train express (1re et 2e) entre Aix-les-Bains et Saint-Gervais-le-Fayet qui permettra d'arriver à Chamonix à 12 h. 44 et d'en repartir à 17 h. 15.

Le chemin de fer du Revard et l'hôtel du Revard seront ouverts du 15 décembre au 15 mars.

Départ d'Aix-les-Bains, 8 h. 25 ; départ du Mont-Revard, 16 h. 45.

Durée du trajet : 1 h. 15 à la montée; 1 h. 5 à la descente.

Train supplémentaire les dimanches et fêtes, samedis et veilles de fêtes, partant à 11 h. d'Aix-les-Bains.

Service automobile de la gare P.-L.-M. à la gare du Revard.

Pour tous renseignements, s'adresser à l'agence P.-L.-M., 88, rue Saint-Lazare, à Paris, aux bureaux de renseignements des gares P.-L.-M. aux syndicats d'initiative de Chamonix et d'Aix-les-Bains, à la Compagnie du Revard à Aix-les-Bains.

NOTES DE PRATIQUE

ARSENOBENZOLS ET IODO-MERCURIQUES

> La formule, arsenic = traitement d'assaut ; mercure = traitement de sûreté, me semble de plus en plus vraie. GOUGEROT.

La critique de l'action des arsenicaux dans le traitement de la syphilis est à l'ordre du jour. De nombreux ouvrages et toute une série d'articles ont repris la question, cherchant à dégager, par l'examen impartial des faits cliniques, une notion exacte de la valeur d'une médication qui règne en souveraine sur la thérapie de la syphilis depuis bientôt dix ans.

Après les études très documentées de Milian, Gougerot, Hartmann, etc., le Dr Renault, dans le *Journal des praticiens* du 25 octobre, est venu poser à nouveau catégoriquement la question : les arsenobenzols méritent-ils la prééminence qu'on leur attribue généralement?

L'excellent petit manuel de Ravaut, paru en 1918, démontre que, du traitement d'attaque, dépend l'évolution future de l'infection. Or, pour être justes, nous devons reconnaître, à cet égard, la grande valeur des arsenicaux, et d'un avis presque unanime dans tous les cas où il importe d'intervenir rapidement et énergiquement, ils répondent à une indication primordiale. Mais là paraît bien se borner cette quasi-spécificité, et il serait illusoire de compter sur l'arsenic pour une stérilisation générale de la tréponémie, ainsi que cela avait été imprudemment affirmé tout d'abord, même au moyen d'injections massives. Hormis toutefois une courte période qui suit immédiatement l'apparition du chancre, pendant laquelle il semble que dans quelques cas, encore rares, cette stérilisation a été observée. Excellent pour culbuter les spirochètes de leurs positions avancées, les arsenicaux sont impuissants à les déloger de leurs lignes de retraite organiques. Ce rôle reste dévolu au mercure.

Il semble bien acquis aujourd'hui qu'on n'obtient d'action thérapeutique profonde, durable, donnant une réelle sécurité au malade qu'en réunissant ces deux vieux spécifiques, le mercure et l'iode, qui, surtout lorsqu'ils interviennent simultanément et à propos, par des cures régulières et suffisamment prolongées, réussissent presque toujours à conjurer les redoutables éventualités des destins éloignés de la syphilis.

Le lipogyre, éther gras iodo-mercurique, grâce à son organotropie, est un tréponémicide puissant; il n'est pas éliminé rapidement à la façon des sels solubles, son action, pourtant, est beaucoup plus prolongée, plus intense aussi, du fait de la fixation d'Hg sur les tissus en général plutôt qu'à sa présence à teneur élevée dans le sang, comme avec les sels solubles. Extrêmement bien toléré par la voie digestive, on peut l'administrer à la dose de 0g60 à 2 g. par jour, ce qui représente de 0g04 à 0g12 d'Hg avec 0g20 à 0g80 d'iode. C'est le médicament de la syphilis à toutes ses périodes et son indication formelle se pose en face de toutes les syphilides malignes, les infiltrations, les ostéites, la céphalée tenace, le phagédénisme, etc.

(A suivre.)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES MÉDECINS ET LA TAXE D'AFFAIRES

M. Bouilloux-Lafont, député, ayant demandé à M. le ministre des Finances si les médecins et les chirurgiens dentistes sont assujettis à la taxe sur le chiffre d'affaires instituée par la loi du 25 juin 1920 et réglementée par les décrets des 24 et 26 juillet 1920, a reçu la réponse suivante :

« L'article 59 de la loi du 25 juin 1920 ne soumet à l'impôt sur le chiffre d'affaires que les personnes achetant pour revendre ou accomplissant des actes relevant des professions assujetties à l'impôt cédulaire sur les bénéfices industriels et commerciaux, institué par le titre 1er de la loi du 31 juillet 1917. Les médecins et chirurgiens dentistes qui se bornent à l'exercice de leur profession libérale, sans y joindre une exploitation commerciale, telle que la vente de médicaments, de râteliers ou fournitures dentaires à des personnes autres que celles qu'ils soignent, ne sont donc pas redevables de l'impôt sur le chiffre d'affaires puisqu'ils sont assujettis non à l'impôt cédulaire sur les bénéfices industriels et commerciaux, mais à l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales institué par le titre IV de la loi du 31 juillet 1917. » (*J. O.*, 28 nov. 1920.)

Cette réponse confirme l'opinion émise par notre éminent collaborateur Me H. Ribadeau-Dumas (voir *Gaz. des hôpit.*, n° 91, 26-28 oct. 1920, p. 1450).

A PROPOS DU CONCOURS DE MÉDECIN DES HOPITAUX MILITAIRES

M. Antoine, député, expose à M. le ministre de la Guerre, qu'un décret du 15 juin 1920 (*Journal officiel* du 25 juin) institue la création du concours pour l'obtention du titre de médecin des hôpitaux militaires, dont le programme est d'ailleurs attendu par les candidats éventuels; qu'à ce concours en est adjoint un autre pour l'obtention du titre de médecin spécialiste : médecine légale et neuro-psychiatrie, et demande au ministre, à propos de ce dernier, s'il a envisagé la situation des médecins militaires déjà pourvus du diplôme en médecine légale et psychiatrie de la Faculté de Paris ; exposant, en outre, qu'avant la guerre, en effet, quelques médecins militaires avaient travaillé spécialement cette branche de la médecine et avaient vu leur labeur couronné par ce diplôme universitaire, ajoutant qu'il serait de toute justice d'accepter sans autre forme cette consécration officielle, d'utiliser ces médecins selon leur spécialité et de les nommer directement médecins spécialistes des hôpitaux. (*Question du 8 novembre 1920.*)

2e *réponse.* — Les diplômes ou certificats délivrés par les Facultés de médecine ne peuvent dispenser les médecins militaires de prendre part aux concours institués par le décret du 15 juin 1920. (*J. O.*, 30 nov. 1920.)

LA SITUATION DES ÉTUDIANTS GRADÉS

M. Jules Nadi, député, signale à M. le ministre de la Guerre la situation tout à fait spéciale faite aux étudiants immatriculés dans des facultés, expose qu'alors que les étudiants sous les drapeaux désirant continuer leurs études dans les lycées ou collèges obtenaient, en restant incorporés, toutes facilités nécessaires pour suivre les cours en conservant leur solde et leur grade, les étudiants obligés par leur destination d'être immatriculés dans une faculté étaient ainsi mis en sursis, les gradés parmi eux ont dû, pour bénéficier de ce sursis, donner leur démission du grade occupé, et demande au ministre : 1° de faire cesser une inégalité que rien ne justifie ; 2° si, pour la compenser dans la mesure du possible, il n'y aurait pas lieu de réintégrer ces étudiants dans le grade qu'ils avaient au moment de leur mise en sursis, ce grade ne leur étant rendu qu'à titre temporaire pour finir leur service. (*Question du 7 novembre 1920.*)

Réponse. — Jamais un homme de troupe gradé n'a dû rendre ses galons pour pouvoir bénéficier d'un sursis d'incorporation. Les étudiants visés dans la question ne peuvent

donc être que les étudiants de la classe 1918 qui, avant leur mise en sursis, étaient des officiers à titre temporaire. Ces derniers ont dû, en effet, démissionner, parce que la position de sursis est spéciale à l'homme de troupe et incompatible avec le statut d'officier. Mais il est entendu que leur grade d'officier leur sera rendu quand ces jeunes gens viendront terminer le temps de service actif qu'il leur reste à accomplir.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mardi 21 décembre. — Jury : MM. Letulle, président; Rathery, Villaret et Philibert. — M. de Montalent (Yves). Contribution à l'étude du cancer herniaire. — M. Deguy (Robert). Quelques particularités de l'arriération mongolienne.

Mercredi 22 décembre. — Jury : MM. Delbet, président; Broca (Aug.), Roger et Mathieu. — M. Martinet (Jean). L'étiologie des leuconychies partielles. — M. Capelle. Considérations cliniques et radiographiques sur le mal de Pott. — M. Lamare (Jean). Contribution à l'étude du siphonage de la plèvre au cours des pleurésies purulentes.

Jeudi 23 décembre. — Jury : MM. Bar, président; Brindeau, Marfan et P. Duval. — M. Houillon (Emile). Contribution à l'étude des pleurésies purulentes. — M. Viel (Pierre). Contribution à l'étude des fibromes gravidiques. — M. Dresch (Pierre). Les bassins rétrécis sont-ils en voie de diminution ? — M. Moret (Gabriel). Quelques considérations à propos du pylore chez le nouveau-né. — Mlle Burgard (M.). Rapports des pleurésies purulentes et de la scarlatine.

Jury : MM. Pouchet, président ; Widal, Gilbert et Dupré. — M. Jouisse (André). Contribution à l'étude clinique et thérapeutique de l'allythéobromine. — M. Poisson (René). Méningite tuberculeuse à forme mélancolique. — M. Alamartine (Antoine). Différentes modalités de l'encéphalite épidémique. — M. Hadji-Ghentcheff (Dimitri). Contribution à l'étude des troubles de la sudation et du système pileux.

Jury : MM. Bezançon, président; Carnot, Champy et Philibert. — M. Fauvel (Victor). Traitement de l'arthrite blennorragique. — M. Beaud (Joseph). Sur l'emploi, en chirurgie, de l'atropine.

COURS ET CONFÉRENCES

Hotel-Dieu (service du Dr Caussade). — Le Dr G. Leven commencera une série de leçons sur la Thérapeutique gastro-intestinale, le mercredi 5 janvier 1921, à 10 h. 30. Ces leçons auront lieu tous les mercredis, en janvier et février.

Faculté de médecine de Paris. — La première leçon sur le traitement sanglant des fractures, par M. le Dr Dujarier, qui devait avoir lieu le jeudi 13 janvier 1921, à 17 h., à l'amphithéâtre Vulpian, est reportée au mardi 18 janvier, à la même heure. Les leçons suivantes auront lieu les mardis suivants.

Cours libre de clinique médicale a l'hopital Tenon. — M. le Dr Klippel, médecin des hôpitaux, fera le samedi de chaque semaine, à 10 heures 1/2, dans la salle Gérando, un cours de policlinique des maladies du système nerveux.

Cours libre sur la cryologie. — M. le Dr Léon Lortat-Jacob, médecin des hôpitaux, commencera le jeudi 13 janvier, à 17 heures, à l'amphithéâtre Vulpian, une série de trois conférences, avec projections et démonstrations pratiques, sur les méthodes utilisant les basses températures et leurs applications et les continuera les jeudis 20 et 27 janvier, à la même heure.

Application : 1° à l'hygiène (hygiène alimentaire, hygiène professionnelle, etc.); 2° aux recherches de laboratoire, à la biologie; 3° à la thérapeutique, cryothérapie locale, cryocautères, traitement des dermatoses par le froid.

LE CENTENAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

QUELQUES SOUVENIRS

Par le Dr ALBERT BROCHIN,
Doyen des Journalistes médicaux.

L'Académie de médecine va fêter son centenaire en présence du Président de la République, des membres du gouvernement et des plus illustres représentants des sociétés savantes françaises et étrangères. Notre excellent directeur et ami a pensé que c'était peut-être pour moi l'occasion de fêter mon cinquantenaire de reportage académique.

Il y a plus de cinquante ans, en effet, que, pour la première fois, je pénétrai, à l'Académie de médecine, avec mon père (1) pour l'aider à y faire le compte rendu pour la *Gazette des hôpitaux*.

Que de souvenirs me restent de ce long stage! Qu'on me permette d'en évoquer quelques-uns, car je n'ai pas l'intention de résumer les beaux travaux de l'Académie durant ce siècle, travaux que tout le monde connaît ou connaîtra après les rapports que MM. Vaillard, Chauffard, Delorme, Pinard, Meillère, Camus et Hanriot vont venir lire devant l'Académie.

LES DIFFÉRENTS LOCAUX DE L'ACADÉMIE. — Ce fut le 20 décembre 1820 qu'une ordonnance de Louis XVIII, promulguée le 14 janvier 1821, fusionna, sous le nom d'Académie de médecine, deux vieilles sociétés, l'Académie de chirurgie et la Société royale de médecine. D'abord installée au Louvre, dans les appartements de l'infante, l'Académie vint occuper, en 1824, le n° 21 de la rue de Poitiers, dans un vieil hôtel d'où le propriétaire la congédia en 1850. Ce fut à cette époque qu'elle vint occuper, rue des Saints-Pères, l'ancienne chapelle désaffectée de l'hôpital de la Charité, aujourd'hui salle des concours de l'Assistance publique et siège de la conférence Molé-Tocqueville (2). En face, au n° 38, se trouvaient alors les bureaux de la *Gazette des hôpitaux*.

La séance d'inauguration eut lieu le 5 septembre 1850, elle fut moins qu'une séance solennelle, plus qu'une séance ordinaire. Bricheteau, président, ayant à sa droite Dumas, ministre de l'Agriculture, prononça un discours. F. Dubois, secrétaire perpétuel, lut un rapport sur le contenu des archives de l'Académie royale de chirurgie et de la Société royale de médecine. Ce fut toute la cérémonie.

L'Académie fut donc la locataire de l'Assistance publique pendant plus de cinquante ans. Ce local était sombre, étroit, mal commode ; la bibliothèque y était tout à fait insuffisante. Que de fois nous avons été témoin du désespoir de ce pauvre Dureau qui ne savait où mettre ses livres. Les bureaux consistaient en une seule pièce, petite, mal éclairée. Le service des eaux minérales était relégué dans une barraque en bois qui se trouvait dans la petite cour reliant l'entrée aux bureaux.

Jusqu'en 1877 les fauteuils académiques n'existaient que de nom. C'étaient de simples stalles un peu moins confortables que celles du parterre de la Comédie-Française. Ce fut, si je m'en souviens, grâce à la générosité de Demarquay que ces stalles furent remplacées par de vrais fauteuils. Il avait, par testament, laissé à l'Académie une somme assez importante pour cette heureuse transformation, et je me rappelle que, en prenant place au fauteuil présidentiel, Bouley, qui était un très fin orateur et qui avait beaucoup d'esprit, se réjouit avec ses collègues de ce luxe de fauteuils inconnu jusque-là.

Ce fut dans cette vieille salle de la rue des Saints-Pères que l'Académie siégea pendant la guerre de 1870, sous la présidence de Denonvilliers.

Je me souviens d'une séance qui eut lieu pendant le bombardement de Paris. Le Muséum, le Panthéon avaient été atteints par les obus. Béhier monta à la tribune et demanda que l'Académie votât la radiation de tous les correspondants allemands. Il termina son discours, très violent, par cette phrase : « Je ne sais qui a dit que nous avons du sang germain dans les veines, si j'en étais sûr je me ferais saigner à blanc. » Hélas! comme tout cela fut vite oublié! Et comme, peu de temps après, tous nos auteurs français remplissaient leurs bibliographies de noms allemands! Et combien d'inventions françaises qui sont longtemps restées chez nous lettre morte et qui n'ont été adoptées que revenues d'Allemagne. Le tubage de la glotte, par exemple, inventé par Bouchut et qui n'est entré dans la pratique courante qu'après avoir été réinventé et proposé par un auteur allemand.

Que de travaux importants, que de découvertes, que de discussions passionnées ont eu lieu dans ce vieux et sombre bâtiment de la rue des Saints-Pères! Nous y reviendrons tout à l'heure.

Ce fut en 1902 que l'Académie prit enfin possession du bel hôtel qu'elle occupe actuellement 16, rue Bonaparte, bel hôtel, en effet, mais bien défectueux au point de vue de la lumière et de l'accoustique (1).

Une séance solennelle eut lieu, lors de l'inauguration de ce nouveau local, sous la présidence de M. Loubet, président de la République, qui remit à Jaccoud, secrétaire perpétuel, la croix de commandeur de la Légion d'honneur. Jaccoud prononça un de ces beaux discours dont il avait le secret et qu'il disait d'une façon si parfaite, ce qui faisait autant d'honneur à sa mémoire qu'à son talent d'écrivain.

LES PRÉSIDENTS. — Ce fut le baron Portal le premier président de l'Académie de médecine (2). Parmi ses successeurs, nous citerons Dupuytren (1824), Vauquelin (1825), Antoine Dubois (1827), Adelon (1831), Breschet (1832), Marc (1833), Lisfranc (1835), Husson (1839), Barthélemy (1840), Roux (1841), Paul Dubois (1843), Caventou père (1845), Bégin (1847), Royer-Collard (1848), Velpeau (1849), Bricheteau (1850), Orfila (1851), Mélier (1852), Bérard (1853), Jobert de Lamballe (1855), Bussy (1856), Michel Lévy (1857), Cruveilher (1859), Cloquet (1860).

Lorsque je fis mes premiers pas à l'Académie, c'était le révérend père Bouillaud qui présidait et qui défendait ses idées avec une ardeur toute juvénile. Deux ou trois ans après, ce fut le baron Larrey, président type par l'autorité, par une discipline toute militaire, par sa fermeté à laquelle s'alliait d'ailleurs une parfaite courtoisie ; puis ce fut Malgaigne, caus-

(1) Robert-Hippolyte Brochin, rédacteur en chef de la *Gazette des hôpitaux* de 1857 à 1888.

(2) Notre ami Cabanès a publié dans la *Gazette des hôpitaux*, janvier 1892, n°s 3 et 5, p. 23 et 40, une remarquable notice historique sur l'Académie de médecine. Elle sera consultée avec fruit par tous les chercheurs.

(1) Cf. Inauguration de l'Académie de médecine, *Gaz. des hôpit.*, 27 nov. 1902, n° 134, p. 1315; — Description des bâtiments avec les plans de l'architecte Rochet, *Ibid.*, p. 1317.

(2) Le baron Portal fut nommé président d'honneur perpétuel par ordonnance du 28 décembre 1820.

tique souvent à l'excès; au cours d'une discussion sur la synthèse chimique, ne disait-il pas un jour à Miahle : « Je vous mets au défi de faire de la m...atière fécale. » Puis vint Bouchardat, le père de la misère physiologique et du traitement du diabète, bonhomme simple et fin, puis Tardieu à la parole claire et élégante, plein de grâce et d'aménité, sans préparation, capable de répondre en latin à un auteur italien qui avait fait une communication dans cette langue; Ricord, président aimable et jovial, qui n'a pu présider une seule séance sans y apporter son calembour. On présente un jour les pièces d'un guillotiné, monorchide; mais, messieurs, dit le président avec le plus grand sérieux, cet homme n'aurait jamais dû être condamné à mort : *Testis unus, testis nullus*. Un autre jour, Maurice Perrin, candidat, lisait un travail sur l'arthrotomie. Le temps pressait, plusieurs membres demandaient que la fin de cette lecture fût remise à la prochaine séance, alors, toujours très sérieux, Ricord demanda à l'auteur s'il ne pouvait pas faire une amputation « dans l'article ».

Puis vinrent Blache, Wurtz, Barth, Depaul, Gosselin, Baillarger, Alfred Richet, etc. J'en passe et des meilleurs.

Citons encore Bergeron, excellent président; Sappey, très grave; Tarnier, bon enfant, Rochard, un charmeur, plein de finesse et d'esprit. Il venait d'être victime d'un fou qui lui avait tiré une balle qui était restée dans sa poitrine, tout près du cœur. A ce propos, l'Académie l'avait fortement applaudi à son retour au fauteuil. Rochard exprima sa gratitude en termes fort heureux et termina en disant qu'il ne lui resterait de cet accident qu'un peu de plomb et beaucoup de reconnaissance dans le cœur. Jaccoud, comme président, se faisait remarquer par la pureté de son langage chaque fois qu'il avait l'occasion de prendre la parole, ne fût-ce que pour louer les morts. Guyon, Tillaux, Guéniot furent aussi d'excellents présidents. Léon Labbé n'était rien moins qu'orateur, mais comme il savait bien se servir de son crédit et de son autorité sénatoriale pour défendre les intérêts de notre profession! Dieulafoy, brillant président, orateur émérite, toujours écouté avec plaisir; Lannelongue, si vif, si primesautier, l'un des bienfaiteurs de la science et de l'humanité. Parmi les derniers présidents, nous devons une mention à M. Hayem et nous devons louer tout spécialement M. Delorme de l'autorité, de l'activité qu'il a déployées dans ces fonctions, de l'élan qu'il a su imprimer à l'Académie en suscitant des communications et en soulevant des discussions. Peu d'années ont été aussi riches en travaux que l'année 1919. En prenant place au fauteuil, M. Delorme, appelant à ses côtés son camarade M. Laveran comme vice-président, a fort heureusement fait remarquer qu'il étaient tous deux anciens élèves de l'Ecole de Strasbourg et que l'Académie avait ainsi semblé vouloir fêter, à sa manière, le retour à la France de l'Alsace et de la Lorraine.

De quelques candidats a l'Académie. — Il se fit beaucoup de bruit autour de certaines candidatures. Pourquoi l'Académie n'a-t-elle jamais voulu recevoir dans son sein Bouchut qui était devenu un maître de la clinique infantile, qui avait publié maints travaux originaux? Question de caractère dira-t-on? est-ce une raison plausible? Bouchut s'est vengé assez spirituellement en se faisant accorder, comme auteur anonyme, plusieurs prix importants.

Deux célèbres chirurgiens durent vaincre une opposition formidable pour arriver à l'Académie, ce furent L. Labbé et Péan. Que de fois n'avons-nous pas entendu tenir ce propos dans la salle des Pas-Perdus : Jamais Labbé ni Péan n'arriveront à l'Académie; fâcheuse constatation à faire, l'opposition venait surtout des chirurgiens, ce qui semblerait indiquer qu'au-dessus de l'*invidia medicorum* il y a l'*invidia chirurgicorum* encore plus terrible. Toutefois portés tous deux par la renommée publique, Labbé, d'abord, et Péan, ensuite, furent nommés.

La réputation de Labbé était universelle.

Celle de Péan n'était pas moindre que celle de Labbé mais son bagage scientifique était autrement important et il avait fait une série de présentations de malades ovariotomisées ou hystérectomisées qui avaient soulevé l'indignation des uns et l'admiration des autres. Un curieux détail qu'il est bon de rappeler. Dans une première série de présentations, Péan s'était contenté de présenter les tumeurs enlevées. Mais un certain clan de la compagnie était si mal disposé à son égard, qu'on l'accusa de présenter les pièces de malades qui avaient succombé. Sur le conseil de son maître Nélaton, il présenta, dans une séance ultérieure, malades et tumeurs ensemble. On cria alors au scandale. Heureusement que notre maître était vraiment le *vir impavidus* que rien ne troublait, que rien n'arrêtait. Il continua et il arriva.

Duguet et Dieulafoy se trouvaient sur la même liste de présentation et Duguet m'a raconté qu'au cours de ses visites académiques, il reçut cette réponse de Trélat : « Mon cher, vous avez toutes nos sympathies, mais Dieulafoy aura toutes les voix », c'est ce qui arriva.

Mon père fut candidat dans la section des associés libres; il arrivait, comme journaliste, après Jules Guérin, Dechambre et Amédée Latour. Sa candidature était en bonne voie; en supputant les promesses qui lui avaient été faites, il pouvait espérer une honorable majorité quand, au dernier moment, surgit un candidat tout à fait inattendu, c'était Pasteur. On pense, si mon père se retira. Il faut croire qu'il ne lui en garda pas rancune, car voici en quels termes, il appréciait la première communication de Pasteur, sur le choléra des poules : « M. Pasteur a fait une communication du plus haut intérêt et qui introduit un fait complètement nouveau dans l'histoire des maladies virulentes dont il poursuit l'étude avec une si louable et si fructueuse ardeur..... Enfin rapprochant ce fait de la vaccine, dans ses rapports avec la variole, on y voit une analogie frappante, le microbe atténué, celui qui ne tue point, se comportant comme un vaccin par rapport à celui qui tue. Nous n'avons pas besoin de dire avec quel intérêt a été écoutée cette communication dont la fin a été accueillie par les applaudissements de l'assemblée. » (*Gaz. des hôpit.*, 1880, p. 140). Toute la méthode pastorienne était contenue dans cette communication. Nous verrons plus tard que Pasteur n'a pas toujours été accueilli à l'Académie avec cette même faveur.

Les travaux et les discussions a l'Académie. — Loin de nous, la pensée de vouloir donner même un aperçu de la somme de travaux qui ont passé à l'Académie pendant un siècle. Je voudrais seulement rappeler certaines découvertes de la plus haute importance qui n'ont pas trouvé, tout de suite, à l'Académie, l'accueil qu'elles méritaient. Nous arri-

vons ici à un tournant de l'histoire des sciences médicales et nous sommes obligés de reconnaître que le rôle de l'Académie ne fut pas toujours heureux, ni juste.

Lorsque, par exemple, Villemin vint soumettre à l'Académie sa merveilleuse découverte de la virulence et de la contagiosité de la tuberculose, découverte qui précéda, de plusieurs années, celle de Koch, l'assemblée fut plus surprise qu'émerveillée ; elle restait sceptique et il fallut un certain temps pour qu'elle appréciât la valeur de cette découverte, alors que nous autres, jeunes gens, nous étions remplis d'enthousiasme et considérions déjà Villemin comme un génie. Ce ne fut que plus tard, que Bouley, appréciant le travail de Villemin, déclarait que sa découverte deviendrait l'un des plus beaux fleurons de la couronne du Val-de-Grâce.

Et que dirons-nous de Pasteur? Une récente comédie de Sacha Guitry a porté la question, on pourrait dire le drame, devant le grand public. Il est peut-être resté encore au-dessous de la vérité. Jules Guérin, Peter, Depaul et combien d'autres furent des adversaires terribles pour Pasteur et il ne lui fallut rien moins que sa ténacité, la conscience de sa valeur et surtout de la valeur de ses expériences, son talent d'exposition, la violence même de ses répliques pour venir à bout de pareils adversaires, de Jules Guérin surtout, qui fit preuve, lui aussi, dans ses attaques, d'un grand talent.

Aujourd'hui que nous savons ce qu'est devenu Pasteur, nous ne pouvons que déplorer l'attitude que tinrent, à son égard, certains membres de l'Académie de médecine. Y a-t-il une excuse à cette opposition systématique? tout au plus une explication : Quel est donc ce chimiste, disait-on, qui vient révolutionner la médecine? Ce fut ce langage même, que tint publiquement Depaul, en déclarant, à propos de la vaccine et de la variole, que Pasteur ignorait le premier mot de la question. Jules Guérin, qui était un jouteur redoutable, semblait se venger sur Pasteur des critiques qu'il avait eu à subir de la part de plusieurs de ses collègues, en particulier de Depaul et de Blot. Ce dernier n'avait-il pas traité de physiologie amusante, une nouvelle hypothèse, qu'avait émise Jules Guérin, sur la physiologie utéro-ovarienne.

Au moment où les pouvoirs publics venaient de voter une somme pour permettre à Pasteur de poursuivre son étude du choléra des poules, Jules Guérin n'est-il pas venu à la tribune protester comme « savant » et comme « contribuable » contre cette dépense qu'il jugeait inutile. Pasteur se leva à son tour et déclara que rien ne l'étonnait plus de la part de M. Guérin et que l'inventeur du pansement occlusif des plaies était capable de « toutes les audaces » Jules Guérin bondit de sa place, se dirigeant vers Pasteur, et si le Président Roger n'avait immédiatement levé la séance, on ne sait ce qui serait arrivé.

Il y eut échange de témoins et l'affaire s'arrangea pour le plus grand bien de l'humanité.

Heureusement pour l'Académie, les discussions n'étaient pas toujours sur ce ton et nous nous rappelons d'autres discussions de haute philosophie médicale, à laquelle prit part Chauffard père, dans un style d'une haute portée et d'une belle tenue. Pour l'argumenter, Jules Guérin surveilla son langage et, tout en combattant l'opinion de Chauffard, ne s'écarta jamais de la plus grande courtoisie à son égard.

Les journalistes médicaux a l'Académie. — En décembre 1833, le conseil d'administration fit preuve envers les journalistes d'une bienveillance à laquelle ils n'ont pas toujours été accoutumés depuis. Sur la proposition du secrétaire perpétuel un banc particulier leur fut réservé, loin du bruit des conversations où ils pouvaient recueillir les séances avec plus d'exactitude. En rendant compte de ce fait, la *Gazette des hôpitaux* du 19 décembre 1833 écrivait : « C'est là une attention dont nous devons savoir gré à MM. les Académiciens, membres du Conseil et à M. Marc en particulier. »

Lorsque l'Académie vint s'installer rue des Saints-Pères, les journalistes furent relégués avec le public sur les bancs qui se trouvaient derrière les stalles des académiciens; un beau jour, cependant, sur leurs réclamations, on leur réserva plusieurs places sur le dernier banc de la travée qui se trouvait à gauche du Président. Ce fut à ce banc que je fis mes débuts de journaliste. Nous étions quatre, le Dr Maximin Legrand et plus tard Tardivel pour l'*Union médicale*, dirigée par Amédée Latour, le Dr Linas, pour la *Gazette hebdomadaire*, qui avait pour rédacteur en chef Dechambre, la *Gazette médicale*, représentée par Guardia et dirigée encore à cette époque par Jules Guérin et plus tard par de Ranse, et la *Gazette des hôpitaux*, dont mon père était rédacteur en chef. Puis vinrent ensuite Le Fort, Henri Martin, Auguste Broca, Deny, Corlieu, Granjux, Darras, et enfin Charrier-Tabure (du *Temps*) qui fut le premier rédacteur d'un journal politique. Nous nous trouvions ainsi placés derrière Jules Guérin, Peisse, Colin (d'Alfort), Dujardin-Beaumetz, Bouley, etc. Une parfaite confraternité, comme maintenant, régnait entre nous. Après les séances, le chef de bureau, M. Bordet, qui était l'homme le plus aimable et le plus complaisant, nous confiait toutes les pièces et nous y puisions à qui mieux mieux la substance de compte rendus très détaillés. Nous étions retenus, par ce travail, jusqu'à 8 et 9 heures du soir. Mais on ne s'ennuyait pas.

Maximin Legrand, Linas, Guardia étaient gens d'esprit et émaillaient ces séances de traits parfois fort amusants. Un membre de l'Académie, dont le nom m'échappe, avait, pour habitude, de réciter de mémoire ses communications, dont il nous remettait ensuite le manuscrit. Celui-ci ayant manqué un jour, Maximin Legrand écrivit dans son compte rendu : « M. Untel ne nous ayant pas remis le manuscrit de son improvisation, nous avons le regret de ne pouvoir la reproduire. »

A cette époque, les ordres du jour étaient très chargés; il y avait constamment des discussions plus ou moins passionnées. Notre besogne était loin d'être une sinécure, surtout pour nous autres de la *Gazette* qui paraissions les premiers.

Je ne sais plus comment il se fit qu'à une certaine époque, on m'assigna une autre place qui était un fauteuil placé contre la porte de la bibliothèque. Pendant de longues années, j'occupai ce fauteuil, si bien que beaucoup d'étrangers à l'Académie me considéraient comme un membre de la compagnie. J'étais obligé de leur répondre honnêtement : *Non licet omnibus adire Corinthum.*

J'avais pour voisin, souvent, à cette place, l'excellent bibliothécaire Dureau qui, étouffant dans la poussière de ses bouquins, venait prendre un peu l'air de la salle des séances qui n'était pas beaucoup plus salubre. Quoiqu'il en soit, j'étais très bien installé pendant les dernières années passées

rue des Saints-Pères. Il me fallut déchanter quand l'Académie s'installa rue Bonaparte, où les journalistes médicaux et autres, puisque nous sommes maintenant une quinzaine, sont relégués dans un coin de ce qu'on appelle, au théâtre, le poulailler. Là, nous ne pouvons avoir aucune communication avec les membres, ni avec le bureau, l'acoustique de la salle est telle qu'il nous est impossible de saisir le moindre mot de l'orateur qui est à la tribune.

Nous nous sommes déjà plaints souvent de cette situation, mais toutes nos réclamations sont restées vaines, de sorte que, comme Sosie, nous sommes réduits à rendre compte de batailles dont nous sommes tenus loin...

Puisse le président de 1921, M. Richelot qui, lui aussi, fut un éminent journaliste, entendre cette nouvelle plainte et nous mettre à même de remplir nos fonctions avec plus de facilité.

Que de choses aurais-je encore à dire, que d'anecdotes à raconter si la place ne m'était mesurée!

J'ai beaucoup cultivé et beaucoup aimé l'Académie de médecine. Peut-être me suis-je montré un peu sévère à son égard. Je ne crois pas cependant avoir manqué au respect que l'on doit à une vénérable centenaire. Qu'elle veuille bien me pardonner : *Amica Academia, sed magis amica veritas.*

LE HOQUET ÉPIDÉMIQUE

Par MM. LOGRE et G. HEUYER.

Nous avons rapporté, à la dernière séance de la Société de neurologie, plusieurs cas de hoquet paraissant épidémique. M. Sicard, à la même séance, puis à la Société médicale des hôpitaux, a publié des observations identiques; M. Laignel-Lavastine et M. Claude ont confirmé par leurs constatations personnelles l'exactitude de notre description. En effet, tous les cas observés, qui sont à présent, très nombreux, sont d'une remarquable unité clinique.

Nous rappellerons les principaux éléments du syndrome. D'après M. Sicard, il se produirait avec une préférence marquée dans le sexe masculin. Mais ce n'est pas un caractère constant. Les malades, hommes ou femmes, généralement adultes, sont d'abord atteints d'un léger état grippal, caractérisé par une infection naso-pharyngée avec coryza, enchiffrènement, toux, quelquefois un peu de bronchite, et avec une fièvre peu élevée qui ne dépasse pas 38 ou 38,5. Cette rhinopharyngite dure 24 ou 48 heures, puis le hoquet apparaît, tenace, incessant, quelquefois curieusement rythmé : c'est ainsi qu'un de nos malades avait un hoquet toutes les deux respirations. Le hoquet dure toute la journée, entrave l'alimentation, détermine quelquefois des vomissements, comme il est arrivé à l'un de nos malades, gêne le sommeil qui est difficile, léger et fréquemment interrompu, mais qui, en général, le fait cesser. Dans un cas pourtant, qui nous a été rapporté et que nous n'avons pu vérifier, le hoquet a persisté même pendant le sommeil. D'ordinaire il ne reprend qu'au réveil. La légère infection naso-pharyngée et l'état subfébrile subsistent habituellement pendant toute la durée des manifestions phréniques; l'état général n'est jamais grave; le malade continue, le plus souvent, à vaquer à ses occupations. Il est seulement gêné dans l'exercice de sa profession, quand elle l'oblige à parler. C'est ainsi qu'un magistrat, pendant toute une audience, attira l'attention de l'auditoire par un hoquet continu et agaçant. Il en résulte pour le malade un certain énervement, et devant la continuité et la persistance anormales du symptôme se manifestent un peu d'inquiétude et d'anxiété. Un chirurgien de nos confrères, qui était atteint de hoquet, depuis deux jours, et qui était au courant des formes diaphragmatiques de l'encéphalite épidémique, s'adressa à l'un de nous pour être rassuré autant que pour être traité. Mais l'affection est bénigne. En outre elle est courte. En deux ou trois jours, le plus souvent, exceptionnellement après une semaine, le hoquet cesse après une phase réparatrice de sommeil plus profond. L'action des médicaments antispasmodiques paraît à peu près nulle. Un de nos malades pendant la période aiguë de son affection ne fut pas amélioré par la prise de cinquante gouttes de teinture de belladone; un autre résista à une forte dose d'extrait d'opium. Peut-être la médication a-t-elle quelque utilité en rendant les phases de sommeil plus longues et plus profondes. Mais un certain nombre de malades qui ne prirent rien, ou que des remèdes anodins, guérirent dans le même temps que les autres. En général, la rhinopharyngite guérit avant ou en même temps que le hoquet. Lorsque celui-ci est disparu, la santé redevient normale, sans séquelle ni convalescence traînante.

Cette bénignité et cette brièveté de l'affection ont été notées aussi par MM. Sicard et Paraf. Toutefois M. Netter a vu des cas durer plus de six jours, et M. Courtois-Suffit a vu un de ses malades succomber au bout de 48 heures à un hoquet fébrile. Cette gravité du syndrome doit être exceptionnelle, car sur une vingtaine d'observations, nous avons noté toujours une évolution bénigne et brève, et M. Sicard a fait les mêmes constatations dans les 22 cas qu'il rapporte. L'affection paraît même si bénigne que souvent les malades vont trouver le pharmacien et non le médecin; c'est ainsi que le Dr Genty, qui a observé trois cas identiques aux nôtres, nous signale qu'un pharmacien de son quartier a vu en une semaine sept malades, qui sont venus lui demander un remède contre leur hoquet persistant.

A quelle maladie faut-il rattacher ce hoquet? D'abord sa fréquence actuelle, notée par de nombreux observateurs, et qui paraît continuer à s'accroître, interdit de croire à une simple coïncidence; il y a actuellement une épidémie de hoquet. De plus, l'allure de l'affection, la rhinopharyngite qui la précède, l'état fébrile qui l'accompagnent, indiquent sa nature infectieuse.

Enfin ce hoquet est contagieux. Parmi les observations que nous avons rapportées à la Société de neurologie, la première concerne un homme de 76 ans, qui fut atteint de hoquet pendant trois jours, après que son domestique et que l'oncle de ce dernier eurent été semblablement affectés. Dans un magasin parisien, nous avons noté la contagion du hoquet chez deux camarades d'atelier.

Cette affection épidémique et contagieuse, peut-elle être rattachée à une maladie connue et déjà décrite? Au cours de la grippe épidémique de 1918 aucun symptôme nerveux de cet ordre ne fut signalé, à notre connaissance. L'an dernier, M. Dufour décrivit un hoquet épidémique à la suite d'une communication de M. Sicard sur la forme myoclonique de l'encéphalite épidémique et sur les secousses diaphragmatiques qui peuvent l'accompagner, avec

ou sans hoquet. Ces secousses diaphragmatiques au cours de l'encéphalite épidémique, ont paru caractériser des formes graves de la maladie. Jusqu'à présent, en dehors du cas mortel signalé par M. Courtois-Suffit, le hoquet épidémique ne s'est accompagné d'aucun des autres éléments qui caractérisent la symptomatologie et l'évolution de l'encéphalite épidémique. Dans un cas même, que nous avons rapporté, la contagion ne s'est point faite selon le même mode phrénique ni même nerveux, mais sous la forme d'une affection simplement pulmonaire, la sœur d'un de nos malades, atteint de hoquet, présenta immédiatement des signes de congestion de la base droite avec un état subfébrile identique à celui qui avait accompagné le hoquet de son frère. C'est à cause de ces faits, qu'il nous a paru prématuré de faire entrer le hoquet épidémique actuellement observé dans la séméiologie variable et déjà très polymorphe de l'encéphalite épidémique. Nous nous sommes bornés à le décrire sous le nom de grippe à forme phrénique, toutes réserves étant faites sur la valeur qu'il convient d'attacher au terme imprécis de grippe; ce que ce nom comporte de plus net au point de vue nosologique, c'est la notion d'épidémicité; sans doute sert-il de pavillon à des affections de nature diverse que la bactériologie pourra différencier. Du moins n'engage-t-il pas l'avenir, et répond-il actuellement à la notion clinique exacte de maladie contagieuse, épidémique, saisonnière, à manifestations polymorphes.

Toutefois, nous avons fait remarquer que l'agent de cette grippe épidémique à forme phrénique, comme celui de l'encéphalite épidémique, a la propriété de frapper le système nerveux, selon un mode singulièrement parcellaire, électif et élémentaire. Dans l'encéphalite épidémique, tous les auteurs ont noté la dissociation fine, non seulement nucléaire ou tronculaire, mais encore fasciculaire et fibrillaire, des localisations sur le névraxe. Mais il est exceptionnel que dans l'évolution de la maladie il n'y ait pas sinon coexistence, du moins succession de ces symptômes dissociés. Au contraire au cours du hoquet épidémique, d'évolution bénigne et brève, aucun autre symptôme nerveux n'est noté que le hoquet lui-même. Il y a là aussi une singulière électivité, dissociée et parcellaire du virus sur un seul nerf de l'économie. Dans l'encéphalite épidémique, la localisation est multiparcellaire, dans la grippe à forme phrénique, elle est uniparcellaire. Mais il faut reconnaître quelque similitude, dans la manière de se comporter des deux affections.

Du fait même de la bénignité de la maladie, nous n'avons pas eu l'occasion de pratiquer la ponction lombaire qui pourrait donner d'intéressants renseignements. Le traitement de l'affection est purement symptomatique. Nous avons employé la teinture de belladone et l'opium à hautes doses; un malade s'est bien trouvé d'une potion au chloroforme et sirop diacode que lui prépara un pharmacien; la compression du nerf phrénique à ses points d'élection nous a paru sans action. M. Sicard a pratiqué des tractions rythmées de la langue, la compression oculaire, la distension de l'œsophage par des grosses boulettes de pain dégluties, l'application de sachets de glace sur le phrénique cervical, et a obtenu par ces procédés divers des résultats variables. En réalité, fort heureusement, sauf dans des cas exceptionnels comme celui qu'a rapporté M. Courtois-Suffit, l'affection guérit rapidement avec ou sans traitement. Mais pour bénigne qu'elle est, elle apparaît comme extrêmement singulière dans son allure et pose un problème pathogénique intéressant.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 22 NOVEMBRE 1920)

Sur l'évaluation comparée de l'azote total de l'urine par les méthodes de Dumas et de Kjeldahl. — M. W. Mestrezat et Mlle Marthe Paul-Janet.

Sur la recherche toxicologique des toxiques bromés. — M. A. Damiens.

Conservation ou disparition de la virulence du lait aphteux au cours des manipulations qui suivent la traite. — M. Charles Lebailly. La virulence du lait est une des manifestations les plus précoces de la fièvre aphteuse. Elle entraîne la mort par infection suraiguë des jeunes animaux, veaux et porcs, auxquels ce lait est distribué.

Actuellement, le petit lait est distribué au sortir des écrémeuses alors que dans ces dernières années le petit lait était recueilli après la montée de la crème. Or, celle-ci s'accompagne toujours d'un début de fermentation lactique. Dans ces conditions, le virus aphteux devait être très atténué sinon détruit.

L'observation de la marche de l'épidémie actuelle a, à ce point de vue, la valeur d'une expérience faite en grand. Dans les petites fermes où il n'y a pas d'écrémeuse mécanique les jeunes animaux nourris avec un petit lait ayant subi un début de fermentation demeurent indemnes. La centralisation du lait par les grandes laiteries, suivie de la répartition du petit lait, a eu un résultat inverse : la dissémination rapide de la fièvre aphteuse. Cette conséquence était impossible à prévoir puisqu'on ignorait la virulence du lait fourni par les animaux en incubation de fièvre aphteuse et qui paraissaient parfaitement sains.

On voit qu'il n'est pas toujours possible de prévoir quelle sera la rançon d'un progrès.

(SÉANCE DU 29 NOVEMBRE 1920)

Les variations de la platycnémie du tibia chez les enfants et les adultes des races néolithiques. — M. Marcel Baudouin.

Etude anthropométrique de 127 Espagnols. — MM. Léon Mac-Auliffe et A. Marie.

Sur un nouveau procédé de diagnostic de la syphilis. — M. Gaston Odin. La méthode consiste à prélever dans un tube stérilisé à 180°, au four Pasteur, 50 cmc. à 60 cmc. de sang du sujet malade, à laisser reposer ce sang vingt-quatre ou quarante-huit heures, à répartir ce sérum dans trois ampoules stérilisées d'une contenance de 5 cmc. à 6 cmc., à y ajouter I ou II gouttes de sang du flacon récepteur et à additionner le contenu de chacune de ces ampoules de 1 cmc. de la solution suivante :

Fluorure de sodium................	1 g.
Sérum physiologique à 7g50 p. 1000..	1000 g.

On obtient ainsi un sérum exalté qui, injecté à deux ou trois reprises à raison d'une ampoule par jour pendant trois jours, provoque rapidement une exaltation des accidents existant déjà chez le malade.

On obtient, même chez des syphilitiques dont les accidents avaient disparu depuis un certain temps, une réapparition de ces accidents, notamment, chez les secondaires, de la roséole sur une partie quelconque du corps, le plus souvent sur la région abdominale ou sur la région thoracique, ou des plaques muqueuses, ou les deux simultanément.

Chez les tertiaires, on obtient des syphilides papuleuses, ou des douleurs fulgurantes, ou de l'eczéma, etc. Et l'on obtient ces résultats même chez des individus n'ayant jamais eu d'accidents et ignorant leur syphilis.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE ANNUELLE DU 14 DÉCEMBRE 1920)

M. le SECRÉTAIRE ANNUEL donne lecture du palmarès. (Voir le précédent numéro, p. 1681.)

L'amputation de cuisse, d'emblée, dans les gangrènes spontanées du membre inférieur. — M. LEJARS. L'amputation de cuisse d'emblée, est le meilleur parti à prendre, dans la plupart des gangrènes spontanées des membres inférieurs d'origine artérielle ou artério-diabétique, même lorsqu'elles sont limitées au pied ou à l'extrémité déclive de la jambe.

Un malade de M. le prof. Chauffard est envoyé avec une gangrène du pied droit; c'est un diabétique invétéré; l'amputation de cuisse est pratiquée, à l'anesthésie rachidienne et guérit sans incident. Un autre homme de 65 ans est atteint d'une gangrène sèche du pied et de la jambe, que limite, en haut, un sillon d'élimination; il y a quelques accidents fébriles et l'état général est mauvais : sans attendre, l'amputation de cuisse est pratiquée, et se juge par une guérison locale et une amélioration inespérée de la santé générale.

Il y aura donc tout intérêt, le plus souvent, à faire accepter d'emblée le sacrifice total, pour amputer au lieu de sécurité à la cuisse. Ces amputations doivent être pratiquées sous l'anesthésie rachidienne ou régionale en toute célérité, et par le procédé circulaire le plus simple.

Le trachome. — M. de LAPERSONNE fait un rapport sur les mesures à prendre, demandées par les pouvoirs publics, à l'égard du trachome qui s'observe plus fréquemment qu'autrefois. Toutes les preuves ont été données de la contagiosité de cette affection, preuves cliniques, preuves bactériologiques, ce qui amène M. le rapporteur à demander à l'Académie qu'elle prescrive certaines mesures prophylactiques telles que l'établissement d'une barrière sanitaire contre les orientaux atteints de trachome et l'inscription de cette affection parmi les maladies transmissibles dont la déclaration est obligatoire.

Cette proposition, appuyée par M. Sieur est mise aux voix et adoptée.

Incorporation des jeunes soldats. — M. Léon BERNARD fait un rapport au nom d'une commission chargée de répondre à une lettre de M. le ministre de la Guerre concernant l'incorporation des jeunes soldats.

Le rapporteur propose d'indiquer l'âge de 21 ans comme le plus favorable, sans cependant que celui de 20 ans soulève des objections décisives; la différence n'est pas considérable entre les deux, et relève surtout de facteurs individuels.

Il est souhaitable que l'incorporation ait lieu en une fois à la fin d'avril.

Il convient de recommander aux conseils de révision de tenir compte des répercussions qu'ont pu avoir sur les futures classes les conditions alimentaires et autres dans lesquelles elles ont grandi particulièrement dans les régions libérées et dans celles où une déficience organique a pu être déjà constatée.

Enfin l'Académie est sollicitée d'émettre le vœu que les troupes envoyées dans les pays lointains soient constituées par les contingents les plus anciens, et jamais par des soldats de moins de 21 ans.

Ce rapport soulève une discussion à laquelle prennent part MM. VINCENT, SIEUR, VAILLARD, DELORME et Léon BERNARD. Ces différents orateurs insistent sur la nécessité d'entourer les conseils de révision de toutes les garanties possibles, d'assurer aux nouveaux contingents les conditions d'hygiène les plus favorables.

M. VINCENT fournit des statistiques très instructives qui semblent prouver qu'il n'y a pas de différence appréciable entre les recrues de 20 ans et celles de 21 ans, au point de vue de la résistance à la fatigue.

M. SIEUR émet également quelques considérations intéressantes résultant de sa grande expérience. En terminant, il insiste sur les constatations qui ont été faites sur les recrues des départements du Nord, relatives aux grands ravages occasionnés par l'alcoolisme.

M. VAILLARD juge la question d'une importance telle qu'il propose de remettre à une séance ultérieure le vote des conclusions de la Commission, après publication dans les bulletins du rapport de M. Bernard.

Enfin M. DELORME se rallie à toutes les propositions qui ont eu pour but d'assurer aux jeunes soldats les meilleures conditions d'hygiène.

Mais cela demande, de la part du Service de santé, une somme de travail énorme. Or ce service se trouve actuellement si réduit qu'il est à craindre qu'il ne soit tout à fait insuffisant pour remplir sa tâche. Il serait bon que M. le rapporteur appelât sur ce point, l'attention de M. le ministre de la Guerre.

Après avoir consulté l'Académie, M. LE PRÉSIDENT déclare que, sur la proposition de M. Vaillard, le vote des conclusions aura lieu dans une séance ultérieure.

Election. — M. Marcel LABBÉ est élu membre titulaire par 55 suffrages.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 10 DÉCEMBRE 1920)

Hoquet épidémique. — MM. ACHARD et ROUILLARD présentent une jeune fille de dix-sept ans, atteinte depuis dix jours, de hoquet épidémique. Ce hoquet est généralement incomplet, c'est-à-dire qu'il consiste surtout en un spasme inspiratoire du diaphragme prédominant à gauche, comme le montre l'examen radioscopique et auquel s'ajoute, de temps en temps seulement, le bruit glottique qui complète le hoquet. Il y a, de plus, quelques spasmes cloniques de la paroi abdominale et du cou, du côté gauche. A ce propos, les auteurs font remarquer que plusieurs spasmes respiratoires se propagent plus ou moins par irritation ou contagion nerveuse. Le bâillement en est l'exemple le plus net. Le rire se propage à la faveur d'une disposition psychique spéciale, c'est-à-dire, d'une préparation des centres nerveux. La toux se déclanche souvent aussi, dans une salle d'hôpital, à l'audition d'une quinte. On peut se demander si le virus encéphalitique ne créerait pas dans les centres nerveux, une aptitude particulière du hoquet qui se manifesterait alors plus aisément par imitation. A noter la rareté du hoquet épidémique chez la femme, la brièveté plus grande de son incubation et son apparition en épidémies moins clairsemées que pour les formes ordinaires de l'encéphalite.

Myasthénie avec altérations osseuses maxillo-dentaires à évolution progressive. — MM. LEREBOULLET, IZARD et MOUZON. La malade, âgée de trente-trois ans, présente depuis l'âge de vingt ans, tous les signes classiques de la myasthénie : facies d'Hutchinson, troubles de la phonation et de la déglutition, parésie des muscles de la nuque avec asthénie généralisée sans modification des réflexes, ni de la musculature interne de l'œil ; réaction myasthénique, évolution par poussées sous l'influence de la fatigue ; amélioration manquée sous l'influence du repos et de l'opothérapie associée ; d'autant plus indiquée chez elle, qu'il y a obésité ancienne et aménorrhée datant de quatre ans. Ce qui fait l'intérêt de ce cas, outre son ancienneté, c'est l'existence de troubles osseux dans le massif facial prédominant sur le maxillaire supérieur. L'examen radiographique met en évidence la résorption progressive du maxillaire supérieur, aussi bien dans la portion alvéolaire que dans sa portion palatine ; au maxillaire inférieur, les signes, moins accentués, sont de même ordre. La présence de ces altérations maxillo-dentaires progressives, au cours d'une myasthénie remontant à treize ans, semble autre chose qu'une simple coïncidence, mais il serait prématuré de chercher à leur donner une explication pathogénique.

Les critères de la systolique en prézométrie oscillographique ; le crochet négatif prédicrote. — MM. A. MOUGEOT et Paul PETIT (de Nice et Royat). D'après 65 tracés pris sur 45 malades, à l'aide d'un oscillographe à contre-pression pneumatique et à sensibilité constante, les auteurs concluent :

1° La disparition de l'anacrotisme des supramaximales de H. Delaunay ne peut servir de critère systolique.

2° Le signe de l'ascension du poids de l'onde dicrote au-

dessus du bas-fond diastolique (signe proposé par Banc et Shohl) donne des chiffres inférieurs à la vérité.

3° Le crochet négatif prédicrote des auteurs ou crochet diastolique de Billard et Merle constitue un critère exact de la systolique.

4° Ce crochet de l'oscillogramme est le calque du crochet négatif prédicrote des courbes homochromographiques de Chauveau et Lortet; le premier est dû au réflexe de l'onde, le second au réflexe de la colonne sanguins. Ces deux réflexes sont synchrones.

Grossesse survenue au cours d'une leucémie myéloïde traitée par la curiethérapie. Enfant vivant depuis cinq ans et demi. — MM. L. Renon et Degrais. La malade fut tellement améliorée par la médication qu'elle put devenir enceinte et accoucher à terme d'un garçon bien constitué, pesant 3 kg. 350.

L'examen du sang de l'enfant pratiqué dès la section du cordon ombilical et renouvelé les jours suivants, comparé à celui de la mère aux mêmes moments, montre qu'il était normal sans présenter de myélocytes. L'enfant, actuellement âgé de cinq ans et demi, est convenablement développé et son sang ne contient toujours pas de myélocytes. La mère succomba neuf mois après la naissance de l'enfant, aux récidives fatales de la maladie, après deux ans et sept mois de traitement avec 15 applications de radium sur la rate. Ce fait est un exemple de l'action immédiate puissante de la médication dont les auteurs se proposent d'étudier ultérieurement les résultats éloignés pour indiquer la manière la meilleure de retarder les récidives.

Sur l'anatomie pathologique de l'encéphalite épidémique. — MM. Achard et Foix. De 5 cas étudiés anatomiquement par eux, les auteurs concluent : 1° au point de vue topographique, les lésions sont plus diffuses qu'elles ne l'avaient paru tout d'abord. Il y a non seulement névraxite, mais même parfois, atteinte des nerfs, tout au moins craniens prédominant très fortement sur l'axe encéphalique et justifiant le nom d'encéphalite ; 2° les lésions microscopiques peuvent être ramenées à trois : périvascularite, lésions cellulaires, infiltration interstitielle. Elles sont moins destructives que dans la polyomyélite ; 3° dans un cas d'encéphalite à type choréiforme, les lésions ne présentaient pas de localisations très spéciales, elles étaient seulement remarquables par leur intensité ; 4° dans un cas d'encéphalite à forme prolongée, il existait sept mois après le début, des lésions encore en activité à côté des lésions cicatricielles.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 16 NONEMBRE 1920)

Le traitement du mal de Pott. — M. Rœderer, à la suite de la présentation de M. Trèves d'un mal de Pott soigné uniquement par la gouttière, prend la défense du corset plâtré qui assure le maximum d'immobilisation, permet la réclination. Bien fait il permet une ampliation respiratoire suffisante, coupé en bivalve il permet l'héliothérapie. C'est encore le mode de traitement qui donne le plus de sécurité.

M. Mouchet appuie ces observations.

Obturation d'orifices de trépanation. — MM. Lecène et Moutier présentent trois enfants qui présentaient de vastes orifices de trépanations faites pour fracture du crâne. L'obturation de ces orifices a été faite au moyen de lambeaux ostéo-périostiques de Delagénière. Les résultats sont excellents.

Œdème chronique. — M. Lesné présente une fillette qui, à la suite d'un frottis pour la gale avec de la pommade d'Elmerich dédoublée, a présenté un œdème de la peau de la face puis des bras, des cuisses, des fesses. L'auteur ne croit pas au rapport avec la médication de la gale. Tous les examens du côté du cœur, reins, ont été négatifs. L'ingestion de corps thyroïde n'a pas donné de résultats.

Scoliose et spina bifida occulta lombo-sacré. — M. Lance présente sept malades atteints de scoliose et de spina occulta lombo-sacré. Il a observé la coexistence des deux lésions chez 27 malades sur 120 scolioses, dont 60 seulement à étiologie inconnue; chez 10 autres on trouvait d'autres malformations osseuses congénitales. Dans 4 cas le spina bifida n'était pas la cause de la scoliose. Dans les 23 autres, au contraire, elle entraînait la déviation latérale, soit par inégalité de longueur des membres inférieurs (5 cas), soit par asymétrie dans le développement du corps vertébral (9 cas), soit par association des deux causes (9 cas). L'auteur montre les particularités cliniques de ces scolioses : début dans l'enfance, fréquence chez les garçons, présence de tares familiales ou personnelles, scoliose totale gauche dans l'inégalité des membres inférieurs, lombaire gauche primitive dans l'asymétrie vertébrale. Il montre, enfin, que le port d'une chaussure surélevée doit être un des points principaux du traitement.

Appareil mécanique de fermeture pour orifice incontinent. — M. Ombrédanne présente un enfant opéré d'épispadias grave avec perte du sphincter et incontinence incurable. Il a réalisé la continence au moyen d'un petit appareil prenant point d'appui sur deux tunnels tapissés de peau; l'appareil ferme l'urètre et une vis permet à la miction d'avoir lieu de temps en temps. Un appareil différent a pu être employé chez une fillette atteinte d'incontinence suite de spina bifida. On peut appliquer le principe aux extrophies de la vessie et aux anus définitifs incontinents.

Valeur de la réaction de Bordet-Wassermann en clinique infantile. — M. Léon Tixier. Dix ans de pratique de cette recherche de laboratoire à la clinique médicale des Enfants-Malades ont permis à l'auteur de formuler les conclusions suivantes

1° La réaction pratiquée avec une technique rigoureuse, en se rapprochant autant que possible de la technique préconisée par Wassermann, rend en clinique infantile des services considérable.

2° Les résultats positifs ont une valeur d'autant plus grande pour dépister la syphilis qu'ils se rapprochent davantage de la déviation totale du complément. Dans la très grande majorité des cas un résultat positif indique une syphilis latente ou en évolution. Les causes d'erreur tenant à un état physique particulier du sérum ou à une autre maladie que la syphilis sont pratiquement négligeables.

3° Jamais on ne saurait trop répéter qu'une réaction négative ne comporte aucune valeur absolue aussi bien pour rejeter le diagnostic de syphilis que pour légitimer une abstention thérapeutique.

Beaucoup d'hérédo-syphilitiques, porteurs de stigmates, donnent une réaction négative. Aussi pour cette catégorie de suspects la clinique reprend tous les droits qu'elle n'aurait jamais dû perdre.

4° Les réactions très légères demandent à être précisées. Une nouvelle réaction sera faite après réactivation, d'autre part la recherche des anticorps spécifiqués sera faite par un procédé rapide en utilisant le sérum non chauffé. Si, dans ces conditions, la déviation du complément s'accentue, les présomptions se précisent en faveur de la syphilis.

Cette communication donne lieu à une discussion à laquelle prennent part MM. Apert, Merklen, Weill-Hallé, Trèves, Armand-Delille, Nobécourt, Tixier.

De cette discussion ressort que, dans les cas à réaction négative ou douteuse, la réaction à l'antigène Desmoulières donne souvent des réactions positives, mais c'est une réaction trop souvent positive. Il n'en est pas de même de la réaction rapide avec sérum non chauffé qui permet de serrer le diagnostic de plus près dans les réactions faiblement positives.

Dans le cas de réaction négative, l'efficacité du traitement mercuriel ou arsenical ne prouve pas toujours qu'il s'agit de syphilis. M. Nobécourt rappelle l'importance chez le nourrisson du contrôle par l'examen du sang des parents.

La concordance des résultats est frappante. Pour 100 cas le Wassermann a été négatif chez la mère et l'enfant 66 fois, positif chez les deux 23 fois, positif chez la mère seule 7 fois, positif chez l'enfant seul 3 fois.

Hémorragie intestinale d'origine syphilitique chez un nourrisson de deux mois. — MM. H. Lemaire, G. Blechmann et R. Turquety. Dans ce cas d'hémorragie mortelle, la réaction de Bordet-Wassermann s'était rencontrée fortement positive. L'autopsie montre des ulcérations que l'examen histologique montre être syphilitiques.

Les difficultés du diagnostic des malformations congénitales du cœur. — MM. H. LEMAIRE, G. BLECHMANN, RIVALLIER et Mlle PROSPERT, à propos de 3 cas, les auteurs étudient les difficultés du diagnostic des malformations congénitales du cœur. Le premier cas présentait la tétralogie de Fallot : communication interventriculaire, rétrécissement de l'artère pulmonaire, hypertrophie du ventricule droit, aorte naissant du ventricule droit, persistance du trou de Botal. Cliniquement cyanose et polyglobulie appréciable seulement à 4 mois. Souffle unique et intermittent au siège du souffle de rétrécissement de l'artère pulmonaire mais avec des caractères différents. Ce souffle disparut pendant la période aiguë d'une broncho-pneumonie. L'orthodiagramme du cœur montre une déformation très caractéristique. Le deuxième cas est un enfant de six semaines présentant une communication interventriculaire, une persistance du canal artériel, un rétrécissement de l'aorte, élargissement de l'artère pulmonaire et hypertrophie du ventricule droit. Cyanose discrète avec crises de cyanose généralisée, présence seulement pendant quelques jours dans le décours d'une broncho-pneumonie d'un souffle léger de communication interventriculaire. L'orthodiagramme est encore très particulier d'aspect. Le troisième cas est une jeune fille de 15 ans avec tétralogie de Fallot, cyanotique depuis le plus jeune âge avec souffle de communication interventriculaire.

Les auteurs insistent sur la valeur pathognomonique de la cyanose, tout en faisant remarquer que ce signe peut être inconstant et tardif. Les lésions complexes congénitales ne se traduisent généralement que par un seul souffle qui peut disparaître temporairement, s'il survient des modifications dans la petite circulation. Avec un orthodiagramme bien interprété, on peut arriver dans bien des cas à poser un diagnostic précis.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 27 NOVEMBRE 1920)

Le signe du pouls de chien critère oscillographique de la pression diastolique. — MM. A. MOUGEOT et Paul PETIT (de Royat) signalent que dans la zone de faible contrepression le tracé sphygmographique prélevé avec un oscillographe à contrepression pneumatique et à sensibilité constante et grande révèle une variation périodique de profondeur des bas-fonds diastoliques qui est d'origine respiratoire et qui est l'image réduite des variations de deuxième ordre de la courbe de la pression intracarotidienne du chien. La zone supérieure de contrepression laissant apercevoir ce phénomène correspond à la pression diastolique; ce critère coïncide avec celui de la disparition du raccord.

Sur la piézométrie oscillographique. Discussion des critères diastoliques. — MM. Paul PETIT et A. MOUGEOT (de Royat). La détermination des pressions intraartérielles maxima et minima, d'après les tracés oscillographiques pris à des taux variés et connus de contrepression pneumatique, constitue la piézométrie oscillographique.

D'après les auteurs, pour la piézométrie diastolique, le critère de la diminution de l'amplitude des oscillations donne des chiffres trop bas; le critère de l'ascension du dicrotisme à mi-hauteur de la ligne descendante (Billard et Merle) donne des chiffres trop élevés; le critère de la disparition du raccord diastolique (Bouchard, Barré et Strohl) donne des chiffres exacts et coïncide avec la zone inférieure des grandes oscillations (critère Marey-Pachon).

Etude d'un repas liquide à éléments constants et exactement dosés pour l'étude de l'évolution du chimisme gastrique. — MM. DELORT et VERPY signalent qu'ils ont étudié dans de nombreux cas le chimisme gastrique à l'aide d'un repas liquide composé de 5 g. de peptone, 10 cg. de salicylate de soude, 250 cmc. d'eau.

Grâce à ce repas, on peut, en employant le tube et l'olive d'Einhorn, faire des prélèvements en série et déterminer, à l'aide d'une échelle colorimétrique, la quantité restante du repas, ce qui permet d'apprécier la vitesse d'évacuation de l'estomac.

Sur la sensibilité de l'essai physiologique de l'adrénaline; constantes d'action. — M. LAUNOY et Mme MENGUY établissent que la valeur thérapeutique d'une adrénaline ne peut être évaluée qu'à l'aide de constantes d'action physiologique.

Ils étudient : 1° la constante de toxicité qui est la quantité minimum d'adrénaline nécessaire pour tuer le lapin en 15 minutes après injection dans la veine de l'oreille; 2° les constantes d'action cardio-vasculaire dont ils déterminent successivement :

a. Le seuil, c'est-à-dire la plus petite quantité d'adrénaline qui, injectée dans le système circulatoire, détermine en quelques secondes une augmentation de pression de 1 à 3 cm. de mercure;

b. La dose active, c'est-à-dire la plus petite quantité qui détermine une augmentation de pression de 4 à 6 cm. de mercure;

c. La dose tonique, pour une augmentation de pression de 7 à 8 cm.

Avec une adrénaline cristallisée très pure ils ont eu les valeurs suivantes : seuil, 1/2 à 1 millième de milligramme par kilo d'animal; dose active, 5 millièmes de milligramme; dose tonique, 15 millièmes de milligramme; constante de toxicité, 1/4 de milligramme.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 12 NOVEMBRE 1920)

Note sur le dentifrice des indigènes du Maroc. — M. BOURGIN.

Tumeur cérébrale et stase papillaire. — MM. RIMBAUD et G. GIRAUD. — Un gliosarcome développé aux dépens de la partie tout inférieure et antérieure du lobe temporal gauche a évolué en cinq ans, englobant les 2e, 3e, 4e, 6e nerfs craniens gauches et la branche ophtalmique (d'où ophtalmoplégie totale et troubles trophiques graves de l'œil gauche), perforant la base du crâne dans la fosse cérébrale moyenne et poussant des prolongements dans l'orbite le sinus sphénoïdal, la fosse pterygo-maxillaire, le sinus maxillaire (sans contracter aucune adhérence osseuse) corrodant le rocher et détruisant l'aqueduc de Fallope (paralysie faciale périphérique).

Examiné dans les derniers mois, l'œil droit s'est montré parfaitement normal et sa papille n'était aucunement œdémateuse.

Liquide céphalo-rachidien normal. Méningite terminale rapide.

L'absence de stase papillaire s'explique par l'absence d'hypertension intercranienne, malgré le volume de la tumeur : la destruction du plancher de la fosse cérébrale moyenne a agi à la manière d'une soupape de sûreté.

Un cas de volvulus de l'S iliaque. — MM. VINON et ROUX.

Un cas du volvulus du grêle. — M. VINON.

Sérodiagnostic de la tuberculose au moyen de l'antigène de Besredka. — MM. LISBONNE et PELLIER ont étudié la réaction de Bordet-Gengou dans la tuberculose en utilisant l'antigène de Besredka et les propriétés hémolytiques naturelles du sérum humain.

Leurs recherches ont porté sur 93 cas, voici les résultats obtenus :

Tuberculose pulmonaire (1re et 2e période), 95 p. 100 de réactions positives;

Tuberculose pulmonaire (3e période), 68 p. 100 de réactions positives;

Tuberculose osseuse, 97 p. 100 de réactions positives.

La réaction est nettement positive dans la tuberculose au début, alors que l'examen des crachats est négatif.

Les auteurs citent quelques cas où la réaction seule a permis de porter le diagnostic de tuberculose, mettant ainsi en lumière, l'intérêt clinique qui s'attache à cette réaction si précise.



LIVRES NOUVEAUX

Les Applications pratiques du laboratoire à la clinique. Principes. Technique. Interprétation des résultats (1), par le Dr AGASSE-LAFONT.

Les deux premières éditions de cet ouvrage paru avant la guerre ont été rapidement épuisées La nouvelle édition qui parait aujourd'hui n'aura pas un moindre succès. C'est un ouvrage nouveau, augmenté de près du tiers. L'auteur s'inspirant des modifications apportées à la pathologie de notre pays par la guerre, a introduit de nouveaux chapitres sur les maladies dites exotiques, les plaies et suppurations de guerre, la parasitologie (bronchites sanglantes, spirochétose ictéro-hémorragique).

Une revision complète des méthodes de coloration, d'examen du sang, du liquide céphalo-rachidien, des fèces, des urines (notions sur les chlorures et leur rétention), suc gastrique, séro-diagnostic de la syphilis. etc.

Le dernier des neuf chapitres, conçu dans un esprit très pratique, énumère par ordre alphabétique les principales affections médicales et chirurgicales, et les recherches de laboratoire qu'il convient de leur appliquer. C'est un vrai formulaire du laboratoire. L'ouvrage ne s'adresse donc pas uniquement aux médecins susceptibles de recherches de laboratoire, mais à tous les praticiens ; il leur indique quand ils auront à faire intervenir le laboratoire pour éclairer leur diagnostic, il leur permet d'interpréter la réponse qu'ils en auront obtenu. C'est assez dire les services qu'il est appelé à rendre. M. LANCE.

(1) 3e édit., 1 vol. in-8° cartonné, 992 p., 364 fig., dont 173 en couleurs et 4 pl. Prix : 50 fr — Paris. Vigot frères.

Le Diabète sucré (1), par Marcel LABBÉ, professeur de pathologie générale à la Faculté de médecine de Paris.

Depuis une quinzaine d'années, M. Marcel Labbé s'est en quelque sorte spécialisé dans l'étude du diabète. On peut dire, à son éloge, qu'il l'a reprise *ab ovo* et parcourue en son entier. Le présent ouvrage reproduit et coordonne ses nombreuses publications à ce sujet et expose les idées essentielles auxquelles ses recherches l'ont conduit. On aboutit ainsi à cette conclusion, fortement étayée comme il va de soi, que le diabète sucré est une viciation du métabolisme avec ou sans dénutrition azotée Dans la production de cette viciation des facteurs divers interviennent, surtout système nerveux et glandes endocrines. Mais, en tout état de cause, la diététique constitue l'indication thérapeutique essentielle, et, pour bien traiter le diabète, dit l'auteur, les médecins ont plus besoin de savoir formuler un régime qu'une potion.

Plusieurs chapitres sont consacrés aux complications du diabète et principalement à l'acidose et au coma ; question capitale car on ne meurt de diabète que par acidémie. Ici, M Marcel Labbé a approché le mécanisme diabétigène, mais sans chercher à l'approfondir à la faveur des conceptions de Maurel et du procédé de la cure de Guelpa. Sa thèse reste classique et le livre tout entier est ainsi comme la floraison suprême des traditions de l'école. J. LAUMONIER.

Radiologie des vaisseaux de la base du cœur (2), par H. VAQUEZ et E. BORDET.

Dans un ouvrage précédent, les auteurs avaient étudié la radiologie du cœur et de l'aorte, aujourd'hui ils apportent un grand nombre de documents sur la technique des examens radioscopiques du pédicule et sur leurs résultats.

Dans ce travail d'ensemble, MM. Vaquez et Bordet ont

(1) In-8. — Paris, Masson.
(2) Un grand in-8. — Prix : 25 fr. — Paris, J.-B. Baillière.

donné une place prépondérante aux figures, il y en a près de 250 ; le texte ne sert qu'à les interpréter et les classer. C'est évidemment la forme la plus pratique pour une étude de ce genre.

L. GAYARD.

Modifications des échanges azotés au cours de l'ictère catarrhal (1), par ODDO (Jean).

Au cours de l'ictère catarrhal, sans fièvre, sans lésion rénal, l'examen du sang met en évidence un trouble du métabolisme azoté caractérisé par une diminution de l'urée, une augmentation de l'azote résiduel et par conséquent un abaissement du rapport azotémique.

Cette constatation est un argument de plus en faveur de la thèse qui attribue l'ictère catarrhal non plus à un obstacle à l'élimination de la bile mais à une lésion frappant directement la cellule hépatique et troublant son fonctionnement. S'il y a en général parallélisme entre les rétentions biliaires et les modifications du métabolisme azoté, on peut cependant observer une dissociation entre ces deux troubles de fonctionnement de la cellule hépatique. Ainsi s'explique la lenteur de la convalescence fréquemment observée après certains ictères infectieux.

P. PRUVOST.

Les Cahiers de la victoire. Médecins et militaires (2), par Paul ABRAM.

L'auteur a réuni en un volume des articles parus, il y a quelques mois, dans l'*Opinion*. Il y a ajouté de nombreux documents inédits qui en font un des volumes documentaires les plus complets qui aient paru sur le Service de santé pendant la guerre.

L. GAYARD.

(1) *Th. de Paris*, 1920. — Paris, Jouve.
(2) In-8 de la « Renaissance du livre ». — Prix : 6 fr.

L'Ecole de plein air et l'école au soleil [2e édition] (1), par ARMAND-DELILLE (P.) et WALPLER (Ph.).

Petit livre plein d'intérêt, faisant œuvre de propagande très utile pour la préservation de l'enfance contre la tuberculose. On y verra le rôle important de l'école au soleil et de l'école de plein air chez les enfants anémiés et débilités, l'importance de l'héliothérapie chez ceux qui sont atteints de tuberculose latente des ganglions trachéo-bronchiques qui sont à la fois trop peu malades pour être admis à l'hôpital ou même être envoyés dans un sanatorium-hôpital et qui cependant nécessitent une surveillance médicale qu'ils trouveront dans les écoles-sanatoria.

Dans ces quelques pages illustrées de photographies démonstratives, on trouvera aussi exposées les règles de l'entraînement à l'exposition solaire, celle-ci devant être accompagnée d'une bonne hygiène (bain-douche quotidien, gymnastique, bonne alimentation sans que celle-ci soit très riche en azote). Les résultats physiologiques de l'école au plein air, de l'héliothérapie préventive sont des plus convaincants.

P. PRUVOST.

Examen du malade en clientèle [2e édition] (2), par DOUSSET.

Bien que très condensé, ce petit volume est rempli de toutes les notions indispensables pour faire un bon examen de malade. En même temps que des détails de séméiologie on y trouvera exposée la symptomatologie des principaux syndromes en même temps que les données thérapeutiques susceptibles de rendre service dans chaque cas particulier. La

(1) Paris, Maloine.
(2) In-8. — Prix : 6 fr. 50 ; franco, 7 fr. 15. — Paris, Maloine.

Les Maladies du cœur, par Sir James MACKENSIE, professeur au London Hospital, traduit par le Dr FRANCON, préface de M. le prof. VAQUEZ, 2e édit. française entièrement refondue. Un vol. in-8 avec 264 fig. — Prix : 45 fr. — Paris, Félix Alcan.

Essai sur la peur aux armées, par le Dr Albert BROUSSEAU, 1914-1918. Un vol. in-8. — Prix : 6 fr. 60. — Paris, Félix Alcan.

lecture en est aisée, facilitée par des résumés en tableaux et des schémas assez clairs pour dispenser de longs développements.

P. PRUVOST.

Le seigle et l'ergot (1), par le Dr A. GARRIGUES.

Avec l'incessant retour des choses d'ici bas, nous assistons à une renaissance de la médecine par les simples, que les savants appellent maintenant la phytothérapie. Et c'est cette renaissance qu'entend légitimement consacrer la collection dont le *seigle et l'ergot* représentent le premier volume, nul travail n'était plus propre à nous inciter à suivre de près ce mouvement, car l'auteur y a prodigué des trésors d'érudition. Au point de vue botanique, chimique, pharmaco-dynamique et thérapeutique, l'étude est aussi complète que possible, et si certains points restent encore un peu vagues et confus, la faute en est à l'expérience, qui, ayant délaissé les médicaments végétaux, ne les a point encore suffisamment éclairés. En tout cas, la lecture attentive de ce livre apprendra beaucoup, au praticien, et des propriétés thérapeutiques du seigle qui sont presque inconnues et de celles de l'ergot, trop oubliées. Quelques notes sur les ergots du blé, de l'avoine, du maïs, etc., sur le seigle enivrant et le charbon du maïs, achèvent de mettre au point un ouvrage dont l'intérêt pratique ne peut manquer d'attirer l'attention du public médical.

J. LAUMONIER.

Les Maladies de l'estomac et leur traitement en clientèle (2), par L. PRON. (Bibliothèque des Praticiens : *Comment guérir?*)

La deuxième édition de cet excellent ouvrage a été épuisée en quelques mois, aussi M. L. Pron a-t-il pu, en préparant cette troisième édition, y incorporer quelques chapitres nouveaux qui le mettent tout à fait à jour.

Signalons : Rapports de l'estomac avec les autres organes. Eaux minérales. Hygiène du dyspeptique. Embarras gastrique. M. Pron a ajouté, en outre, un résumé de pharmacologie gastrique qui rendra les plus grands services aux praticiens.

Ce bon livre, pratique, d'une lecture facile, est appelé à un vrai succès.

L. GAYARD.

(1) 1 vol. in-18, de la collection « Les plantes en médecine ». — Prix broché : 8 fr. — Paris, Doin.

(2) 3e édit., augmentée et modifiée, 1 fort vol. in-8. — Prix : 12 fr. — Paris 1921, Maloine et fils.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis d'urologie, par le prof. LEGUEU, professeur à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Necker et le Dr Edmond PAPIN, ancien chef de clinique à la Faculté. In-18, 479 fig. — Prix : 50 fr.; franco, 55 fr. — Paris 1921, A. Maloine et fils.

La Conduction de l'influx nerveux, par Keith LUCAS, membre de la Société royale de Londres, maître de conférences à Trinity College (Cambridge). Publié par E. D. Adrian, membre de Trinity College et traduit de l'anglais par Georges Matisse. In-8 carré (225 × 140) de 126 pages avec 22 figures dans le texte, broché. — Prix : 3 fr. 50 ; majoration temporaire : 100 p. 100. — Paris, Gauthier-Villars et Cie.

La Pouponnière. Qu'est-ce qu'une pouponnière? Les objections contre les pouponnières. La pouponnière dans l'avenir, par M. WALLICH. Une brochure. — Prix : 3 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, **20** francs par an.
Étudiants étrangers, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE......... 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE . 3 mois : **9** fr. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

CENTENAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Lundi, l'Académie, en une séance solennelle, a célébré son centenaire.

Dans la salle des séances transformée pour la circonstance et brillamment décorée se pressait une nombreuse assistance. On remarquait, à côté des académiciens et des délégations de l'Université et des sociétés françaises, une centaine de délégués étrangers aux brillants costumes.

L'Angleterre avait envoyé 16 délégués, la Belgique 11, la Bolivie 1, le Chili 4, la Chine 1, la Colombie 2, le Danemark 4, l'Espagne 1, les Etats-Unis 5, la Grèce 3, le Guatemala 2, Haïti 1, la Hollande 6, l'Italie 6, le Japon 2, le Luxembourg 1, la Norvège 1, la Roumanie 2, le Pérou 2, la Pologne 2, le Brésil 1, l'Argentine 2, l'Equateur 2, Salvador 1, la Serbie 2, la Suède 1, la Suisse 25, la Tchéco-Slovaquie 1, le Siam 1, le Venezuela 6.

Parmi les délégués figuraient des savants illustres, parmi lesquels nous avons reconnu MM. Perroncito et Sanarelli (Italie), d'Espine et Mayor (Suisse), Recasens (Espagne), d'Arcy Power, Ryall, Moon, Smith, Wright (Angleterre), Bordet, Brachet, Fredericq, Henrijean et Willems (Belgique), Ehlers (Danemark), Jonnesco (Roumanie), etc.

A 3 h. 30, M. Alexandre Millerand, président de la République, fait son entrée, il s'assied au bureau, ayant à sa droite, M. Laveran, président de l'Académie et M. Achard, à sa gauche M. Richelot et M. Hanriot.

En face de lui, prennent place, M. Honnorat, ministre de l'Instruction publique; M. Breton, ministre de l'Hygiène; M. Ricard, ministre de l'Agriculture, le préfet de la Seine et le préfet de police, les représentants du Conseil municipal, du gouverneur de Paris et les délégués.

M. Millerand donne la parole à M. Laveran qui fait l'historique de l'Académie et expose le fonctionnement de ses services.

Puis M. Achard, secrétaire annuel, procède à l'appel des délégués étrangers. Des applaudissements accompagnent le défilé des délégués venant déposer leurs adresses. Une ovation enthousiaste est faite à M. Bordet (de Bruxelles) quand le lauréat du prix Nobel apparaît à la tribune. Une autre ovation a accueilli M. Ehlers (de Copenhague), cet ami éprouvé de la France.

M. Achard prononce ensuite, avec un art de diction remarqué, un discours d'une forme parfaite et d'une grande élévation de sentiments. Il a été très chaleureusement applaudi.

M. Honnorat, ministre de l'Instruction publique, a terminé la séance en célébrant le rôle de l'Académie qu'il considère comme « le Conseil d'Etat pour la santé publique ».

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 16 décembre. — MM. Roland, 11; Deroche, 12; Niel, 14; Boehler, 8; Merklen, Kesseler et Bernard, 9; Cordey, 11; Isnel, 8; Bianquis, 9.

Séance du 17 décembre. — MM. Dessaint, 11; Berthon et Ebrard, 10; Haye, 9; Hermet (Paul), 13; Bertrand (Jean), 3; Laurent (Pierre), 11; Duchamp de Lageneste et Crétin, 10; Tisné, 12; Leplat (Georges), 8.

Séance du 19 décembre. — MM. Sabadini, 9; Ferrier (Louis), 13; Desprairies, 9; Cayla, 11; Bartet, 10; Metzger, 12; Marchant, 11, Jany et Ferru, 8; Wickham (R.), 7; Maleysson, 10.

HOPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — Après concours, sont nommés médecins des hôpitaux : MM. Edgar Dubourg et H. Bonnin.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — La Faculté de médecine de Paris a voté jeudi dernier la création d'une nouvelle chaire de clinique médicale et demandé au Conseil municipal de Paris de vouloir bien prendre en charge les frais de cette fondation.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — Le Conseil de la Faculté a proposé, à l'unanimité, pour la chaire de chimie médicale : en 1re ligne, M. Chelle; en 2e ligne, M. Florence.

— MM. Guyot, Mauriac et Petges, agrégés, sont chargés de cours complémentaires de pathologie externe, pathologie interne et vénéréologie.

— LILLE. — La chaire de pathologie externe et clinique des maladies des voies urinaires de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille est déclarée vacante.

L'AFFAIRE DU Dr MAZEL (DE NIMES). — Par jugement en date du 8 décembre 1920, le Tribunal civil de Nîmes a

rejeté la demande de 200000 fr. de dommages et intérêts formulée contre le Dr Mazel par une famille qui lui reprochait d'avoir commis plusieurs fautes lourdes en soignant deux jeunes filles de cette famille, atteintes de fièvre typhoïde. Nous aurons l'occasion de revenir sur cette affaire dans laquelle les syndicats locaux et notre excellent confrère Paul Boudin, secrétaire général du Sou médical, ont montré un dévouement confraternel dont ils sont récompensés aujourd'hui.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. le prof. Nobécourt commencera le cours de clinique médicale des Enfants-Malades le samedi 8 janvier 1921, à dix heures, et le continuera les samedis suivants à la même heure.

HOPITAL NECKER. — M. J.-A. Sicard fera les conférences suivantes : Lundi 10 janvier, 10 h. 3/4 : Les sciatalgies. — Lundi 17 janvier, 10 h. 3/4 : Syndrome d'hypertension cranienne.

HOPITAL COCHIN. — Le Dr A. Cantonnet, ophtalmologiste des hôpitaux, fera une série de quatre leçons sur « La rééducation des strabiques, ses indications, ses résultats », les jeudis 13, 20, 27 janvier et 3 février 1921, à 10 h. 1/2, à la consultation d'ophtalmologie de l'hôpital Cochin.

ERRATUM. — Dans notre dernier nnméro (p. 1697, note 2) l'indication de la notice de M. Cabanès sur l'Académie de médecine a été indiquée inexactement, lire : « *Gaz. des hôpit.*, 1893, nos 3 et 5, 23 et 40... »

JURISPRUDENCE

BAUX A LOYERS

POINT DE DÉPART DE LA PROROGATION LÉGALE

ARRÊT DE LA COUR DE CASSATION DU 24 NOVEMBRE 1920

Aux termes de l'article 56 de la loi du 9 mars 1918, la prorogation de plein droit s'applique à tous les baux, quelle que soit leur durée, à condition qu'ils aient été en cours, le 1er août 1914, et alors même qu'ils auraient été renouvelés depuis cette date ; ce dernier point fait l'objet de l'article 1er de la loi du 23 octobre 1919.

Nous avons indiqué (1) que la question s'était posée de savoir si la prorogation légale avait un point de départ fixe et invariable, la date de la cessation des hostilités qui est le 24 octobre 1919, ou bien celui de l'expiration du bail, quelle que soit sa durée ; nous avons cité l'arrêt de la Cour de cassation du 25 mars 1919 qui a admis cette dernière thèse.

Cet arrêt, rendu par la Chambre civile, avait cassé une décision de la Commission arbitrale du 8e arrondissement de Paris qui avait jugé que le point de départ de la prorogation devait être uniformément la date de la cessation des hostilités, et renvoyé l'affaire devant la Commission arbitrale du 9e arrondissement, pour qu'il fût statué à nouveau.

Cette commission jugea, le 19 mars 1920, dans les mêmes conditions que la Commission du 8e arrondissement (*Rec. Gaz. des tribunaux*, 1920-2-397). Un nouveau pourvoi fut formé et l'affaire fut examinée par la Cour de cassation, toutes Chambres réunies.

Dans son arrêt du 24 novembre 1920, elle a confirmé la jurisprudence établie par l'arrêt du 25 mars 1919. Nous ne reviendrons pas sur les motifs, que nous avons déjà indiqués, qui la justifient à notre avis ; nous n'avons qu'à faire connaître le nouvel arrêt qui fixe *définitivement* la solution.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 60, p. 946.

La Cour suprême a statué ainsi :

« Vu l'article 56 de la loi du 9 mars 1918 ;

« Attendu que le bénéfice de la prorogation, ainsi accordée, s'étend à tous les baux visés par cet article, quelle que soit la date à laquelle ils doivent prendre fin ; que la durée de la prorogation, au sens même de ce mot, doit nécessairement s'ajouter à celle de l'occupation des lieux loués, telle qu'elle a été stipulée par le contrat, *et ne peut, en aucun cas, se confondre avec elle* ;

« Attendu, en effet, que la prorogation instituée au profit des locataires a eu principalement pour but de permettre aux commerçants et aux personnes pouvant leur être assimilées, de récupérer, dans une certaine mesure, les avantages que devait leur assurer la jouissance normale des lieux loués et dont ils étaient présumés avoir été privés, en tout ou en partie, par le fait de la guerre ;

« Attendu que l'article 58, paragraphe 2, impose aux locataires voulant obtenir la prorogation, l'obligation de faire connaître leur intention aux bailleurs, trois mois au moins avant l'expiration du bail ; d'où il appert que la prolongation de jouissance accordée aux locataires — à titre de prorogation de bail — ne peut commencer à courir que lorsque ce bail est arrivé à expiration ;

« Qu'il est vainement prétendu, en sens contraire, que le décret fixant la cessation des hostilités marque le point de départ de toutes les prorogations et que, par suite, s'agissant d'un bail en cours au moment de ce décret, la durée de la prorogation doit se confondre jusqu'à due concurrence avec la durée de ce bail ;

« Qu'à la vérité, l'article 56 dispose : « les baux et locations verbales..... sont prorogés..... à compter du décret fixant la cessation des hostilités..... » ; mais qu'il ne résulte pas de ces dernières expressions que la durée des prorogations doive être calculée à partir de ce décret ; qu'elles signifient seulement que les prorogations ne commenceront à fonctionner qu'à compter de la cessation des hostilités officiellement constatée ; que cette précision était nécessaire, en ce qui concerne les baux déjà expirés au moment de la promulgation de la loi ;

« Attendu que B... est locataire de locaux à usage commercial, suivant bail authentique du 3 janvier 1913 qui doit prendre fin le 1er janvier 1928 ;

« Attendu que la sentence attaquée a décidé que la prorogation réclamée par B... courrait, non du 1er janvier 1928, mais du 24 octobre 1919, date de la loi qui a fixé la cessation des hostilités et qu'elle se confondrait jusqu'à due concurrence avec la durée normale du bail ;

« Attendu qu'en statuant ainsi, la sentence attaquée a violé, par fausse interprétation, l'article visé au moyen,

« Par ces motifs,

« Casse... »

En conséquence, *il est définitivement établi par la Cour de cassation que la prorogation légale s'ajoute à la durée de l'occupation des lieux loués, stipulée par le contrat, sans qu'il puisse y avoir confusion.*

H. RIBADEAU-DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

SOMMAIRE DES ANALYSES

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

DERMATOLOGIE

Sous la direction de M. le Dr P. GASTINEL

CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
EX-ASSISTANT DE CONSULTATION A SAINT-LOUIS

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

L'importance des traitements internes en dermatologie. L'emploi du cacodylate de soude et de l'hyposulfite de soude. (P. RAVAUT. *Presse méd.*, 28 janv. 1920, n° 8, p. 73.) — En plus de l'intérêt pratique de cet article, il doit être tout particulièrement signalé par sa portée au point de vue pathologique général. L'auteur donne une orientation nouvelle à la thérapeutique dermatologique et il la base sur l'étude des troubles d'ordre chimique dominant l'évolution de certains accidents cutanés.

Les faits rapportés par Ravaut ont trait à des cas d'eczéma rebelle soigné par le cacodylate de soude à haute dose atteignant 1 g. et plus en vingt-quatre heures. Cette médication est bien tolérée et, dans un grand nombre de cas, des résultats ont été obtenus dans des formes ayant résisté pendant des mois et des années à toutes les thérapeutiques.

Ravaut a également étudié l'emploi de l'hyposulfite de soude dans différentes dermatoses. Il l'a surtout employé dans les érythrodermies arsenicales consécutives à des injections de novarsenobenzol.

Guidé par des recherches expérimentales, Ravaut pense que certains accidents déterminés par les arsenobenzols peuvent être dûs à des oxydations du médicament. Aussi l'auteur a-t-il cherché un traitement rationnel de ces accidents dans l'emploi d'un corps réducteur. L'hyposulfite de soude a donné des résultats très encourageants à ce point de vue.

Les faits rapportés par Ravaut doivent être approfondis selon son propre avis, mais ils ouvrent une voie pleine d'intérêt et très riche en déductions. P. GASTINEL.

Le rôle du système nerveux végétatif dans les maladies de la peau. (E. H. REDDE. *Journ. of cutan. dis.*, 1918, p. 505.) — L'auteur admet que le système nerveux végétatif régularise l'activité métabolique et surtout par l'intermédiaire des hormons des glandes endocrines. La prédominance du segment sympathique, ou sympathicotonie, représente un état d'accélération du métabolisme; la prédominance du segment dépresseur, du parasympathique ou vagotonie représente au contraire un état de ralentissement.

Le disfonctionnement de ce mécanisme neuro-endocrinologique peut se produire en réponse à trois ordres de stimulants : physiques (exemple : irritation sympathique par des toxines au cours d'une infection générale, telle l'irritation sympathique observée dans la tuberculose généralisée); métaboliques (agissant comme réflexes biochimiques, soit du corps entier dans la période de croissance, soit d'organes en période de croissance comme les organes sexuels à la puberté, soit d'organes en état de croissance pour une fonction spéciale comme la menstruation, la grossesse, la lactation, la spermatogénèse); enfin psychiques.

L'influence sur la peau des nerfs végétatifs se voit dans les variations de l'état vasomoteur, des exsudations, de la pigmentation, dans les échanges quantitatifs, dans la sécrétion de la sueur et de la graisse, la nutrition des poils et des ongles. Une peau sympathicotonique fonctionne excessivement; une peau vagotonique fonctionne dans le sens de la perversion et de la diminution.

Dans la première enfance le principal stimulus est d'ordre métabolique. Le premier rôle est dévolu au thymus. On voit un type léger d'activité thymique avec irritation du parasympathique dans l'état isolé par Gerny sous le nom de diathèse exsudative : enfants gras avec manifestations eczémateuses et urticariennes récidivantes chez qui s'observent également de la rhinite spasmodique ou de l'asthme. Bien que les protéines puissent être le facteur offensif, la base fondamentale est le système nerveux, et derrière lui on trouve un trouble endocrinien.

Dans la deuxième enfance le premier rôle est pris par le corps thyroïde qui s'hypertrophie par irritation bactérienne d'origine dentaire ou amygdalienne. La réaction vagotonique consécutive donne de l'acrocyanose, de l'urticaire et des érythèmes multiformes persistants.

Dans l'adolescence, le premier rôle revient à la glande pituitaire, aux glandes génitales et à la substance corticale de la surrénale. Leur action s'exerce sur les poils et les glandes sébacées.

Enfin, chez l'adulte, la thyroïde reprend un rôle prépondérant associé à celui des glandes génitales (troubles conducteurs de la peau) et des surrénales (augmentation de la tension artérielle, du sucre sanguin, pigmentation).

A. BOUTELIER.

Antianaphylaxie digestive. Traitement de certaines urticaires et dermatoses. (Ph. PAGNIEZ et PASTEUR-VALLERY-RADOT. *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1920, t. X, p. 436-443.) — Les auteurs font dans cet article le résumé de leurs précédents travaux sur ce sujet.

La preuve de l'origine anaphylactique de certaines urticaires a été fournie par M. Widal et ses élèves en 1914. Etudiant une urticaire imputable aux aliments d'origine animale, il a montré que les symptômes cutanés sont précédés de tout un ensemble de phénomènes vasculo-sanguins : chute des globules blancs, baisse de la tension artérielle, troubles de la coagulation sanguine, diminution de l'index réfractométrique. Cette crise vasculo-sanguine est analogue à celle que l'on observe au cours des chocs anaphylactiques. L'individu atteint d'urticaire peut être considéré comme en état d'anaphylaxie vis-à-vis de certaines albumines alimentaires. Leur ingestion entraîne, dans les heures consécutives aux repas, l'apparition de la crise vasculo-sanguine, dite crise hémoclasique, qui est accompagnée ultérieurement de phénomènes cutanés.

Les auteurs ont montré que l'état anaphylactique déterminant les accidents d'urticaires peut être observé, non seulement pour les albumines animales, mais aussi pour les albumines végétales. Crise hémoclasique et phénomènes cutanés survenaient régulièrement après la prise d'albumine chez le malade dont ils ont rapporté le cas en 1916. Devant l'échec de toute thérapeutique, les auteurs ont essayé l'emploi de la méthode antianaphylactique consistant dans l'ingestion préalable d'une quantité minime d'albumines hétérogènes pour lesquelles l'individu est sensibilisé. Les résultats furent excellents et le malade, traité ainsi une heure avant son repas, pouvait ensuite manger impunément les aliments qui étaient pour lui les plus nocifs.

Pour rendre la méthode plus maniable, les auteurs ont remplacé l'emploi des aliments en nature par des produits albuminoïdes dérivés. L'expérience a montré que la peptone ingérée en cachet de 0,50 une heure avant le repas, réalise l'antianaphylaxie digestive.

Si la crise urticarienne survient chez des individus anaphylactisés par des aliments spéciaux, lait, poisson, œuf, il faut employer les aliments en nature dans l'ingestion préalable.

Cette thérapeutique, avant tout préventive, s'est montrée, dans un certain nombre de cas, curative; le sujet peut être définitivement désensibilisé; les aliments autrefois nocifs deviennent indifférents.

Quand l'urticaire est produite par des substances médicamenteuses, la même technique antianaphylactique peut être employée avec succès : le médicament est alors pris à titre

protecteur une heure avant la dose habituellement déchaînante (quinine, antipyrine).

Différents troubles morbides peuvent bénéficier de la méthode d'antianaphylaxie digestive. Certaines migraines peuvent être traitées préventivement par ingestion d'un cachet de peptone.

Le procédé indiqué par les auteurs ne comporte pas que des succès ; il est des formes d'urticaires résistant à toutes tentatives : peut-être ne sont-elles pas d'origine alimentaire ; peut-être le repas préventif (peptone) n'est-il pas réalisé dans les conditions de quantité et de temps nécessaires? Une formule univoque ne peut schématiser dans tous les cas l'emploi et la technique de l'antianaphylaxie digestive dont l'application est certainement sujette à de multiples variations.

P. GASTINEL.

Anaphylaxie à l'antipyrine apparue après une longue phase de sensibilisation. Désensibilisation. (F. WIDAL et PASTEUR-VALÉRY-RADOT. *Presse méd.*, n° 10, 1920, 4 fév. 1920.) — Dans l'observation rapportée, il s'agit d'une femme qui, après avoir pris pendant neuf ans régulièrement, des cachets d'antipyrine, sans en éprouver aucun accident, présenta, par la suite, à chaque ingestion d'antipyrine, des phénomènes cutanés du même type : sensation de brûlure dans la région labiale, les lèvres et leur pourtour devenaient tuméfiés. Quelques heures après, de petites vésicules apparaissaient sur cet érythème ; les jours suivants, les vésicules desséchaient. Cessant l'emploi du médicament pendant sept ans, les auteurs ont cherché si l'état d'anaphylaxie vis-à-vis de l'antipyrine persistait encore après cette longue période d'abstention. Ils peuvent facilement provoquer des accidents cutanés de même type que ceux observés sept ans auparavant : la malade était donc toujours en état d'anaphylaxie.

En appliquant la méthode antianaphylactique, faisant ingérer à la malade des doses minimes d'antipyrine, une heure avant la prise massive, les auteurs purent, non seulement faire supporter à la malade des doses fortes du médicament, mais encore, ils purent faire disparaître l'état anaphylactique par complète désensibilisation du sujet qui pouvait alors ingérer, sans offense et sans prise préalable, 1 gr. d'antipyrine.

Il est intéressant de noter la longue période de préparation (9 ans) qui a précédé la phase d'anaphylaxie. Celle-ci est beaucoup plus vite obtenue quand l'introduction de la substance sensibilisant se fait par la voie sous-cutanée ou sanguine.

P. GASTINEL.

MYCOSES

Sur l'épidermophytie inguinale (eczéma marginé de Hébra). (Georges THIBIERGE. *Journ. de méd. et chir. prat.*, 25 oct. 1919, t. XC, 20e cahier.) — L'auteur insiste sur la fréquence de cette dermatose pendant la guerre.

On sait que son siège classique de prédilection est la région inguinale ; mais, et c'est là une notion que sa fréquence pendant la guerre a permis de mieux préciser, elle ne se limite pas aux plis inguinaux. En effet, cette mycose peut atteindre les plis axillaires, se développer au niveau de l'ombilic, envahir le tronc et les membres, principalement, les membres inférieurs. Elle peut aussi déterminer des plaques sous-mammaires.

Le plus souvent, les lésions aberrantes de l'épidermophytie coexistent avec des lésions inguinales, mais elles peuvent exister seules. L'auteur insiste sur le *prurit* qui accompagne cette dermatose et qui peut prendre une intensité considérable.

Thibierge rappelle que l'épidermophytie doit être diagnostiquée de quelques affections qui peuvent la simuler : intertrigo, eczéma, psoriasis, lichen circonscrit, érythasma.

L'auteur rappelle quelques épidémies d'épidermophytie. Il pense que la contagion sexuelle ne peut être invoquée. Il est vraisemblable que la maladie est transmise par le linge insuffisamment séché. Le traitement consiste en badigeonnages à la teinture d'iode. Pour atténuer le prurit, il faut avoir recours à des lotions à l'alcool de menthe, étendu d'eau ou à des pâtes phéniquées et mentholées.

P. GASTINEL.

Contribution à l'étude clinique de l'épidermophytie inguinale. (Robert SEHOUX. *Thèse de Paris*, 1920, imprim. Daupelez-Gouverneur, Nogent-le-Rotrou, 64 p.) — Travail d'ensemble très complet sur la question. Sehoux envisage les lésions classiques et atypiques de l'épidermophytie. Il insiste surtout sur les localisations aberrantes de cette mycose ; elle peut siéger, non seulement au niveau des plis cutanés, mais sur les surfaces planes et aux extrémités. Ainsi que Sabouraud l'avait montré, l'épidermophytie réalise au niveau des espaces interdigitaux, le tableau clinique de la dysidrose ou de l'intertrigo.

P. GASTINEL.

La dysidrose. Sa nature parasitaire. (DARIER. *The Lancet*, n° 5013, 27 sept. 1919, p. 578.) — L'auteur pense que cette affection doit être rangée parmi les dermatoses parasitaires. Il s'agissait d'une variété d'épidermophytie.

P. GASTINEL.

Actinomycose traitée par le radium. (HEYERDAHL. *Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, déc. 1919, p. 1928.) — Heyerdahl relate 6 cas de guérison complète d'actinomycose par le radium, sans récidive ultérieure. Un de ces cas avait résisté à l'iodure.

A. BOUTELIER.

La contagiosité du favus chez l'homme. (R. SABOURAUD. *The Lancet* (French supplément), 27 sept. 1919, p. 581.) — Le favus est rarement contagieux, contrairement à l'opinon répandue, nombreux cas où dans la même famille, un ou plusieurs individus sont atteints de favus depuis de longues années sans que les autres membres de la famille soient contaminés.

P. GASTINEL.

Cf. — La blastomycose en Amérique. (*Ann. de la Faculté de méd. de Montévidéo*, t. IV, fasc. 5-6, mai-juin 1919.)

Notes sur la sporotrichose. (Louis RAMOND. *Med. Press and circular*, 7 avril 1920.)

PELADES

Le problème des pelades. (L. BROCQ. *Journ. de méd. et chir. prat.*, 25 janv. 1920.) — L'auteur précise dans cet article les données actuelles sur l'intéressant problème des pelades.

Il expose les arguments pour et contre chacune des deux théories pathogéniques en présence : théorie parasitaire et théorie trophonévrotique et dystrophique. Il rappelle les éléments essentiels dont il faut tenir compte pour qu'une théorie étiologique et pathogénique des pelades puisse expliquer tous les faits connus :

1° Certaines pelades ou pour mieux dire certaines alopécies présentant les caractères objectifs des pelades paraissent dépendre de troubles divers du système nerveux, de lésions ou de dysfonctionnement de certaines organes.

2° Par contre, les pelades vulgaires ont l'évolution des maladies causées par des parasites (champignons et microbes). Mais il a été impossible de trouver dans aucune forme de pelade un champignon ou un microbe pathogène nettement différencié et on ne connaît aucun exemple authentique de contagion, d'épidémie et d'inoculation de pelades. Brocq termine l'article par l'exposé du traitement des pelades et donne les formules des lotions et pommades recommandées tant pour les formes vulgaires que pour les formes décalcantes.

P. GASTINEL.

Sur l'étiologie de la pelade. (R. SABOURAUD. *Ann. de dermat. et de syphil.*, n° 4, 1920, p. 177-192.) — L'auteur résume dans cet article ses opinions sur la pelade, opinions étayées par une patiente observation de très longues années.

Nous ne pouvons mieux faire que de rapporter ici les conclusions formulées par Sabouraud à la fin de son travail :

« 1° Aucune doctrine étiologique de la pelade ne peut se soutenir sans artifice.

2° La pelade paraît un syndrome : on l'observe héréditaire dans quelques familles ; ou en connexion avec le vitiligo ou avec le goître exophtalmique, ou chez la femme comme accident précoce ou tardif de la ménopause, ou chez l'adulte en rapport avec l'éruption tardive difficile de la dent de sagesse.

3° En regard de ces cas rares, on peut se rendre compte par une étude clinique et expérimentale longtemps poursuivie, du nombre de peladiques qui sont des syphilitiques anciens (Fournier) ou surtout des hérédosyphilitiques plus ou moins larvés. Le traitement mercuriel longtemps continué confirme, par ses effets, cette constatation. »

P. GASTINEL.

BRANCHIOMES

Branchiomes cutanés bénins. (Fistules végétantes du cou et de l'oreille externe.) (J. Darier et J. Hallé. *Ann. de dermat. et de syphil.*, t. I, n° 1, 1920, p. 1-12.) — Les auteurs rapportent une observation de branchiome bénin remarquable : 1° par la multiplicité des petites malformations qui, au cou, étaient au nombre de plus de trente et remplissaient le conduit auditif externe; 2° par leur disposition sur une ligne brisée paraissant correspondre au trajet de la première fente branchiale; 3° par le fait que les excroissances sont en réalité de petites fistules branchiales, qui, malgré leur existence et leur peu de profondeur sont tapissées d'un épithélium entodermique et ont une cavité plus ou moins remplie de végétations papillomateuses. P. Gastinel.

A propos d'un cas de branchiomes cutanés bénins. Note complémentaire. (J. Darier. *Ann. de dermat. et de syphil.*, n° 10, 1920, p. 433.) — Cette note est la suite du travail analysé ci-dessus. La malade a été opérée et l'examen histologique a pu être aussitôt pratiqué.

L'étude des malformations a montré l'absence de cils vibratiles sur leurs cellules et l'existence d'un tissu adénomateux sous-jacent aux fistules et communiquant avec elles.

Il s'agit bien de *branchiomes cutanés bénins verruqueux et fistulovégétants*. P. Gastinel.

NÆVI

Des nævi systématisés. (H.-G. Luneau. Th. de Paris, 1919, 76 pages; Maloine, édit.). — A l'occasion d'une observation personnelle, l'auteur reprend toute l'étude du nævus systématisé. Le cas qu'il rapporte est un exemple type du « grand nævus à troubles trophiques » avec lésions osseuses, musculaires, cutanées, hypodermiques et avec phénomènes délirants passagers.

Discutant l'étiologie de cette affection, l'auteur constate que la tuberculose accompagne fréquemment le grand nævus, mais il est impossible de préciser s'il existe des rapports entre celui-ci et celle-là.

En terminant, l'auteur rappelle que G. Etienne (de Nancy) a soutenu la disposition névrométamérique et spinométamérique des nævi. Elle témoignerait d'une altération du système nerveux sous l'influence d'une cause inconnue, probablement toxique ou infectieuse. P. Gastinel.

Cf. — Sicilia. Dermatologie. Signification clinique des nævi. *El siglo medico*, n° 3416, 31 mai 1919, p. 439.

La pachydermie vorticellée du cuir chevelu (Etude clinique et anatomique. Essais et traitement chirurgical.) (Ch. Lenormant. *Ann. de dermat. et de syphil.*, n° 5, 1920, p. 225-243.) — L'observation rapportée par Lenormant représente à son plus haut degré, une affection rare du cuir chevelu et que caractérise l'apparition de bourrelets ou replis cutanés épaissis et saillants, bizarrement contournés, qui séparent des sillons plus ou moins profonds. Ces bourrelets et sillons rappellent grossièrement l'aspect des circonvolutions cérébrales. Cette malformation a été discutée par Unna sous le nom de Cutis verticis gyrata. Audry a proposé le terme adopté par Lenormant.

Il y aurait lieu de distinguer deux variétés de pachydermie vorticellée : l'une d'origine inflammatoire, généralement limitée, se rencontre surtout à l'âge adulte, son apparition est probablement en rapport avec les inflammations chroniques du cuir chevelu; l'autre, véritable malformation toujours congénitale, le plus souvent étendue à une grande partie du cuir chevelu, s'apparente de très près aux nævi et n'est en somme qu'un nævus géant du cuir chevelu. Le traitement médical ne peut avoir aucune action sur la pachydermie vorticellée. Seul le traitement chirurgical peut agir efficacement sur cette malformation. Dans les formes limitées il est facile d'exciser la plaque en totalité. L'indication opératoire se pose avec beaucoup plus d'intérêt dans les grandes formes diffuses. Ici l'ablation totale est impossible et dans le cas rapporté par Lenormant il eût fallu « scalper » la malade. Il faut se contenter d'excisions partielles qui suppriment une partie de tissu exubérant et déterminent, par la traction qu'exerce la suture, un effacement des sillons et une diminution des plicatures. P. Gastinel.

VITILIGO

Le vitiligo et ses relations avec la syphilis acquise ou héréditaire. (Brown, Dujardin et Haecke. *The British Journ. of Dermat.*, janv.-mars 1919, p. 1.) — Les auteurs concluent : à partir de 20 ans, le vitiligo coexiste généralement avec la syphilis, surtout à formes méningées. Lorsqu'il se développe avant cet âge, il coexiste souvent avec la syphilis héréditaire atténuée. Mais on ne peut affirmer actuellement l'hypothèse de l'origine syphilitique de vitiligo. P. Gastinel.

Cf. — Vitiligo et syphilis. (Bralez. *Th. de Paris*, 1919.)

PLAIES

Complications cutanées des plaies en temps de guerre et en temps de paix. (H. Gougerot. *Journ. méd. franç.*, t. VIII, n° 12, déc. 1919, p. 502.) — Gougerot résume dans cet article l'ensemble de ses intéressantes recherches publiées dans une série de travaux pendant la guerre.

Il envisage d'abord les dermo-épidermites microbiennes qui compliquent souvent les plaies et qui ont un aspect très polymorphe; il décrit quatre types principaux : formes purulentes; formes humides, érosives suintantes eczématiformes; formes sèches squameuses; formes polymorphes par une juxtaposition des types précédents.

Gougerot envisage ensuite un deuxième groupe de faits caractérisés par des ulcérations persistantes dont l'origine peut être diverse : infections pyogènes, syphilis, mycose.

Les recherches de Gougerot sont intéressantes à connaître pour le médecin, le chirurgien et l'expert, en raison des décisions médico-légales à prendre devant les lésions cutanées post-traumatiques. Cet article est accompagné de la bibliographie personnelle de l'auteur. P. Gastinel.

ENGELURES

Traitement des engelures par les rayons ultra-violets. (Sevin. *The Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 22 mars 1919, p. 855.) — Cette thérapeutique paraît avoir donné de très heureux résultats. On a fait trois applications de 10 minutes à 8 jours d'intervalle. La douleur disparaît dès la première application et la guérison a été obtenue sans récidive. P. Gastinel.

LE BOUTON D'HUILE

Cf. — Le bouton d'huile des ouvriers métallurgistes. (G. Thibierge. *Bull. Acad. de méd.*, séance du 12 mars 1918.)

Pigmentations des régions découvertes chez les ouvriers tourneurs d'obus. (G. Thibierge. *Ann. de dermat.*, 1919, n° 4, p. 171.)

L'élaiokoniose folliculaire (bouton d'huile) et les folliculites acnéiformes professionnelles. (Paul Blum. *Th. de Paris*, 1919, 80 p., Jouve édit.) — Etudes clinique, pathogénique et thérapeutique d'une folliculite acnéiforme professionnelle dans laquelle l'agent pathogène n'est pas tant l'huile que les poussières ou konioses qui viennent obstruer l'ostium folliculi. A cette affection, l'auteur propose le nom d'élaiokoniose folliculaire.

L'étude chimique de l'action du follicule, faite par M. Mignon, a montré que du fer et du chlorure y sont décelables.

L'action de la koniose n'est pas une simple action *mécanique;* elle agit également *chimiquement* (production de l'hyperkératose) et par un processus *inflammatoire* : l'infection est habituellement secondaire et produite par les microbes des poussières, ceux des huiles abondantes et récupérées, ceux de la peau, ceux des chiffons d'essuyage.

L'action de l'huile est celle d'un véhicule.

Cliniquement, l'affection passe par quatre phases anatomo-cliniques : *stade de ponctuation folliculaire* correspondant à l'obstruction du follicule par la koniose ; *stade de pseudo-comédon* ou folliculite acnéiforme proprement dite; l'hyperkératose ostéofolliculaire provoque la formation d'un pseudo-comédon dont le point noir est formé non par de la kératine seule, mais un mélange de poussières métalliques d'huile et de cellules inflammatoires ; *stade papuleux* par périfolliculite; *stade pustuleux, furonculeux*. L'auteur souligne, après la communication de M. Thibierge, l'intérêt médico-légal de cette affection au point de vue de l'hygiène industrielle.

P. Gastinel.


LE PLUS
PUISSANT
DES
ANTISEPTIQUES
NI TOXIQUE
NI CAUSTIQUE
Henry Renan
Pharmacien
33 Rue de Vaugirard PARIS (VI)
TÉLÉPHONE : FLEURUS 23-01
SUPEROL
HENRY RENAN PHARMACIEN
PARIS




AMPOULES POUR INJECTIONS
Hypodermiques
1cc.=1 gr. Seigle ergoté

DERMATOSES PROFESSIONNELLES

Sur les dermatoses professionnelles. (G. Thibierge. *Journ. des prat.*, 20 nov. 1920.) — L'étude de ces dermatoses pose souvent des problèmes de médecine sociale rentrant dans la pratique médicale journalière. Jusqu'ici la déclaration des maladies professionnelles ne vise que quelques-unes seulement des affections résultant de l'emploi du mercure et du plomb, mais cette déclaration peut être étendue par simple décret à d'autres maladies professionnelles par application de la loi du 25 octobre 1919. Ceci suffit à montrer toute l'importance de l'étude faite par l'auteur.

Les éruptions professionnelles ne constituent qu'un chapitre des éruptions artificielles.

L'*absorption* peut quelquefois déterminer ces éruptions. Ceci s'observe chez les ouvriers en produits chimiques (couleur d'aniline surtout); bien souvent, d'ailleurs, le contact externe conditionne ou renforce l'éruption provoquée par l'agent en circulation.

Le plus souvent les éruptions professionnelles sont d'origine externe. Signalons les *agents physiques* (chaleur, froid, rayons lumineux, rayons X, etc.). En dehors des accidents graves de la radiodermite ces accidents ont les caractères généraux du coup de soleil mais peuvent, par leur répétition, aboutir à des pigmentations.

Les *corps irritants* qui interviennent dans la production des éruptions professionnelles sont les plus nombreux. Parmi les substances chimiques il faut particulièrement signaler l'iode, le chlore, le brome, l'arsenic, le soufre; les acides et les bases inorganiques (acide sulfurique, azotique, chlorhydrique, phénique, picrique, chromique, chaux, potasse, ammoniaque) peuvent être des causes d'accidents dans les différentes professions où ces produits sont employés (raffineur, tanneur, cimentier, blanchisseur, etc.).

Les dérivés de la houille et du goudron (couleur d'aniline, thérébenthine, trinitrophénol, acide pyrogallique, hydroquinone, etc.) provoquent souvent des éruptions chez les teinturiers et surtout chez les ouvriers des manufactures d'explosifs et les photographes.

Des substances tirées du règne végétal, les huiles; certains bois, le chataignier, les bois exotiques, les gousses de vanille, les pêches, les écorces d'oranges amères et l'écorce de quinquina peuvent être des causes d'éruption. Un grand nombre de végétaux: primevères, lierre, thapsia causent des éruptions chez les droguistes et les jardiniers.

Les substances organiques en putréfaction ou altérées (canne de Provence parasitée par spirotrichum dermatodes, choux fermentés, fromages avariés, cocons de vers à soie) sont des causes d'éruption.

Les insectes parasitant les grains et les farines doivent être aussi signalés.

A l'action toxique du produit chimique il faut ajouter celle simultanée de l'eau dont le contact prolongé est cause de macération épidermique.

Les éruptions professionnelles ont quelques caractères généraux qui leur sont communs avec la plupart des éruptions artificielles: leur siège et leur configuration traduisent des surfaces de contact des substances causales avec la peau. C'est pourquoi les mains et avant-bras sont si souvent atteints.

Les dermatoses professionnelles ont souvent une tendance à la récidive. La cessation du travail et sa reprise correspondent à des améliorations et à des rechutes. Souvent des lésions de même type sont observées dans un même atelier, mais il faut tenir grand compte des prédispositions individuelles permanentes ou passagères. Les formes cliniques de ces dermatoses dépendent essentiellement de la cause et des conditions physiques sous lesquelles elle agit. Quelques dermatoses ne se traduisent que par de l'érythème, elles n'ont en elles-mêmes aucune gravité; cependant elles peuvent être le début de lésions plus profondes.

L'érythème peut s'accompagner d'œdème et de prurit. Le plus souvent, il s'agit d'éruptions vésiculeuses de formes variées pouvant aboutir aux vésicules persistantes avec prolifération squameuse reproduisant les traits des eczémas chroniques.

A ces différentes lésions se mêlent, souvent, des produits de substances manipulées donnant ainsi la signature étiologique de l'éruption. Quelquefois des lésions pustuleuses d'emblée peuvent se montrer dans certaines professions mettant en contact avec des substances septiques. Le type éruptique est celui de l'ecthyma.

Rarement la dermatose professionnelle revêt la forme ulcéreuse. Cependant il faut noter le type spécial d'ulcérations observé aux doigts des ouvriers qui teignent le cuir au moyen des préparations chromiques. Communément désignées sous le nom de *pigeonneau*, ces ulcérations, étudiées par M. Brocq, occupent, au nombre de deux ou plusieurs, les faces dorsales ou latérales des doigts. Persistant fort longtemps, elles laissent une cicatrice caractéristique.

L'oblitération des orifices des glandes cutanées détermine dans certaines maladies professionnelles, le développement de comédon ou de folliculite suppurée. Il en est ainsi chez tous ceux qui font usage d'huile de graissage tenant en suspension des particules métalliques. Ces lésions peuvent subir chez les travailleurs des goudrons et les ramoneurs, une transformation épithéliale. Il s'agit alors d'épithéliomas cutanés caractérisés par leur multiplicité, leurs faibles dimensions initiales et leur localisation sur le visage, extrémité des membres supérieurs et scrotum.

Caractéristique également est l'éruption des ouvriers qui fabriquent le chlore par électrolyse du chlorure de sodium. Elle consiste en éléments très abondants d'acnés à comédons et en kystes sébacés multiples.

Bien que les dermatoses professionnelles dépendent d'une cause extérieure, il faut bien noter que souvent il faut invoquer un trouble interne quelconque (urinaire, hépatique, etc.) pour expliquer la soudaine apparition chez un sujet qui, depuis des années, exerçait, sans dommage, la même profession; c'est là un point que Thibierge ne veut pas envisager dans son travail, se bornant à l'exposé de ce que tout médecin devra savoir, lorsque la loi lui fera un devoir de déclarer les maladies professionnelles. P. GASTINEL.

LA DERMATOSE DE BOWEN

Le cancer de la dermatose précancéreuse de Bowen. (J. Darier. *Ann. de dermat. et de syphilig.*, t. I, 1920, n° 2, p. 50-61.) — En dehors des types courants de cancer primitif de la peau (spino-cellulaire, baso-cellulaire et nævi-carcinome) on peut rencontrer des formes d'épithéliome cutané qui diffèrent de ces types fondamentaux, tant par l'évolution clinique que par leur structure histologique.

Darier rapporte une observation qui lui fournit l'occasion de préciser les caractères cliniques de la forme du cancer auquel la dyskératose de Bowen donne lieu et d'en saisir le point de départ au niveau de l'épithélium dyskératosique.

Cliniquement, le cancer de la dermatose de Bowen est remarquable par son extension en surface, sa tendance végétante, il donne lieu à des nappes circonscrites d'excroissances conglomérées, séparées par des sillons, recouvertes de squames croûtes, parsemées de points blancs ressemblant à des grains de milium. L'envahissement est rapide, il peut donner des hémorragies profuses et rebelles. Il s'accompagne d'adénopathie composée de petits ganglions multiples non conglomérés. Ce cancer a ultérieurement tendance à se généraliser; les métastases se font par voies lymphatiques et peuvent donner lieu à un cancer des ganglions internes, du poumon, du péritoine, etc.

Histologiquement, ce cancer est constitué par des amas et des boyaux pleins formés d'épithélium malpighien métatypique. Les cellules sont volumineuses, œdémateuses, les noyaux sont inégaux, un grand nombre géants, difformes, multiples: ce sont des cellules dites dyskératosiques. Le centre des amas dégénère souvent en une matière nécrosique ou puriforme. Le tissu cancéreux se substitue au tissu primitif normal, dans la tumeur originelle et dans les noyaux secondaires, sans provoquer de réactions appréciables, inflammatoires ou autres. Le stroma est fibreux.

La structure de ce cancer est pareille dans la peau, dans les ganglions et dans les métastases viscérales. Cette structure est identique à *celle de l'épiderme des taches de dyskératose précancéreuse de Bowen*, taches dont le cancer en question provient directement.

L'auteur compare ce cancer avec celui de la dyskératose de Paget. Ces deux dyskératoses précancéreuses sont distinctes l'une de l'autre, des recherches ultérieures devront établir si

les cancers qui en proviennent, offrent entre eux des différences suffisantes pour qu'il soit possible de les distinguer toujours tant par les cliniques que par l'histologie.

Le cancer de la dyskératose de Bowen donnant lieu à des métastases ganglionnaires rapides, le traitement doit être hâtif et radical. L'excision chirurgicale totale doit être pratiquée chaque fois qu'elle est encore possible. L'évolution à peu près fatale des plaques de dyskératose en cancer exige, dès que le diagnostic est établi, des moyens énergiques : destruction au cautère, à la neige carbonique ou surtout excision chirurgicale complète. P. GASTINEL.

Cf. — La dermatose précancéreuse de Bowen ou dyskératose lenticulaire et en disques. (J. Darier. *Ann. de dermat. et de syphil.*, août-sept. 1914, p. 449.)

Dermatoses précancéreuses : la destinée ultérieure de deux cas précédemment rapportés. (John T. Bowen (Boston). *Arch. of dermat. and syphil.*, janv. 1920, vol. XXXVIII, p. 23.) — Bowen rappelle brièvement l'histoire de deux des trois cas qu'il a rapportés dans le *Journal of cutaneous diseases* de mai 1912 et décembre 1915 de la maladie étudiée depuis par Darier dans les *Annales de dermatologie* d'août et septembre 1914. Le premier malade était atteint depuis dix-neuf ans, il resta guéri, une récidive céda rapidement à une dose massive de rayons X. Il présente seulement quelques télangiectasies et une légère desquamation. Le second vu en 1914, âgé de cinquante et un ans, était atteint depuis trente ans. En 1915, les lésions furent excisées. Le malade est mort en mai 1918 d'un cancer du pylore. P. JACOB.

CANCER

Un cas de cancer consécutif à une brûlure par l'acide sulfurique. (D. R. Mishell. *Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, déc. 1919, p. 1936.) — Observation d'un épithélioma de la face dorsale de la main droite consécutif à une brûlure par acide sulfurique survenue sept mois auparavant. L'auteur rapproche ces cas de ceux où des agents chimiques sont intervenus comme facteurs d'irritation préparant le terrain à la néoformation maligne, et en particulier de l'action irritante du tabac sur les lèvres et la langue. A. BOUTELIER.

Cf. — Sur l'épithéliomatose multiple disséminée des ouvriers manipulant le goudron. (G. Thibierge. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 20 août 1918, p. 173.)

LICHEN

Conception générale du lichen de Wilson. (G. Thibierge. *Paris méd.*, 27 nov. 1920.) — Le lichen de Wilson est une des dermatoses les plus nettement limitées qui, malgré son polymorphisme clinique, garde toujours ses caractères distinctifs et différenciés.

L'auteur trace le tableau de l'affection en précisant d'abord la lésion élémentaire, la papule qui est non seulement ferme brillante et sèche comme les papules de tous les lichens, mais qui présente la caractéristique d'être polygonale de contours et déprimée dans son centre en manière d'ombilication. Cette lésion si caractéristique n'est toutefois pas constante. Ainsi manque-t-elle au niveau des placards de lichen corné et au niveau des plaques de lichen atrophique circiné. Un attribut caractéristique du lichen de Wilson est son siège sur les muqueuses.

Thibierge donne une description du lichen de la bouche pouvant affecter la muqueuse buccale en même temps que le tégument ou indépendamment de celui-ci, réalisant des formes exclusivement localisées à la muqueuse buccale sans aucun élément cutané. Langue, joue, gencives et lèvres peuvent être le siège de lésions lichéniennes.

Les organes génitaux, prépuce, gland, fourreau de la verge, grandes et petites lèvres, entrée du vagin peuvent présenter des lésions comparables à celles des muqueuses des joues. Le médecin doit connaître ces localisations pour éviter en leur présence de faire des erreurs de diagnostic et pour tirer de leur constatation un des meilleurs moyens de reconnaître le lichen dans ces formes atypiques et difficiles. Parmi ces formes il faut placer les formes hypertrophiques réalisant un type papillomateux simulant des néoplasies. Inversement il existe des formes atrophiques d'aspect polymorphe déprimées en leur centre et bordées d'une couronne brillante dans laquelle se distinguent des papules typiques. L'aspect lésionnel peut être celui de certains épithéliomes plans cicatriciels.

Thibierge insiste sur l'augmentation de fréquence du lichen de Wilson.

Ce lichen semble comporter contre lui-même une sorte de vaccination; il est très rarement récidivant et quand des éléments incomplètement guéris entrent en reviviscence on voit alors survenir une forme à évolution chronique du type hypertrophique ou corné.

L'auteur signale encore une particularité très spéciale au lichen de Wilson : c'est l'existence de traînées de papules typiques apparaissant au niveau des points soumis au grattage. Elles éveillent l'idée d'une inoculation analogue à celle que l'on observe chez les phtiriasiques atteints de pyodermiques.

Tous ces motifs, joints aux lésions histologiques si voisines de celles des nodules infectieux, conduisent l'auteur à considérer le lichen de Wilson comme une maladie infectieuse engendrée par un agent spécifique. Il faut y ajouter encore un argument : c'est l'action thérapeutique de l'arsenic qui, à dose suffisante, est le seul médicament ayant donné des résultats dans cette maladie si hautement différenciée dans le groupe des dermatoses. P. GASTINEL.

ZONA

Cicatrice cutanée post-éruptive : Signe diagnostique de zona vrai d'avec l'herpès zostériforme. (Sicard. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hop. de Paris*, Séance du 28 nov. 1919, p. 999.) — Quand la vésicule du zona est desséchée on note une altération de derme sous-jacent qui après cicatrisation fait tache tégumentaire définitive. Dans l'herpès zostériforme, le tégument reprend son aspect antérieur normal progressivement sans conserver aucun stigmate cicatriciel. P. GASTINEL.

CHÉLOIDES

Les chéloïdes et la cicatrisation chéloïdienne. Etude pathogénique, clinique, thérapeutique. (Maurice Lesieur. Maloine, édit., 1920, 60 p.) — L'auteur publie les observations des malades traités avec succès par la méthode des injections d'huile créosotée. P. GASTINEL.

SCLÉRODERMIE

Les arthropathies en cours de la sclérodermie. (Ch. Adrian et Rœderer. *Ann. de dermat. et de syphil.*, t. I, n° 6-7 et n° 8-9, p. 299-319 et 341-59, p. 395-424.) — Dans certains cas, d'ailleurs assez rares, le sclérodermie s'accompagne de processus articulaires précédant en général les altérations des téguments mais pouvant quelquefois évoluer simultanément. Les lésions portent sur une ou plusieurs articulations, peuvent disparaître spontanément pour réapparaître au bout d'un laps de temps indéterminé. Le début est généralement insidieux.

Après les articulations des doigts, c'est l'articulation tibio-fémorale qui est atteinte le plus souvent.

Cliniquement, les manifestations articulaires sont polymorphes : dans une observation rapportée par les auteurs l'aspect est celui d'un rhumatisme aigu polyarticulaire évoluant vers l'ankylose articulaire généralisée. Il peut s'agir dans d'autres cas d'arthrite chronique accompagnée d'hydarthrose avec épaississement de la synoviale; enfin les auteurs relatent une observation où les accidents se caractérisent par des arthralgies au niveau des articulations scapulohumérales, fémorotibiales et radiocarpiennes.

A l'examen radiologique, on trouve généralement la raréfaction pouvant aller jusqu'à l'atrophie du tissu osseux, tandis que le tissu cartilagineux présente de l'effritement et disparaît plus ou moins totalement.

Quelquefois on note des proliférations sous forme d'irrégularités et de protubérances. Les auteurs pensent que le point de départ du processus morbide est une inflammation initiale de la synoviale à laquelle participent la capsule fibreuse et les tissus périarticulaires. Les modifications osseuses ou cartilagineuses seraient secondaires.

La nature des arthropathies de la sclérodermie ne peut être précisée actuellement.

Le pronostic est sérieux dans les formes progressives et la thérapeutique est impuissante. P. GASTINEL.

Cf. — Deux cas de sclérodermie avec sclérodactylie. (Cesare CAPEZZUOLI. *Riv. crit. di clin. med. Firenze*, 6 déc. 1919, n° 49.)

MYASE CUTANÉE

Cas de creeping disease (Larva migram) contracté à Paris. (J. DARIER. *Ann. de dermat. et de syphil.*, n° 3, 1920, p. 113-120.) — L'auteur rapporte une observation de myase cutanée très rarement notée dans nos pays. Le creeping disease ou myase rampante sous-cutanée est caractérisé par une ligne rouge sinueuse, saillante et continue dont l'extrémité progresse de 1 à 4 cm. par jour. Cette myase est déterminée par la larve de certaines espèces d'œstrides; le plus souvent il s'agit d'une larve d'hypoderma bovis ou de gastrophilus.

Il existe d'autre types cliniques de myases :

La myase sous-cutanée à tumeurs ambulatoires dans laquelle se produisent des tumeurs œdémateuses ou inflammatoires pouvant atteindre le volume d'un œuf et dont la dernière donne issue à la larve. Ces tumeurs sont provoquées par la migration douloureuse de la larve.

La myase furonculoïde est caractérisée par une tumeur unique qui est la seule manifestation morbide. De cette tumeur la larve finit par sortir spontanément. Ces différents types cliniques de myases peuvent être déterminés par les mêmes parentés déjà indiquées par le creeping disease.

P. GASTINEL.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

DIAGNOSTIC DES ULCÉRATIONS DE LA LANGUE

La bouche est la cavité la plus exposée aux irritations traumatiques répétées et par suite aux inoculations de toute sorte. Aussi la langue peut-elle être le siège de nombreuses manifestations ulcératives.

En présence d'une ulcération de la langue, on devra examiner avec le plus grand soin ses caractères, rechercher les lésions concomittantes, et voir s'il s'agit d'une lésion isolée ou d'un ensemble morbide lié à une affection générale. Il faut :

1° *Inspecter* successivement le dos, les bords, la base, la pointe et la face inférieure de la langue;

2° *Palper* l'organe dans toute son étendue;

3° *Rechercher* toujours les ganglions tributaires des lymphatiques linguaux.

D'après les caractères locaux de l'ulcération, on pourrait distinguer deux groupes très différents :

1° Les *ulcérations superficielles*, plates, ne reposant pas sur une tumeur;

2° Les ulcérations saillantes reposant sur une tumeur ou une *base indurée*.

Quoi qu'il en soit, il est des ulcérations de diagnostic facile, et des ulcérations dont le diagnostic nécessite la mise en œuvre de moyens de laboratoire.

I. ULCÉRATIONS DE DIAGNOSTIC FACILE. — *A.* **Les ulcérations traumatiques.** — *a.* Au cours de la *coqueluche*, chez les enfants, on peut observer une ulcération superficielle du frein de la langue par frottement sur les dents, pendant les quintes de toux.

b. Au cours de l'*épilepsie*, pendant les crises, le malade peut se mordre la langue sur le dos ou les bords.

B. **Ulcérations herpétiques.** — A contours polycycliques. Elles se développent en deux stades : vésiculeux d'abord, puis ulcéreux. La fièvre est fréquente.

C. **Ulcérations aphteuses.** — Petites ulcérations arrondies, couleur jaune d'or, avec un liseré rouge, sensation de brûlure. Ces ulcérations surviennent chez des dyspeptiques, nerveux, à l'occasion de surmenage, d'écart de régime ou d'irritation buccale.

D. **Les stomatites.** — 1° MERCURIELLE : dans les formes légères, ce sont des ulcérations superficielles, irrégulières, couvertes d'un enduit blanchâtre, siégeant au collet des incisives inférieures et sur les bords de la langue. Odeur particulièrement fétide, salivation abondante. La notion étiologique (traitement mercuriel) fait faire le diagnostic. Dans les formes graves, on peut voir des ulcérations profondes, à allure gangréneuse, pouvant aller jusqu'à la nécrose du maxillaire inférieur.

2° ULCÉRO-MEMBRANEUSE. — Identifiée avec l'angine de Vincent, elle est due à une infection fuso-spirillaire, se voit chez les surmenés, les débilités; douleur, salivation, fétidité de l'haleine. Lésions fréquentes, de même nature, sur les gencives, les joues. Le fond des ulcérations est grisâtre, revêtu d'un enduit pultacé, gangréneux. Les bords sont taillés à pic, la base non indurée. Il y a des ganglions sous-maxillaires nombreux. Les traits sont pâles, le malade est abattu, l'état général est toujours atteint. La guérison est rapide par le traitement approprié (salvarsan, iode ou bleu de méthylène).

3. GANGRÈNE OU NOMA. — Très rare, exceptionnel aujourd'hui.

4. Enfin, signalons chez l'**enfant** ou chez l'**adulte** diverses lésions :

— Ulcérations au cours des *maladies générales* : fièvres diverses, rougeole, scarlatine, variole, varicelle, fièvre typhoïde, scorbut, diabète, urémie.

— La glossite exfoliatrice marginée.

— L'ulcération de la maladie de Riga.

— L'ulcère trophique ou mal perforant, qui peut se voir chez les tabétiques ou les diabétiques. Ulcération indolore, à bords taillés à pic, avec un bourrelet périphérique.

II. ULCÉRATIONS LINGUALES DONT LE DIAGNOSTIC EST DIFFICILE. — Après avoir éliminé toutes ces ulcérations linguales dont le diagnostic est rendu facile par la notion étiologique, on peut se trouver bien souvent en présence d'une ulcération persistante, à évolution lente; c'est alors qu'on hésitera entre la *syphilis*, la *tuberculose* et le *cancer*.

1° **Ulcérations simples ou dentaires.** — Elles siègent sur le bord de la langue, au niveau d'une dent cariée, moulée sur un chicot et à limites nettes. Les bords sont parfois indurés; le fond présente des bourgeons charnus et non saignants; peu de douleurs et sans irradiations. La guérison est rapide après ablation ou obturation de la dent. Il ne faut pas oublier que des irritations persistantes peuvent être le point de départ de tuberculose, cancer, etc.

2° **La syphilis**. — Aux trois périodes de la syphilis on peut observer des lésions linguales :

a. LE CHANCRE. — *Nombre* : unique; *siège* : surtout à la pointe; *forme* : arrondie; *fond* : plat et lisse; *couleur* : rouge chair, jambonnée; *bords* : lésion érosive et sans bords; *base* : indurée et parcheminée; *douleur* : nulle; *ganglions* : pléiade précoce, indolente et non suppurée. Cette érosion cartonnée et indolore met une quinzaine de jours à évoluer; elle se cicatrise alors. On doit mettre le malade en observation, en cas de doute rechercher les spirochètes à l'ultramicroscope, et rechercher la roséole.

b. LES PLAQUES MUQUEUSES. — *Nombre* : multiple; *siège* : partout, surtout sur les bords; *forme* : papules arrondies, polymorphes ou érosions superficielles ayant fauché les papilles; *couleur* : opaline, sorte de pellicule blanchâtre sur la plaque; *douleurs* : nulles; coexistence d'accidents secondaires dans la bouche, sur le scrotum, les grandes lèvres, l'anus. D'après Darier, il faut distinguer plusieurs formes :

1. *Plaques lisses* de Fournier, fauchées en prairie (Cornil) : tâches roses, dépapillées, sèches, non indurées, rondes ou ovalaires, bien limitées, sans liseré spécial.

2. *Plaques muqueuses opalines* : sur les bords ou à la pointe de la langue, érosives ou fissurées, rarement papuleuses, en pastilles.

3. *Plaques hypertrophiques* ou végétantes : à la base de la langue, au voisinage du V lingual, où elles confluent et d'où elles gagnent le dos de la langue, lui donnant l'aspect en « dos de crapaud ».

Dans les cas de doute, recherche du spirochète à l'ultramicroscope. Réaction de Wassermann. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
εστ
επαθαντ
RENÉ VINCENT
FRAEGER

Ce numéro contient les TABLES *et les* TITRES *pour l'année 1920.*

No 109. — MARDI 28 & JEUDI 30 DÉC. 1920. 93e ANNÉE. MARDI 28 & JEUDI 30 DÉC. 1920. — No 109.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, **20** francs par an.
Étudiants étrangers, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE . 3 mois : **9** fr. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

NOUVELLES

HOPITAUX DE PROVINCE. — ANGERS. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations de MM. Gory, Mandroux, Larget-Piet, Gigon, Bazoge, internes titulaires ; Béraud, Robin, internes provisoires.

— Concours de l'internat en pharmacie : A été nommé interne titulaire : M. Chené.

— Concours de l'externat : Ont été nommés externes : MM. Souvestre, Lambert, Pérono, Duplenne, Provendier.

— Concours de médecin des hôpitaux : Un concours s'ouvrira le 17 janvier 1921, à l'Hôtel-Dieu, pour la nomination d'un médecin adjoint des hôpitaux. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'Hôtel-Dieu, huit jours au moins avant la date fixée.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Sont nommés chefs de laboratoire à la clinique des maladies cutanées et syphilitiques : MM. Sezary (physiologie pathologique), Pomaret (chimie), Bloch (anatomie pathologique et bactériologie).

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — Il est créé un emploi de chef de laboratoire de la clinique des maladies cutanées et syphilitiques. M. Mougneau est nommé chef de ce laboratoire.

— M. Labat, agrégé, est chargé des fonctions de chef des travaux chimiques et pharmaceutiques.

M. Mandoul, agrégé, est nommé professeur de zoologie et parasitologie.

M. Beille, professeur de matière médicale est nommé professeur de botanique et matière médicale.

M. Princeteau, agrégé (anatomie) est maintenu en exercice jusqu'à l'âge de la retraite.

— LILLE. — M. Vallée, agrégé, est nommé professeur de chimie minérale et toxicologie en remplacement de M. Lescœur, admis à la retraite.

M. Cordier est chargé des fonctions de chef des travaux d'anatomie.

— Sont chargés de cours complémentaire, MM. les agrégés G. Gérard (ophtalmologie) et Polonowski (chimie minérale).

— LYON. — Sont nommés chefs de travaux : MM. Chanoz (physique biologique) et Imbert (thérapeutique).

— MONTPELLIER. — M. Fabre est chargé des fonctions de chef du laboratoire des cliniques (Hôpital suburbain).

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ANGERS. — M. Gasnault est chargé d'un cours de chimie et toxicologie.

M. Fouchet, chef des travaux de physique et de chimie est chargé en outre des fonctions de suppléant des chaires de physique et de chimie.

— CAEN. — Sont nommés chefs de travaux : MM. Charbonnier (anatomie et histologie; Gidoin (histoire naturelle); Desbouis (physiologie); Lebailly (bactériologie); Guégaut (physique et chimie).

— LIMOGES. — M. Raymondaud, professeur d'anatomie est chargé en outre des fonctions de chef des travaux d'anatomie.

M. Filhoulaud, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale est chargé en outre des fonctions de suppléant des chaires d'anatomie et physiologie.

— MARSEILLE. — Prix décernés :

Médecine, 1re année, premier prix, M. Toinon; mentions honorables, MM. Naul et Silvan; 5e année, 2e prix *ex æquo*, MM. Amaladassou et Cousin.

Pharmacie, 1re année, premier prix, M. Mouliérac ; 2e prix, Mlle Viaud.

Sages-femmes, 2e année, mention honorable, Mlle Bouvry.

— M. Chauvin est institué pour une période de neuf ans suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales.

M. Vayssière est chargé d'un cours complémentaire d'accouchement.

M. Aubert est chargé des fonctions de chef des travaux anatomiques et physiologiques.

M. Rimattei est chargé des fonctions de chef des travaux physiques et chimiques.

— POITIERS. — M. Berland, chef des travaux pratiques d'anatomie et d'histologie, est prorogé dans ses fonctions jusqu'au 31 octobre 1921.

Sont chargés des fonctions de chef de travaux : MM. Boucherie (histoire naturelle); Veluet (physiologie).

— RENNES. — Sont chargés de cours complémentaires : MM. Fleury (cryptogamie et hydrologie); Hardouin (médecine opératoire); Sizaret (maladies mentales); Le Norcy (stomatologie).

— ROUEN. — M. Richard, professeur de physique, est chargé des fonctions de chef des travaux pratiques de physique et chimie en remplacement de M. Gascard, démissionnaire.

M. Lecaplain, suppléant des chaires de pathologie et de chimique médicales, est chargé des fonctions de chef des travaux d'anatomie et d'histologie.

M. Longuet, professeur de physiologie, est chargé des fonctions de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

M. Guillaume, professeur suppléant des chaires de physique et de chimie, est chargé de la suppléance de la chaire de pharmacie et matière médicale.

ASILES DES BOUCHES-DU-RHONE. — Après concours Mlle Reynier et M. Conil ont été nommés internes des asiles.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MARINE. — (Active.) *Au grade de chevalier.* — MM. les Drs L'Hélias, Maurandy, Le Moine, Serre, médecins auxiliaires de 2e classe.

(Réserve.) *Au grade de chevalier.* — MM. les Drs Billieray et Ventre, médecins auxiliaires de 2e classe.

GUERRE. — (Active.) *Au grade de chevalier.* — M. le Dr Gaignoux, médecin aide-major de 1re classe (*J. O.*, 23 déc. 1920).

(A titre posthume) :

M. Cabanes (Paul), médecin aide-major de 2e classe : pendant la période du 28 septembre au 14 octobre 1916, a fait preuve du plus grand esprit de sacrifice pour assurer l'évacuation des blessés. N'a pas hésité à rapprocher le plus possible son poste de secours des premières lignes et a pu, ainsi, réussir à donner aux blessés les soins les plus immédiats. Blessé mortellement le 8 novembre 1916. A été cité. (*J. O.*, 14 août 1920.)

M. Deramecourt (Jean), médecin aide-major : médecin militaire ayant toujours fait preuve de courage et de dévouement. Intoxiqué mortellement à son poste, le 30 avril 1918. Croix de guerre avec étoile de vermeil. (*J. O.*, 14 août 1920.)

M. Dubois (Jules), médecin auxiliaire : médecin auxiliaire animé d'un sentiment élevé de son devoir et ayant par l'entrain de son caractère une excellente influence sur la troupe. A fait preuve, en toutes circonstances, du plus grand dévouement. Mortellement frappé à son poste, le 20 mars 1917. A été cité. (*J. O.*, 18 août 1920.)

M. Bichaton (Emile), médecin-major de 2e classe (territorial), à l'hôpital auxiliaire n° 181, de Pontoise : médecin d'une grande valeur et d'un dévouement sans borne, qui s'est fait remarquer dans tous les postes qui lui ont été confiés depuis le début de la campagne, se dépensant sans compter. A contracté au chevet des blessés une affection mortelle. (*J. O.*, 29 août 1920.)

M. Raymondaud (Henri-Jules-Gibert), médecin aide-major de 1re classe (active) au 2e bataillon du 132e rég. d'infanterie : médecin d'un dévouement absolu. Gravement atteint en service commandé aux armées. (*J. O.*, 29 août 1920.)

CITATIONS A L'ORDRE DE L'ARMÉE. — Sont cités à l'ordre de l'armée : MM. les Drs :

M. Roudinesco (Alexandre), médecin-major de 2e classe à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce : médecin-major de nationalité étrangère, s'est fait naturalisé le 10 août 1914. S'est engagé, le 12 août 1914, et a regagné un groupe de brancardiers divisionnaires où il s'est fait remarquer par son dévouement et sa bravoure. Gravement intoxiqué, le 20 mai 1918, à Coullemelle. (*J. O.*, 2 sept. 1920.)

Azam (Jean-Louis-Joseph), médecin-major de 2e classe, médecin-chef du 1er rég. d'infanterie : médecin-major du plus grand dévouement et possédant une notion très élevée du devoir. A été fait prisonnier, le 28 mai 1918, en ne voulant pas abandonner les blessés qu'il soignait. Pendant sa captivité, a continué ses soins avec le même dévouement et la même abnégation. (*J. O.*, 16 sept. 1920.)

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET BIOLOGIQUES DE MONTPELLIER ET DU LANGUEDOC MÉDITERRANÉEN. — La Société vient de renouveler son bureau et son conseil. Ont été élus : président, M. Grynfeltt; vice-présidents, MM. Boudet et Comte; secrétaire général trésorier, M. Gaston Giraud; secrétaire général adjoint, M. H.-E. Vinon; secrétaire des séances, M. G. Milhaud; conseillers : MM. Ducamp et Derrien, P. Delmas, Vallet, Bousquet et Villars; membres de la commission de contrôle : MM. Astruc, Hedin et Izard.

LE DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE EN AFRIQUE OCCIDENTALE. — L'école de médecine de l'Afrique occidentale est ouverte depuis le 1er octobre 1918. « Elle prépare des aides-médecins, des aides-pharmaciens et des sages-femmes indigènes, qui vont bientôt participer, sous la direction des médecins européens, à la diffusion des œuvres d'assistance médicale et de prophylaxie nécessaires au développement économique de notre domaine colonial Ouest-Africain ».

C'est du moins ce que dit le ministre des Colonies dans un rapport au Président de la République, en vue d'obtenir un décret réglant « le statut personnel du Directeur de l'école ».

Ce décret fixe la solde du directeur à 18.000 fr., à laquelle s'ajoute, quand il est dans la colonie, le supplément colonial. « Il fait partie du conseil supérieur d'hygiène et de salubrité publique, du conseil de perfectionnement de l'enseignement technique supérieur, du conseil supérieur de l'enseignement primaire de l'A. O. F. »

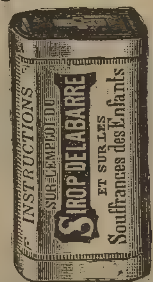
MÉDECINS STAGIAIRES DE L'ASSISTANCE MÉDICALE EN INDO-CHINE. — Le *Journal officiel* du 14 décembre 1920 a publié p. 20751 un avis relatif à un examen pour l'emploi de médecin stagiaire de l'Assistance médicale en Indo-Chine. Cet examen s'ouvrira le 14 mars. Il y a 10 places vacantes. Les médecins stagiaires ont droit à une solde de présence de 8.000 fr., plus un supplément colonial de 3.700 piastres. Au bout d'un an ils touchent 9.000 fr. et 3.900 piastres de supplément.

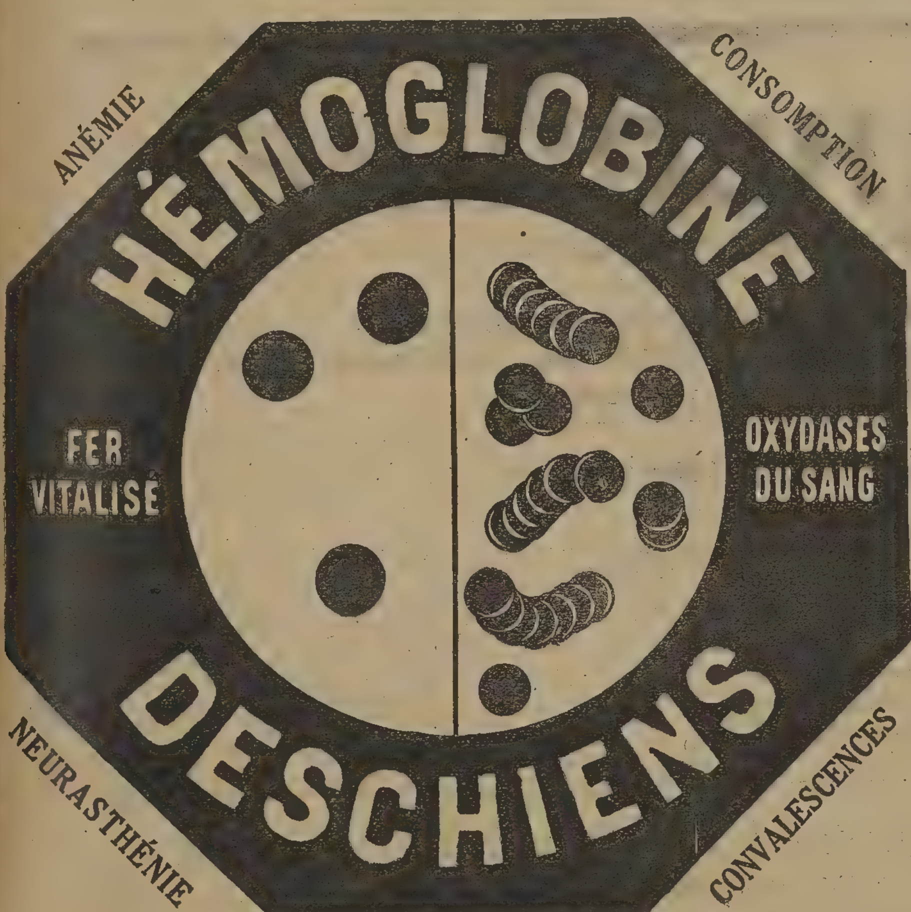
NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le médecin-major de 2e classe Camors, qui était chargé du service des fiévreux à l'hôpital militaire Maillot, à Alger. Le médecin-major Camors vient de succomber à une maladie contractée dans son service, et qui a contagionné son entourage familial. Le directeur du service de santé du 19e corps, le médecin-inspecteur Pouillaude, sous les ordres duquel le Dr Camors a servi au front pendant la plus grande partie de la guerre, lui a rendu, lors de ses obsèques, un bel hommage dans les termes les plus émouvants.

Le Dr Camors était marié et père d'une nombreuse famille, et sa belle conduite n'en a que plus de mérite. Aussi nous avons tenu à rendre un légitime hommage au confrère qui mérite de figurer dans le Livre d'or des victimes du devoir.

LE MONITEUR MÉDICAL vient d'organiser un concours intéressant, doté de nombreux prix : dont les trois premiers sont respectivement de mille, 300 et 200 fr. en espèces.

Pour tous renseignements sur les conditions à remplir pour y prendre part, écrire au *Moniteur Médical*, 29, rue Etienne-Dolet, Paris (XXe); Service du concours dit « du Cliché ».


INSTRUCTIONS
SUR L'EMPLOI DU
SIROP DELABARRE
ET SUR LES
Souffrances des Enfants


ANÉMIE
CONSOMPTION
HÉMOGLOBINE
FER VITALISÉ
OXYDASES DU SANG
DESCHIENS
NEURASTHÉNIE
CONVALESCENCES

L'ÉPREUVE DE L'HÉMOCLASIE DIGESTIVE

DANS L'INSUFFISANCE HÉPATIQUE

Par MM. L. RÉNON et P. BLAMOUTIER.

La connaissance des travaux publiés à l'Académie des sciences, en juillet 1920, par MM. F. Widal, Pierre Abrami et N. Iancovesco nous a incités à rechercher, chez 14 malades soumis à notre examen, l'insuffisance hépatique par l'épreuve de l'hémoclasie digestive (1).

Le résumé des observations que nous rapportons ici concorde en tous points avec les recherches faites par ces auteurs.

Après avoir établi le bilan vasculo-sanguin chez tous nos malades mis à la diète hydrique depuis douze heures, nous leur avons fait absorber une quantité de lait variant de 200 à 300 gr., et nous avons suivi de demi-heure en demi-heure les modifications sanguines constituant les divers éléments de la crise hémoclasique. Chez quelques-uns, la leucopénie, les variations de la tension artérielle, l'augmentation de la coagulabilité sanguine, les modifications de la formule leucocytaire ont été systématiquement notées; chez les autres, nous avons seulement recherché les variations de la leucocytose. La diminution du nombre des leucocytes nous a semblé l'élément le plus constant, le plus caractéristique de la perturbation sanguine. Les autres éléments de la crise sont plus variables, plus difficiles à déceler de façon précise. Dans aucun de nos cas, les variations de l'indice réfractométrique du sérum n'ont été recherchées.

Chez six malades atteints de lésions certaines de la cellule hépatique, la crise a été des plus typiques.

Deux cas d'ictère catarrhal bénin présentaient des pigments et des sels biliaires dans les urines.

Deux cas d'ictère franc étaient apparus chez des syphilitiques secondaires après traitement par le novarsenobenzol (2). L'un de ceux-ci concerne un homme de vingt-cinq ans, ayant reçu en quatre fois 1gr35 de 914; il présenta un ictère prolongé (réactions de l'urobiline, de Hay et de Guelin positives dans les urines), avec une crise hémoclasique persistante. L'autre était un jeune homme de vingt-deux ans, qui vint à l'hôpital pour un ictère très foncé sans décoloration des fèces, s'accompagnant d'hépatomégalie; l'accident primitif était un chancre de l'amygdale, traité par 4gr25 de 914 en dix injections. Cet ictère apparut un mois et demi après la dernière injection arsenicale, ne diminua et ne disparut qu'après un traitement au cyanure de mercure.

A la sortie du malade de l'hôpital, trois mois après la dernière injection de 914, la fonction protéopexique était redevenue normale.

(1) F. Widal, P. Abrami et N. Iancovesco. Possibilité de provoquer la crise hémoclasique par injection intraveineuse du sang portal recueilli pendant la période digestive. Action du foie sur les protéides de désintégration incomplète provenant de la digestion et charriés par la veine porte, *C. R. de l'Acad. des sc.*, t. CLXXI, p. 74, 12 juillet 1920. — L'épreuve de l'hémoclasie digestive dans l'étude de l'insuffisance hépatique, *Ibid.*, t. CLXXI, p. 148, 19 juillet 1920. — L'épreuve de l'hémoclasie digestive de l'hépatisme latent, *Ibid.*, t. CLXXI, p. 223, 26 juillet 1920. — L'épreuve de l'hémoclasie digestive dans l'étude de l'insuffisance hépatique, *Presse méd.*, 11 déc. 1920, p. 893.

(2) Récemment, MM. Leredde et Drouet ont étudié la crise hémoclasique (nitritoïde) de l'arsenobenzol (*Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 105, p. 1677); mais les auteurs n'ont recherché que l'étude de la tension artérielle comme élément de la crise.

Deux malades étaient atteints de cirrhose du foie. Chez l'une, la crise fut positive jusqu'à la mort de la malade; l'autre concernait un éthylique de longue date, porteur d'un foie petit, d'une grosse rate, sans ascite, avec subictère des conjonctives.

Dans trois cas, nos malades étaient des sujets dont l'atteinte hépatique n'était pas évidente et pour lesquels la constatation de la crise hémoclasique fut la seule preuve de l'insuffisance de la glande.

Dans un cas d'amaigrissement avec signes d'une dyspepsie banale, la nature des accidents restait des plus obscures.

Chez une deuxième malade présentant un fibrome utérin volumineux, aucun symptôme n'attirait l'attention du côté du foie. L'insuffisance protéopexique fut le seul signe qui nous permit d'affirmer une altération hépatique. La malade mourut d'ailleurs de suites opératoires avec un état de shock intense auquel l'insuffisance du foie n'était pas étrangère. L'examen histologique de ce dernier ne permit de déceler aucune lésion appréciable.

Chez une malade porteuse d'un kyste végétant de l'ovaire occupant toute la moitié droite de l'abdomen, la crise hémoclasique fut positive, alors que les autres méthodes d'investigation (épreuves du bleu et de la glycosurie alimentaire, recherche de l'urobiline, des pigments et sels biliaires) se montrèrent toutes négatives. La malade fut opérée. Treize jours après l'intervention, l'insuffisance protéopexique ne fut plus retrouvée. Dans ces deux derniers cas, les troubles du fonctionnement du foie furent probablement dus aux troubles circulatoires provoqués par ces énormes tumeurs abdominales.

Dans deux cas enfin, alors que l'attention était attirée vers le foie par des signes divers, la crise s'est montrée tout à fait négative.

Dans l'un, il s'agissait d'une femme à antécédents éthyliques avoués, présentant une ascite volumineuse avec circulation collatérale. Le diagnostic posé fut celui de cirrhose atrophique, type Laënnec probable. Mais l'absence de crise hémoclasique, puis les caractères biologiques du liquide épanché permirent de suspecter plutôt la nature inflammatoire tuberculeuse de l'épanchement. A l'autopsie, on trouva des granulations sur tout le péritoine.

Dans l'autre, le diagnostic primitivement porté fut celui de lithiase biliaire, avec crises douloureuses s'accompagnant d'ictère. La crise hémoclasique fut recherchée en vain. Une laparotomie exploratrice et plus tard l'autopsie, montrèrent qu'il s'agissait d'une péritonite tuberculeuse fibreuse, dont une bande comprimait le canal cholédoque.

L'absence de la crise hémoclasique, dans ces deux cas, nous permit donc de réformer le diagnostic primitivement porté et d'orienter nos investigations cliniques dans un tout autre sens.

Séduits par la sensibilité et la simplicité de l'épreuve et les résultats très précis qu'elle nous donnait, nous avons poursuivi nos recherches en étudiant l'insuffisance protéopexique après les divers modes d'anesthésie générale.

Après une anesthésie à l'éther, nous n'avons remarqué aucune modification du bilan vasculo-sanguin chez un sujet dont nous avions constaté l'intégrité hépatique avant la narcose.

Une anesthésie chloroformique ne laissa après

elle aucune lésion hépatique décelable par cette épreuve.

Dans un dernier cas, nous constatâmes, par contre, une épreuve des plus positives chez un homme qui présenta un ictère trois jours après une opération faite sur la jambe. Dix jours après l'intervention, alors que tout signe clinique était disparu, la leucopénie typique de la crise, nous montra que l'insuffisance persistait; celle-ci ne cessa que huit jours après la disparition de l'ictère.

Ces quelques exemples montrent tout l'intérêt de cette nouvelle méthode d'investigation clinique. Grâce à sa sensibilité extrême, l'épreuve de l'hémoclasie digestive fournit au médecin un moyen sûr et précis d'apprécier la valeur fonctionnelle du foie.

RADIUMTHÉRAPIE

DES

MÉNORRAGIES ET DES MÉTRORRAGIES

Par Simone LABORDE.

Les modifications dans la fréquence, la quantité, la durée des règles, peuvent être dues à des causes bien différentes.

C'est ainsi que des métrorragies peuvent apparaître en dehors de toute lésion anatomique de l'utérus et parfois provoquées par un trouble de sécrétion de l'ovaire.

D'autre part, des métrorragies ou des ménorragies peuvent exister sans grandes lésions apparentes de l'utérus dans certains cas d'endométrite chronique, par exemple, ou bien comme conséquence d'une congestion passive d'un utérus rétroversé.

Mais, le plus souvent, les hémorragies sont dues à la présence de fibromyomes ou à l'évolution d'un néoplasme.

Je ne parlerai pas ici du traitement du cancer de l'utérus par le radium, et je considérerai seulement :

D'une part, les hémorragies provoquées par la présence de fibromyomes.

D'autre part, les hémorragies qui surviennent sans modification apparente de l'utérus.

Fibromes. — Le radium permet d'obtenir la guérison clinique des fibromes utérins en produisant une ménopause artificielle précoce et l'atrophie progressive de la tumeur.

Les résultats les meilleurs et les plus rapides sont obtenus sur les fibromes pelviens et les petits fibromes pelvi-abdominaux donnant lieu à des hémorragies répétées. Ce sont ces formes qui ont surtout été bien étudiées par Chéron.

Sous l'influence du traitement, on observe l'arrêt des hémorragies, et selon l'âge de la malade et les doses de substance active employée, une ménopause transitoire ou définitive. Puis la tumeur diminue peu à peu de volume. Le mécanisme de cette action, a été maintes fois discuté.

On sait que le rayonnement du radium produit la dégénérescence des follicules de Graaf, empêchant, par conséquent, la formation des corps jaunes qui tiennent la fonction menstruelle sous leur dépendance. Il faut que tous les follicules soient détruits pour que l'aménorrhée soit définitive.

Les effets obtenus par le traitement sont vraisemblablement dus à deux causes :

1° *La cessation presque immédiate des hémorragies* est due à l'action directe du rayonnement sur l'utérus et le fibrome. Sous son influence se produit une endartérite oblitérante qui amène la disparition des hémorragies et secondairement, une réduction de volume de la tumeur moins bien irriguée;

2° *La réduction de volume du fibrome* semble principalement due à l'effet du rayonnement sur les ovaires. La lenteur avec laquelle la tumeur diminue après que la ménopause artificielle est constituée (il faut, en général, plusieurs mois pour que l'utérus reprenne ses dimensions normales) permet au moins de le supposer.

Il est probable que les deux effets : action sur les ovaires et action directe sur le fibrome, s'ajoutent et concourent vers le même but.

Technique. — *Traitement des petits fibromes et des fibromes moyens.* — On peut agir suivant deux méthodes :

1° Par irradiations intra-utérines;

2° Par irradiations vaginales.

Le premier de ces deux procédés, préconisé par Chéron, est employé avec quelques variétés dans les doses utilisées et le nombre des séances par la plupart des auteurs. Il consiste essentiellement dans l'introduction dans le canal cervico-utérin d'une sonde en gomme contenant les tubes de radium. Les doses utilisées dépendent surtout de l'âge de la malade et du résultat que l'on veut atteindre.

S'il s'agit d'une femme à l'âge de la ménopause, on emploiera par exemple, 50 mg. de radium-élément appliqués pendant 24 heures ou 25 mg. pendant 48 heures. La quantité utilisée étant répartie en deux ou trois tubes de platine à parois de 1,5 millim. d'épaisseur placés bout à bout dans la sonde que l'on introduit dans la cavité utérine. Deux applications à six semaines d'intervalle suffisent pour amener un arrêt des hémorragies et la suppression des règles. Dans ces cas le traitement ne fait que précipiter la ménopause naturelle qui reste alors définitive.

Chez les femmes plus jeunes on doit chercher à obtenir l'arrêt des hémorragies et la diminution du fibrome sans provoquer une ménopause définitive, et il faut pour cela donner des doses de rayonnement plus faibles. On fera, par exemple, une application avec 25 mg. de radium-élément laissés 24 heures dans la cavité utérine.

Assez souvent, les règles qui suivent cette première irradiation sont plus abondantes que de coutume, puis, dans le mois qui suit, les hémorragies diminuent ou cessent. Les règles reparaissent, en général, le mois suivant avec un léger retard.

Les hémorragies ne cessent pas toujours complètement dès la première séance, il faut alors répéter les applications deux ou trois fois en laissant entre elles un intervalle de 6 à 7 semaines.

Chez les femmes jeunes, les règles peuvent réapparaître après un arrêt de plusieurs mois.

Personnellement, je n'emploie pas cette technique des irradiations intra-utérines qui, d'ailleurs, ne me semble pas applicable à tous les cas.

En effet, il n'est pas toujours possible d'introduire une sonde dans un utérus fibromateux, et, d'autre part, cette introduction présente certains inconvénients.

Il n'est pas toujours possible d'introduire une sonde dans l'utérus :

1° Parce que la cavité utérine peut être occupée

par le fibrome au point de devenir filiforme. Cette disposition n'est pas rare, comme on peut le constater sur des coupes longitudinales d'utérus fibromateux enlevés par le chirurgien.

2° Parce que la cavité, dans le cas de myomes sous-muqueux, par exemple peut devenir sinueuse et ne pas permettre à la sonde de pénétrer au-dessus du canal cervical.

L'introduction du radium dans l'utérus présente des inconvénients :

a. La dilatation du col avec ou sans anesthésie constitue un temps toujours pénible pour la malade.

b. Cette dilatation peut amener une nouvelle hémorragie.

c. Elle peut être une cause d'infection, et, malgré les plus minutieuses précautions d'asepsie, réveiller, par exemple, un foyer de salpingite ancienne.

Enfin, l'introduction dans l'utérus me semble le plus souvent *inutile*, et j'ai pu obtenir des résultats aussi satisfaisants en plaçant le radium dans les culs-de-sac vaginaux.

Les appareils sont constitués par des tubes de platine de 1,5 mm. d'épaisseur de parois. Pour arrêter le rayonnement secondaire, les tubes sont entourés d'une feuille d'aluminium de 2 centièmes de millimètre d'épaisseur, puis, placés dans un étui de liège ou enroulés de gaze sur une épaisseur de 1/2 cm. au moins. Il est très important d'avoir un bon filtre secondaire afin de ne pas amener de radiumdermite de la muqueuse du vagin.

A l'aide d'un speculum ou de deux valves, on place un appareil dans chacun des deux culs-de-sac latéraux; ils y sont maintenus par un tamponnement serré. Il peut arriver que les culs-de-sac ne se laissent pas déprimer, en ce cas, les appareils sont simplement maintenus par un tamponnement au fond du vagin.

C'est l'âge de la malade beaucoup plus que le volume de la tumeur qui détermine la dose à employer.

Chez les femmes au voisinage de la ménopause, il faut donner une dose suffisante pour provoquer rapidement l'arrêt des règles et le rendre définitif. 50 milligr. de radium-élément répartis entre les deux foyers doivent être laissés en place 48 heures (cette dose correspond à 18 millicuries détruits dans les appareils). Deux applications à 6 semaines d'intervalle suffisent pour rendre la ménopause définitive.

Chez les femmes plus jeunes, la dose qui doit être donnée sera répartie en plusieurs séances; l'irradiation avec 50 mg. ne durera que 24 heures et les applications seront renouvelées, suivant les phénomènes observés, deux ou trois fois à six semaines d'intervalle. Par ce procédé, l'arrêt des règles peut n'être pas définitif.

Mais si les hémorragies sont inquiétantes par leur abondance et qu'il soit nécessaire d'obtenir un résultat rapide, il faut au risque d'amener une ménopause définitive employer des doses de rayonnement bien plus importantes; l'arrêt définitif des règles étant beaucoup plus difficile à obtenir chez les femmes éloignées de la ménopause naturelle. En ce cas, les appareils contenant ensemble 50 mg. de radium-élément devront être appliqués pendant 60 heures (cette dose correspond à 22,5 millicuries détruits).

Ce procédé me semble pratique en raison de sa grande simplicité et du minimum d'incommodité et de risques auxquels on expose la malade.

De cette manière on utilise surtout l'action sur les ovaires, la réduction du fibrome ne survenant que secondairement. Néanmoins la cessation rapide des hémorragies ne peut s'expliquer que par une action directe sur les vaisseaux de l'utérus malgré l'éloignement des foyers d'irradiation.

Traitement des gros fibromes. — Les gros fibromes atteignant ou dépassant l'ombilic sont plus généralement soumis aux rayons X. C'est du moins la manière habituelle de procéder en France car, en Amérique, ces gros fibromes sont traités par des doses massives de radium avec une technique analogue à celle qu'employait Chéron pour le traitement des fibromes de volume moyen. « Un tube de métal suffisamment épais pour ne laisser passer que le rayonnement γ et contenant 500 millicuries d'émanation est placé dans une sonde utérine recouverte de caoutchouc. Avec ou sans anesthésie, le canal cervical est dilaté et la sonde introduite jusqu'au fond de l'utérus. L'appareil intra-utérin ne reste pas plus d'une demi-heure au même endroit et on le déplace en moyenne six fois au cours d'une application qui dure 3 heures. Les applications externes sont faites avec 4 ou 5 gr. de radium irradiant les différents points de la tumeur à une distance de 4 pouces de la peau, l'application entière durant 5 à 6 heures. Les deux traitements interne et externe peuvent être faits séparément ou combinés en variant le dosage » (Howard A. Kelly). L'aménorrhée est, en général, obtenue après une ou deux applications faites à 7 semaines d'intervalle.

L'application externe à distance de la peau est analogue, en fait, à une application de rayons X filtrés, et celle-ci pourra la remplacer; d'autre part, l'irradiation intra-utérine peut être faite avec des quantités plus faibles de substance active; une aussi grande intensité d'irradiation ne semble pas indispensable.

Dans certains cas, je ne sais si l'essai en a été fait, il pourrait y avoir avantage à combiner l'emploi des rayons X et du radium.

Contre-indications du traitement. — La radiumthérapie est contre-indiquée :

1° Lorsque la présence du fibrome est accompagnée de phénomènes aigus : fièvre, péritonite, etc.;

2° Lorsqu'il existe un foyer de salpingite;

3° Lorsqu'il s'agit d'unvolumineux fibrome à évolution aiguë;

4° Lorsque le fibrome est accompagné de grossesse.

Hémorragies. — L'action que le radium exerce à la fois sur l'ovaire et sur les vaisseaux de l'utérus peut être mise à profit pour le traitement des hémorragies qui surviennent en l'absence de toute tumeur proprement dite. Telles sont les *hémorragies de la ménopause*. Elles coïncident quelquefois avec la présence de petits myomes contenus dans l'épaisseur du muscle utérin n'amenant aucune déformation de l'organe, et, l'utérus ne présentant aucune modification de forme ou de volume peut donner lieu néanmoins à des hémorragies très graves.

Le procédé de traitement est très simple. Le diagnostic de carcinome étant exclu par un curetage et un examen microscopique, on fait une application avec une dose importante de radium de manière à provoquer rapidement la ménopause.

En employant 50 mg. de radium-élément, appliqués pendant 48 heures, on pourra agir comme dans le traitement du fibrome par applications

intra-utérines ou plus simplement par applications intra-vaginales. Deux séances suffisent en général.

Chez les jeunes femmes qui présentent des métrorragies sans cause apparente, il s'agit souvent d'un trouble de fonctionnement de l'ovaire. Dans ces cas le traitement par le radium ne doit être employé qu'après l'échec des moyens médicaux usuels, et si les hémorragies sont assez graves pour faire courir le risque d'une ménopause définitive. Si le radium est utilisé ce sera à des doses relativement faibles : 25 mg. de radium-élément en pansement vaginal pendant 10 à 15 heures. Il faut se souvenir que la période menstruelle qui suit cette première application est parfois plus abondante que de coutume et l'on doit attendre le deuxième mois avant de faire une nouvelle irradiation, afin de ne pas dépasser la dose nécessaire.

En résumé les affections telles que les fibromes hémorragiques, les hémorragies de la ménopause, les hémorragies des jeunes femmes, où l'hémorragie utérine constitue le symptôme principal, peuvent être *guéries* par le radium qui semble bien dans ces cas être le traitement de choix.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

DIAGNOSTIC DES ULCÉRATIONS DE LA LANGUE[1]

c. SYPHILIS TERTIAIRE. — Il s'agit, soit de glossite tertiaire, superficielle (glossite lisse ou langue fissuraire), formée par des îlots de sclérose corticale ou par une nappe fissurée; soit de la glossite profonde avec induration et lobulation irrégulière de la surface linguale.

La *gomme ulcérée* est précédée par une tumeur indolente qui, après s'être ramollie, s'ouvre en laissant s'écouler un liquide gommeux; nombre : souvent multiple; forme : arrondie; bords : taillés à pic, minces, décollés et non indurés; base : profonde, en pleine langue; fond : jaunâtre et bourbillonneux, ne saignant pas; sécrétion : peu abondante; douleurs : nulles; ganglions : en général nuls. Les antécédents, l'examen complet du malade permettront de découvrir la syphilis. En cas de doute, faire le traitement d'épreuve; la cicatrisation est rapide par le traitement ioduré.

3° **La tuberculose linguale.** — *Siège :* sur la pointe ou les bords; *forme :* allongée, antéro-postérieure; *bords :* taillés à pic ou décollés, festonnés en jeu de patience; *fond .* grisâtre, irrégulier, anfractueux, raviné; *base* : non indurée. L'ulcération est quelquefois entourée d'une collerette de petites ulcérations ou d'un semis de granulations opaques, appelées *grains jaunes de Trélat* qui ne sont que des tubercules sous-épithéliaux; *douleurs :* parfois vives, salivation abondante; *ganglions :* inconstants. Sécrétion sanieuse, rarement abondante. L'*évolution* est fort lente, elle se prolonge des mois, sans tendance à la cicatrisation. Il y a fréquemment coexistence de lésions thoraciques ou laryngées. Si ces symptômes manquent pour affirmer le diagnostic, on fera un examen bactériologique et une inoculation au cobaye de parcelles de tissu malade.

Il faut signaler aussi l'*abcès froid fistulisé de la langue*, à bords minces et décollés, sorte de tuberculose profonde de la langue.

4° **Cancer de la langue.** — Nous résumerons seulement ses caractères : il s'agit d'un malade, ayant dépassé quarante ans, qui souffre depuis plusieurs mois déjà de gêne dans les mouvements de la langue avec salivation abondante. Le début se produit par une fissure ou sous la forme papillaire ou encore d'emblée par une élevure discoïde, souvent précédé par des plaques de leucoplasie.

Siège : bords ou base de la langue; *bords :* épais, saillants, en voie de destruction (bourrelet cancroïdien); *base :* large et dure, la tumeur a infiltré la langue; *fond :* inégal, recouvert de débris en voie d'élimination, ichor sanieux, abondant, fétide; par pression on fait sortir des vermiottes; *douleurs :* constantes, irradiées vers l'oreille du même côté, augmentant pendant la déglutition et la mastication; *salivation :* abondante, pénible; *ganglions :* précoces, sous-maxillaires, carotidiens, formant une masse rapidement compacte. Cachexie rapide.

Le traitement d'épreuve à l'iodure est dangereux, il donne un coup de fouet à l'affection.

5° **Ulcérations leucoplasiques.** — Sur la langue et sur la face interne des joues on peut trouver, non seulement des plaques fissuraires blanchâtres, mais aussi des ulcérations. Leur forme est irrégulière; leur surface est d'un rouge pâle, plane ou mamelonnée, leur base non indurée. Rebelles au traitement, elles sont souvent dans les antécédents d'un épithélioma.

6° **Sporotrichose.** — Siège à la base de la langue; elle est constituée par des lésions ulcéreuses remarquables par leur coloration jaune, leur relief, l'absence de fausses membranes, leur tendance à diffuser, leurs bords irréguliers, déchiquetés. Le pus est visqueux, l'adénopathie inconstante. Pour poser le diagnostic il faut faire des cultures, chercher la sporo-agglutination.

7° **Actinomycose.** — La lésion peut présenter l'aspect suivant : nodosité, puis tumeur conglomérée, d'une dureté ligneuse, adhérente en profondeur, surface violacée avec foyers de suppuration grumelleux, pas d'adénopathies. Tendance à l'envahissement de tous les tissus. Dans le pus on trouve des grains jaunes, de consistance onctueuse contenant l'actinomycès. Guérison par l'iodure.

PROCÉDÉS DE LABORATOIRE. — Si, par l'examen clinique seul, on ne peut poser le diagnostic ferme, on doit avoir recours à divers procédés :

1° La biopsie d'un fragment de l'ulcération, suivie de l'examen microscopique, donne le renseignement le plus sûr;

2° L'examen du pus, du produit de râclage, avec étalement et coloration : angine de Vincent, actinomycose, etc.;

3° Recherche des spirochètes à l'ultramicroscope;

4° Réaction de Bordet-Wassermann. Inoculation au cobaye pour la tuberculose;

5° Enfin, traitement pierre de touche, par le calomel et l'iodure de potassium, qui amènera la régression rapide des lésions dans le cas de lésions syphilitiques. Mais il ne doit pas être prolongé au delà de quinze jours car il accélère la marche du cancer.

Si la lésion ne se répare pas à vue d'œil, on doit cesser ce traitement et proposer une intervention chirurgicale radicale alors qu'il en est temps encore.

[1] Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 107, p. 1727.

LIVRES NOUVEAUX

Les Colloïdes (1), par J. DUCLAUX, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur.

En médecine et en thérapeutique, les colloïdes, naturels ou artificiels, sont, depuis quelque temps, fort à la mode. Malheureusement, il ne semble pas que tous ceux qui en usent sachent exactement ce que sont les colloïdes, quelles propriétés ils possèdent et à quoi on les reconnaît. Le petit livre de M. J. Duclaux renseigne avec clarté et précision sur ces différents points. Mais on n'y trouve aucune indication sur l'application thérapeutique et ses résultats. C'est un exposé didactique qui peut et qui doit servir d'introduction à la *Colloïdothérapie*, récemment parue, de notre collaborateur Laumonier.

J. L.

(1) In-16 des « Actualités scientifiques ». — Paris, Gauthier-Villars et Cie.

TABLE DES MATIÈRES

1920

A

B

C

D

E

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

Y

Z

TABLE DES AUTEURS

1920

S

T

U

V

W

Z

TABLE DES SOMMAIRES DES NUMÉROS D'ANALYSES

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE